



Ponadczasowa misja higieny i epidemiologii

Redakcja naukowa Jerzy T. Marcinkowski i Zofia Konopielko

Ponadczasowa misja
higieny i epidemiologii

Ponadczasowa misja higieny i epidemiologii

Redakcja naukowa
Jerzy T. Marcinkowski i Zofia Konopielko



Warszawa 2021

Ponadczasowa misja higieny i epidemiologii

Redaktorzy naukowci

Jerzy T. Marcinkowski (Uniwersytet Zielonogórski; Uczelnia Łazarskiego; Komitet Zdrowia Publicznego PAN;
Polskie Towarzystwo Higieniczne, ORCID 0000-0001-6495-8988)
Zofia Konopielko (Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, ORCID 0000-0001-7188-9888)

Recenzenci

prof. dr hab. med. Elżbieta Krajewska-Kułak
prof. dr hab. n. med. Małgorzata Kowalska

Autorzy

Jerzy T. Marcinkowski (Uniwersytet Zielonogórski; Uczelnia Łazarskiego; Komitet Zdrowia Publicznego PAN;
Polskie Towarzystwo Higieniczne, ORCID 0000-0001-6495-8988)
Zofia Konopielko (Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, ORCID 0000-0001-7188-9888)
Paulina Rosińska (Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, ORCID 0000-0002-3410-7805)
Marek A. Motyka (Uniwersytet Rzeszowski, ORCID 0000-0001-6967-0035)
Aneta Klimberg (Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego, ORCID 0000-0002-8050-086X)

Redaktor prowadząca: Aleksandra Szudrowicz
Opracowanie redakcyjne i korekta: Hanna Januszewska
Projekt okładki: Agnieszka Miłaszewicz

DOI 10.26399/978-83-66723-20-7
ISBN wersja drukowana 978-83-66723-20-7
ISBN e-book 978-83-66723-21-4

© Copyright by Uczelnia Łazarskiego 2020

Wydanie 1
Oficina Wydawnicza Uczelni Łazarskiego, Warszawa 2021

Oficina Wydawnicza Uczelni Łazarskiego
02-662 Warszawa, ul. Świeradowska 43
e-mail: wydawnictwo@lazarski.edu.pl
<https://www.lazarski.pl/pl/badania-i-rozwoj/oficina-wydawnicza-uczelni-lazarskiego/>



Opracowanie komputerowe, druk i oprawa:
Dom Wydawniczy ELIPSA
ul. Inflancka 15/198, 00-189 Warszawa
tel. 22 635 03 01, e-mail: elipsa@elipsa.pl
www.elipsa.pl

Spis treści

Wykaz skrótów	21
Słowo wstępne	23
Wprowadzenie	28
HIGIENA	
Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko, Aneta Klimberg	31
Historia dbałości o zdrowie	31
Definicja, źródełsłów odnoszący się do greckiej bogini Hygei i podział	32
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH)	33
Inspekcja Weterynaryjna	33
Polskie Towarzystwo Higieniczne (PTH)	34
Warszawskie Towarzystwo Higieniczne (WTH, 1898 r., zabór rosyjski)	34
I Wystawa Higieniczna w Warszawie – znaczenie dla Polaków i echa na świecie	35
Polskie Towarzystwo Higieniczne (PTH) – kontynuacja idei	35
ZDROWIE PUBLICZNE I PROMOCJA ZDROWIA – WIEDZA OGÓLNA	
Jerzy T. Marcinkowski, Aneta Klimberg	37
Zdrowie publiczne, historia, definicja wg WHO i Międzynarodowego Towarzystwa Epidemiologicznego	37
Polska – Ustawa o zdrowiu publicznym, Komitet Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk.....	39
Promocja zdrowia	39
Zdrowie publiczne i promocja zdrowia – informacja o nauczaniu na polskich uczelniach	40
MEDYCYNA PROFILAKTYCZNA A MEDYCYNA NAPRAWCZA	
Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko.....	42
Medycyna profilaktyczna	42
Edukacja prozdrowotna i profilaktyka zdrowotna	43
Medycyna kliniczna (naprawcza) rozpoczyna aktywność, gdy wystąpi choroba....	44
„Lepiej zapobiegać niż leczyć”	44

Telemedycyna	45
Historia i zastosowanie.....	46
Wybrane aplikacje – profilaktyka udarów mózgu, wczesne rozpoznanie i monitorowanie chorób układu nerwowego, pomoc w funkcjonowaniu pacjentów z otępieniem	47
Raport z listopada 2019 r. – „241 mobilnych aplikacji zdrowotnych”	48
EPIDEMIOLOGIA	
Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko	49
Definicja	50
Pozytywne i negatywne mierniki stanu zdrowia	50
Zachorowalność, chorobowość, czas trwania choroby, umieralność, umieralność niemowląt, śmiertelność – objaśnienie pojęć i sposób obliczania	51
Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10, ICD-11).....	53
Historia klasyfikacji chorób	54
Rodzaje badań epidemiologicznych.....	55
Medycyna oparta na faktach (EBM)	56
Historia.....	56
Cochrane Collaboration.....	57
EBHC i EBNP. Bazy doniesień naukowych	57
Worldometer.....	58
Mapy interaktywne, modele matematyczne, efekt motyla – znaczenie w epidemiologii i zdrowiu publicznym.....	59
Mapy interaktywne chorób zakaźnych.....	60
Modele matematyczne – historia.....	60
Efekt motyla (<i>butterfly effect</i>)	61
Dochodzenie epidemiologiczne	62
Definicja, instytucje i służby	62
Nowoczesne moduły dochodzenia epidemiologicznego.....	64
Dylematy wokół oddania części prywatności	66
WYPADKI/ZACHOROWANIA MASOWE	
Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko	68
Medycyna ratunkowa	68
Medycyna katastrof – historia, dokumenty, możliwy wpływ pandemii COVID-19 na jej rozwój	69
Podstawowe pojęcia dotyczące zakażeń	72
Choroba zakaźna, ognisko zakaźne, epidemia, pandemia	72
Sytuacja prawna stanów: zagrożenie epidemiczne, epidemia, nadzwyczajny (wojenny, wyjątkowy lub klęski żywiołowej), pandemia	73
Bioterroryzm (wojna biologiczna)	74

Wiedza ważna dla przeciwdziałania przenoszeniu się drobnoustrojów	75
Czas przeżycia patogenów poza ustrojem człowieka i metody dezaktywacji	76
Tradycyjne metody ograniczania masowych zachorowań na choroby zakaźne	80
Dekontaminacja (mycie, dezynfekcja, sterylizacja), izolacja, kwarantanna, kordon sanitarny	80
Podstawa prawna dotycząca izolacji, kwarantanny, hospitalizacji, kordonu sanitarnego, ewakuacji	81
SZCZEPIENIA OCHRONNE	
Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko	83
Kalendarz szczepień. Szczepienia dla wyjeżdżających poza Polskę	84
Odporność indywidualna tworzy grupową, czyli „kordon ochronny” dla słabszych	85
Niepożądany odczyn poszczepienny (NOP)	86
Ruchy antyszczepionkowe	88
Narastająca liczba dzieci nieszczepionych na świecie i w Polsce	89
Jak przekonywać do szczepień ochronnych?	90
EPIDEMIE BAKTERYJNE W PRZESZŁOŚCI	
– WSPÓŁCZESNE ZAGROŻENIA	
Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko	92
Wpływ dawnych epidemii na dzieje świata, higienę, kulturę	92
Dżuma. Początek zachowań epidemicznych i średniowiecznej „epidemii brudu” – największe współczesne zagrożenie biologiczne	93
Epidemia dżumy w XXI wieku – coraz większa oporność na antybiotyki!	93
Niekłóre epidemie dżumy na przestrzeni wieków i przyczyny	93
„Morowe powietrze” i konstelacje gwiazd – średniowieczne postrzeganie przyczyn zarazy. Zmiana zarządzania miastem i zalecenia epidemiczne	94
Ubiór średniowiecznych lekarzy w czasie epidemii dżumy – odniesienie do współczesności	96
Leczenie – upuszczanie krwi, zapobieganie, „ocet siedmiu złodziei”, driakiew i czosnek, poradniki zdrowotne	96
Początek historii brudu	97
Anarchia wśród mieszkańców i poszukiwanie winnych	97
„Na zdrowie!” – pochodzenie zwrotu; ślady zarazy w kulturze	98
Cholera	99
Zachorowania aktualne i szczepienia	99
Tyfus plamisty	100
Historia, zachorowania aktualne	100
Szczepionka – historia uwieczniona w literaturze, na zdjęciach i filmach	100
Dur brzuszny (też czasem zwany tyfusem)	101
Epidemiologia (Polska i świat), szczepienia	101

EPIDEMIE WIRUSOWE W PRZESZŁOŚCI – WSPÓŁCZESNE ZAGROŻENIA

Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko	102
Epidemie związane z działalnością człowieka	102
<i>Poliomyelitis</i> – trwałe porażenia mięśni przyczyną niepełnosprawności ruchowej od dzieciństwa	105
Epidemie na świecie i w Polsce – historia	106
Ogólnoswiatowy program eradykacji <i>poliomyelitis</i> i obecna sytuacja na świecie	107
Szczepienia ochronne, zalecenia dla podróżujących	108
Jakość życia po przebyciu <i>poliomyelitis</i> i zespół post-polio (<i>post-polio syndrome</i> – PPS)	109
Ospa prawdziwa, czyli „czarna ospa” – ryzyko użycia przez bioterrorystów	110
Największe epidemie w przeszłości i ogniska epidemiczne	110
Wakcynacja Jennera początkiem historii szczepień – 1798 r. Obecne zalecenia	111
Grypa	113
Rodzaje wirusów grypy i ich zmienność antygenowa	113
Niezwykła opowieść dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia USA – Jeremiego Browna	114
Pandemia grypy, tzw. „hiszpanki”, kolejne epidemie i stałe zagrożenie	116
Globalna Strategia Grypy WHO na lata 2019–2030	118
Epidemie wirusowe XX/XXI wieku – aktualnie największe zagrożenie ludzkości	119
Wirusowe gorączki krwotoczne (w tym koronawirusy). Medycyna podróży	120

PANDEMIA COVID-19 – NOWE WYZWANIA

Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko	124
Początkowa faza pandemii COVID-19 a niepewność wydarzeń	125
Epidemiologia czasu pandemii COVID-19	126
Przeżywalność wirusa SARS-CoV-2 poza organizmem człowieka	126
Rejestrowanie zakażeń, czynników ryzyka zachorowania i powikłań, ozdrowieńców i śledzenie rozprzestrzeniania się zakażeń	128
Nowe narzędzia w dochodzeniu epidemiologicznym	131
„Oswajanie zagrożenia” – nie boimy się grypy i innych chorób zakaźnych, a także coraz częściej nie korzystamy ze szczepień	134
„Epidemie” towarzyszące pandemii COVID-19	135
Działania władz w opanowywaniu dezinformacji i niepokoju społecznego	140
Rola mass mediów w okresie pandemii COVID-19	141
Wiara pomocą w dawnych epidemiach i w pandemii COVID-19	142
„Nie bój się, tylko wierz” (Mk 5, 36 – Ewangelia wg św. Marka)	142
Modlitwy, krzyże i <i>Salus Populi Romani</i> – ikona Matki Bożej	143

Czy pandemia COVID-19 zmienia świat?	144
Rozwój telemedycyny	146
Nauka i praca zdalna w Polsce	147
Pandemia COVID-19 a zdrowie psychiczne	147
Czy po pandemii COVID-19 wystąpi zespół stresu pourazowego (PTSD)?	150
Przemoc domowa i Deep Web (Dark Net), pedofilia	152

DETERMINANTY ZDROWIA – WIEDZA OGÓLNA

Jerzy T. Marcinkowski, Aneta Klimberg	155
Bezpieczeństwo zdrowotne i konteksty jakości życia/zdrowia	155
Wpływ poszczególnych determinant zdrowia	156
Zdrowie 2020: Europejska polityka na rzecz zdrowia i dobrego samopoczucia	157

ZDROWIE ŚRODOWISKOWE – DZIEDZINA ZDROWIA PUBLICZNEGO

Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko	160
Definicja	160
Zachorowania i zgony związane z niezdrowym środowiskiem	160
Środowiskowe uwarunkowania zdrowia	163
Wykaz i krótkie omówienie zagadnień	163
Szczegółowej o promieniowaniu elektromagnetycznym	165
Czynniki środowiskowe a płodność, wpływ na demografię	166
Konsekwencje zmian klimatycznych	167
Bezpieczeństwo zdrowotne powietrza atmosferycznego	168
Alarmująca sytuacja w Polsce	168
Monitoring jakości powietrza	169
Bezpieczeństwo zdrowotne wody	169
Zasoby/deficyty wody pitnej na świecie i w Polsce; problemy	
z tym związane	169
Woda w organizmie człowieka i zapotrzebowanie na wodę	172
Bezpieczeństwo wody pitnej. Wytyczne WHO, uregulowania prawne	
w UE i w Polsce	175
Kąpieliska, pływalnie i i inne miejsca okazjonalnie wykorzystywane	
do kąpeli	180
Wprowadzanie zakazu kąpeli. Sinice – temat poznany przez wczasowiczów ...	180
Bezpieczeństwo zdrowotne gleby	182
Bezpieczeństwo zdrowotne budynków, materiałów budowlanych	
i przedmiotów użytkowych	183
Rys historyczny dwóch problemów związanych z materiałami	
używanymi w życiu codziennym	183
Bezpieczeństwo zdrowotne otoczenia – gospodarowanie odpadami	185
Podział i dane liczbowe	186

Bezpieczeństwo żywnościowe, problem wyrzucania żywności i głodu na świecie	187
Problem głodu na świecie i wyrzucania żywności	188
Bezpieczeństwo środowiskowe – reakcja społeczeństw na zanieczyszczenie środowiska, edukacja z zakresu prozdrowotnego kształtowania środowiska	188
Architektura – znaczenie dla zdrowia psychofizycznego człowieka	189
Historia myśli architektów i urbanistów	191
Psychologia architektury	193
Architektoniczne środowisko szkolne	199
Projektowanie szpitali	199
Aranżowanie wnętrz – elementy mieszkania a samopoczucie	200
Impulsy sensoryczne – kolory	201
Architektura związana z naturą – <i>biophilic design</i>	203
Hygge – filozofia życia dotycząca też projektowania przyjaznych wnętrz	204
Zdobywanie zawodu psychologa architektury	205
Rośliny a zdrowie psychofizyczne człowieka; „leczenie ogrodami” (hortiterapia); zielen w miastach	205
Zwierzęta – wpływ na jakość życia opiekunów i udział w leczeniu	208

SPOŁECZNE UWARUNKOWANIA DZIAŁAŃ MEDYCYNY

Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko, Paulina Rosińska, Aneta Klimberg	212
Kryzys demograficzny	212
Prognozy GUS sprzed pandemii COVID-19 dotyczące Polski	213
Teoria pokoleń, podział współczesnych pokoleń, milenialsi – odrębności	215
Problemy we współczesnych rodzinach	218
Rodzina w ujęciu starożytnych	218
Dorośle dzieci rozwiedzionych rodziców (DDRR)	219
Rodziny patchworkowe	221
Współczesne problemy wychowywania dzieci w Polsce – rodziny, szkoła	223
Realia polskiej szkoły	224
Krytyka polskiej szkoły na podstawie badań	226
Internet a zdrowie człowieka	227
<i>Homo interneticus</i> nową formą ewolucji człowieka?	
Droga od <i>Homo oralis</i> do <i>Homo interneticus</i>	227
<i>Homo interneticus</i> – „analfabeta funkcjonalny”?	228
Młodzi w świecie nierzeczywistym	230
Czy z powodu smartfonów jest więcej samobójstw wśród nastolatków?	
Czy smartfony zniszczą młode pokolenie?	232
Czy <i>Homo interneticus</i> przekształca się w <i>Homo pandemicus</i> – rozważania	234
Samotność z wyboru we współczesnym świecie	234
Wzrastająca liczba singli znakiem czasów	235

Antynataliści czyli „nie opłaca się przyjść na świat”	236
Pogrzeby on-line, zapomniane urny z prochami i samodzielne przygotowania do własnej śmierci	237
Starość wyzwaniem dla współczesnych i następnych pokoleń	238
Kiedy tak naprawdę zaczyna się starość? Starzenie się populacji	238
Postrzeganie starości na przestrzeni wieków	241
Życie seksualne po sześćdziesiątce – największa zmiana od dziesięcioleci	243
Starzenie się zmysłów. Geriatria/gerontologia i działania na rzecz osób starszych	243
Wychowanie do starości	246
Długość życia i przyczyny zgonów przed pandemią COVID-19	247
Samobójstwa	249
Raport z 2017 r. o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce. Samobójstwa nieletnich	253
Profilaktyka samobójstw, Światowy Dzień Zapobiegania Samobójstwom	256
Sytuacja w Polsce – raport z 2019 r. Stan zdrowia, systemy ochrony zdrowia, alarmująco niska liczba lekarzy i pielęgniarek	257
Stan zdrowia Polaków	257
Ocena systemów ochrony zdrowia	258

ZDROWIE PSYCHICZNE OBSZAREM DZIAŁAŃ HIGIENY

Jerzy T. Marcinkowski, Paulina Rosińska, Zofia Konopielko	262
Definicja zdrowia wg WHO	262
Zdrowie psychiczne i społeczne a jakość życia	263
Medycyna holistyczna – jedność ciała, umysłu, duszy i emocji	264
Od teorii salutogenezy Antonovsky’ego – poszukiwanie źródeł zdrowia a nie choroby. Zasoby (potencjały) osobiste, społeczne i poczucie koherencji	267
Cechy człowieka dbającego o swoje zdrowie wyznacznikami zachowań prozdrowotnych	269
Troska o zdrowie własne, społeczeństwa i środowiska – aspekty psychologiczne	270
Edukacja prozdrowotna. Psychoprofilaktyka (higiena psychiczna, prewencja psychologiczna)	271
Elementy ważne dla rozwoju człowieka i jego zdrowia psychicznego	272
Fenomen dotyku	272
Znaczenie uśmiechu, śmiechu – dr clown i nauka zwana gelotologią	278
<i>Carpe diem</i> , spotkania z przyjaciółmi (zaproszenie do własnej intymnej przestrzeni) i rozmowy	283
Taniec (uwalnianie od złych emocji – wyrażanie dobrych, wymiana energii, integracja)	284
Bliskość intymna dorosłych (historia określenia „seks”, wpływ na jakość życia, znaczenie dotyku, życie seksualne Polaków – fakty i mity)	285

STYL ŻYCIA A ZDROWIE

Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko, Paulina Rosińska, Marek A. Motyka	290
10 zasad zdrowego stylu życia dla dorosłych, dzieci, sportowców	291
Prozdrowotny styl życia – definicja, zachowania profilaktyczne	293
Aktywność fizyczna	294
Sytuacja w Polsce, rekomendacja w USA, zalecenia dla dzieci i młodzieży wg WHO	294
Zagrożenia zdrowia i zgony podczas aktywności fizycznej	298
Żywnienie	300
Piramidy żywienia (ujęcie historyczne i współczesne), inne współczesne formy obrazowania – MyPlate, Healthy Eating Plate, Chińska Pagoda Dietetyczna	301
Indeks glikemiczny (IG) i indeks sytości (IS)	305
Fruktoza a choroby metaboliczne	307
Wegetarianizm i weganizm – „nie jem tego, co ma oczy” i fleksitarianizm	308
Dieta śródziemnomorska i DASH – od lat najzdrowsze modele diet	310
Dieta sirtfood – nowa i modna	311
Nieprawidłowe odżywianie się	312
Badania w Polsce nad związkiem między tzw. energizerami a użytkowaniem środków psychoaktywnych	314
Kontrowersje dotyczące badań naukowych w żywieniu	314
Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2016–2020 i Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej (NCEŻ).....	316

OTYŁOŚĆ DZIECI I DOROSŁYCH EPIDEMIA XX/XXI WIEKU

Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko, Paulina Rosińska, Marek A. Motyka	317
Klasyfikacja wg ICD-10	318
Epidemiologia dorosłych i dzieci	318
Dane dotyczące dzieci i młodzieży	321
Pozostałe problemy dotyczące dzieci	323
Rozpoznanie otyłości i nadciśnienia tętniczego u dzieci	323
Problemy psychologiczne	324
Rozpoznanie otyłości u dorosłych (BMI, otyłość trzewna)	325
Rozpoznanie otyłości trzewnej	326
Postrzeganie otyłości na przestrzeni wieków	327
Rola adipocytów (leptyna, adipokiny)	330
Otyłość brzuszna (trzewna) – zagrożenie dla zdrowia	330
Związek otyłości brzusznej ze zdrowiem psychicznym. Podobieństwa z depresją?	333
Najczęstsze choroby spowodowane m.in. otyłością (cukrzyca typu 2, nadcisnienie tętnicze)	335

Cukrzyca typu 2	335
Nadciśnienie tętnicze	337
Psychologiczne aspekty otyłości	339
„Lek” na własne problemy	339
Związek z cechami osobowości; niska samokontrola czy/i sposób na nudę	340
Następstwa psychologiczne otyłości	341
Rola mikroflory bakteryjnej i błonnika w przewodzie pokarmowym	341
Otyłość a dieta	342
Żywność przetwarzana	342
Strategia przeciwdziałania	343
Uzależnienie od słodkiego smaku i żywności	344
Badania naukowe – potwierdzenia i kontrowersje	345
Współzależnienia	350
Bariatryka	352
Chirurgia bariatryczna – krótka historia, kwalifikacja do leczenia	352
Programy walki z otyłością i grupy wsparcia	355

ZABURZENIA SNU I CZUWANIA

Paulina Rosińska	357
Klasyfikacja oraz definicje wg ICD-10, DSM-5 i ICD-11	358
Fazy snu	360
Procesy neurobiologiczne regulujące sen	361
Postępowanie diagnostyczne	362
Właściwe przygotowanie się do snu	364
Liczba godzin snu dla zdrowia; edukacja i proste porady przy zaburzeniach	365

STRES A ZDROWIE PSYCHOFIZYCZNE CZŁOWIEKA – CZĘŚĆ OGÓLNA

Jerzy T. Marcinkowski, Paulina Rosińska, Zofia Konopielko	367
Choroby somatyczne i psychosomatyczne jako wyraz nieradzenia sobie ze stresem	368
Wybrane kwestionariusze służące do oceny związku zdarzeń z natężeniem stresu	369
Zaburzenia zdrowia psychicznego – narastający problem w Europie. Konieczność nasilenia działań profilaktycznych.....	370
Konieczność nasilenia działań profilaktycznych w obszarze zdrowia psychicznego	371
Zespół stresu pourazowego (PTSD)	371
Zarys historyczny	372
Częstość występowania, czynniki predysponujące, najbardziej traumatyczne wydarzenia	373
Objawy i ogólne zasady terapii	374

WYPALENIE ZAWODOWE – NARASTAJĄCY PROBLEM XXI WIEKU	
Jerzy T. Marcinkowski, Paulina Rosińska, Zofia Konopielko	375
Kryteria rozpoznania wg ICD-10 i ICD-11	375
Historia pojęcia, przyczyny, czynniki ryzyka	376
Elementy wypalenia zawodowego a sposób traktowania	
podopiecznych/pacjentów	379
Zapobieganie	380
MOLESTOWANIE – MOBBING, MOLESTOWANIE SEKSUALNE, MOWA NIENAWIŚCI	
Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko	382
Mobbing	382
Molestowanie seksualne	384
„Zły dotyk”	386
Mowa nienawiści	386
Czym jest mowa nienawiści – do kogo jest adresowana, uczucia ofiar.	
Przeciwdziałania	387
Specjaliści o hejcie w Internecie; jak reagować na hejt, gdzie zgłaszać, przepisy prawne w Polsce	389
ZESPÓŁ DZIECKA MALTRETOWANEGO	
Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko	393
Klasyfikacja wg ICD-10, historia identyfikacji problemu	394
Historia	394
Rodzinne czynniki ryzyka zespołu dziecka maltretowanego i objawy u dziecka, które mogą wskazywać na maltretowanie	394
Zaniedbanie (przemoc pasywna) i odrzucenie	396
Maltretowanie fizyczne	397
Zespół dziecka potrząsanego (<i>shaken baby syndrome</i> , SBS)	399
Psychiczne krzywdzenie dziecka	400
Wykorzystywanie seksualne dziecka	400
Objawy u dziecka, które mogą sugerować przemoc seksualną; najczęstszy sprawcy	401
Zastępczy (przeniesiony) zespół Münchhausena (Münchhausen syndrome by proxy – MSBP)	402
Następstwa zespołu dziecka maltretowanego	405
Zasady postępowania w przypadku podejrzenia/stwierdzenia, że dziecko jest ofiarą przemocy. Obowiązki lekarza	405
Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży	407

OFIARY ZGWAŁCENIA

Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko	408
Następstwa psychiczne gwałtu, pomoc	408
PTSD po zgwałceniu	410
Pigułka gwałtu	411
Historia pigułki gwałtu	412
Zachowania profilaktyczne. Działania prawne w Polsce	413

ZAMIERZONE SAMOUSZKODZENIE/ZATRUCIE – „WOŁANIE O POMOC”

Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko	415
Klasyfikacja wg DSM-5 i ICD-10	416
Epidemiologia i historia rozpoznania problemu	417
Funkcje, doznania, metody samouszkodzania	417
Postrzeganie samouszkodzeń przez społeczeństwo (też przez profesjonalistów) – znaczenie Internetu, terapia	420

PROBLEMY PSYCHOLOGICZNE ZWIĄZANE Z NAGŁĄ UTRATĄ

Paulina Rosińska	422
Przyczyny i fazy przystosowywania się.....	422
Pomoc.....	424

PROBLEMOWE SPOŻYWANIE ALKOHOLU

Marek A. Motyka	426
Wprowadzenie do problematyki uzależnień	426
Właściwe pojęcie uzależnienia, etymologia nazwy	427
Alkohol	428
Raport WHO	429
Problemy spowodowane nadużywaniem alkoholu, „narzędzia szczęścia” i naruszanie prawa także przez osoby handlujące alkoholem	429
Współuzależnienie, przemoc i sytuacja dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym	431
Nieprawidłowe wzorce spożywania alkoholu	432
Zespół uzależnienia od alkoholu – diagnozowanie, kryteria kliniczne i metody kwestionariuszowe	434
Typologie uzależnienia	445
Fazy rozwoju uzależnienia od alkoholu	447
Koncepcje psychologicznych mechanizmów uzależnienia	448
Kobiety i mężczyźni a reakcja na alkohol – różnice	451
Problemy zdrowotne u osób nadużywających alkoholu	453
Polski system rozwiązywania problemów alkoholowych	456
Terapia uzależnień wzorowana na modelu Minnesota	457
Oddziaływania społeczne w terapii	458

Aplikacje (jeszcze niesprawdzone), które mają pomagać w wytrwaniu w abstynencji	459
Redukcja szkód – picie kontrolowane i inne metody	459
Farmakoterapia i metody niekonwencjonalne	460
Syndrom DDA (dorosłe dzieci alkoholików) – objawy i zasady terapii	461
Najbardziej charakterystyczne role przyjmowane przez dzieci w rodzinach z problemem alkoholowym a późniejsze zachowania jako DDA	462
Cechy osób z syndromem DDA – ogólnie	465
Terapia	466

PROBLEMY Z NADUŻYWANIEM INNYCH NIŻ ALKOHOL SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Marek A. Motyka	468
Wprowadzenie	468
Narkomania	469
Substancje psychoaktywne	471
Typy uzależnień od narkotyków	473
Przyczyny inicjacji narkotykowych i używania środków psychoaktywnych ...	474
Wybrane teorie, fazy rozwoju uzależnienia	478
Etapy rozwoju uzależnienia od narkotyków	483
Podział narkotyków, oddziaływanie na organizm ludzki	485
Działanie na organizm człowieka	486
Leki bez recepty (OTC) wykorzystywane w celach narkotycznych	488
Przykłady	489
Nowe substancje psychoaktywne – tzw. dopalacze	491
Krótka charakterystyka	491
Leczenie w Polsce. Społeczność terapeutyczna, profilaktyka uzależnień	493
Metody farmakologiczne	493
Stosowanie metod psychologicznych	494
Proponowane lektury poszerzające wiedzę o uzależnieniach	497

UZALEŻNIENIE OD NIKOTYNY. PAPIEROSY ZWYKŁE I PAPIEROSY ELEKTRONICZNE

Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko	500
Epidemiologia	500
Sytuacja w Polsce	501
Historia odkrycia związku palenia papierosów z ryzykiem raka płuc	502
Szkodliwe i potencjalnie rakotwórcze związki chemiczne.	
Ryzyko zdrowotne (czynnego i biernego) narażenia na dym tytoniowy	503
Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)	505
Wiedza w społeczeństwie na temat POChP w 2015 r.	506
Jak rzucić palenie?	507

E-papierosy i elektroniczne podgrzewacze tytoniu IQOS	509
Zasada działania i szkodliwości dymu (aerozolu) e-papierosów i IQOS	
– poznane już objawy chorobowe	510
Dane epidemiologiczne. Przeciwdziałanie w Polsce	512

DZIECI MATEK KORZYSTAJĄCYCH W CIĄŻY (NAWET OKAZJONALNIE)

Z SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko, Marek A. Motyka	514
„Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży” – spożywanie alkoholu	514
Alkoholowe zespoły płodowe – FAS i FASD	515
Metodologia – trudności	516
Spektrum alkoholowych uszkodzeń płodu – FASD	519
Wywiad i badanie przedmiotowe dziecka, kryteria rozpoznania,	
skała problemu w Polsce	520
FASD a ADHD	521
Picie alkoholu w ciąży możliwą przyczyną narkomanii dziecka	522
Testy na prawdopodobieństwo spożywania alkoholu w ciąży	523
Profilaktyka	524
Koszty ekonomiczne związane z FASD	524
„Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży” – nikotynizm	525
Zespół u dziecka – matka paląca podczas ciąży (MSDP)	526
Płodowy zespół tytoniowy (FTS)	526
Dane epidemiologiczne MSDP	527
Wpływ palenia ciężarnej na przebieg ciąży i jej zdrowie, a także zagrożenia	
życia i zdrowia dziecka	527
MSDP a ADHD u dziecka	528
Dzieci matek używających w ciąży substancji psychoaktywnych	
(także niektórych leków bez recepty)	529
Negatywne oddziaływanie wybranych substancji psychoaktywnych	
na ciężarną i jej dziecko	529
Współczesne obserwacje socjomedyczne ciężarnych używających środków	
psychoaktywnych i alkoholu	531

UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE (CZYNNOŚCIOWE)

Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko	533
Definicja i klasyfikacja	533
Historia. Kryteria rozpoznania według Goodmana	534
Elementy szczegółowej diagnozy	536
Rodzaje uzależnień behawioralnych	536
Przykłady uzależnień behawioralnych	538
Patologiczny hazard	538
Uzależnienie komputerowo-internetowe	539

ZABURZENIA ŻYWIENIA I ODŻYWIANIA

Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko, Paulina Rosińska, Marek A. Motyka	541
Klasyfikacja wg ICD-10 i ICD-11	541
Ortoreksja	542
Historia	542
Epidemiologia, problemy z klasyfikacją zaburzenia	543
Objawy, kilka podstawowych pytań z testu na ortoreksję	545
Anoreksja i bulimia	546
Zaburzone postrzeganie własnego ciała i tego następstwa	547
Lalka Barbie – „wzorzec” kobiecego ciała	548
Jak pomóc osobie chorej?	548
Pregoreksja (<i>pregnancy</i> – ciąża i <i>anorexia</i>)	549
Dziecko matki z pregoreksją	550
Drunkoreksja (alkoreksja)	551

KULT CIAŁA A ZDROWIE PSYCHOFIZYCZNE I DOBROSTAN SPOŁECZNY

Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko	553
Dbałość o dobry wygląd – badania w Polsce	554
Ozdabianie ciała	555
Tatuże – historia, rodzaje, zagrożenia zdrowotne	555
Piercing (kolczykowanie) – motywacja, rodzaje, przeciwwskazania, ryzyko zdrowotne	565
Tatuże, piercing a przynależność do grupy społecznej	566
Tatuże, piercing a zachowania ryzykowne młodzieży	567
Postrzeganie tatuowania ciała, piercingu przez lekarzy, przeciwwskazania i powikłania	569
Medycyna estetyczna	571
Estetoreksja	572
Estetologia medyczna jako gałąź humanizmu	572
Symbole seksu, urody i popularności a szczęśliwe życie	573
Dlaczego kobiety powiększają usta i piersi?	574
Ginekologia plastyczna i „męska ginekologia estetyczna”	575
Toksyna botulinowa (botoks)	577
Liposukcja i lipotransfer (przeszczep własnego tłuszczu – lipolifting)	578
Kulturystyka	580

CIELESNE ZABURZENIA DYSMORFICZNE (BDD) – DYSMORFOFOBIA

Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko, Paulina Rosińska	581
Klasyfikacja DSM-5, ICD-10, ICD-11	581
Częstość występowania, objawy	583
Estetoreksja	584
Tanoreksja	585
Bigoreksja	587

PACJENT NA TROPIE CHOROBY

Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko	591
Hipocondria – historia, klasyfikacja	591
Historia	591
Klasyfikacja DSM	592
„Dr Google” a cyberchondria	594
Cyberchondria a osobowość	594
Problemy zawodowe autorów	595
Zespół Münchhausena	596

ZAKAŻENIA ZAKŁADOWE/SZPITALNE

Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko	597
Antybiotykooporność bakterii poważnym współczesnym zagrożeniem	597
Zakażenia zakładowe/szpitalne – definicja, sytuacja w Polsce i na świecie	598
Patogeny alarmowe	601
Zalecenia na czas pandemii COVID-19	605
Profilaktyka zakażeń szpitalnych – izolacja, higiena rąk	607
Środki ochrony indywidualnej. Prawidłowe procedury przy zdejmowaniu odzieży ochronnej	610
Roboty AGV w szpitalach	612

**ORZEKANIE O ZAKAŻENIACH SZPITALNYCH I INNEGO RODZAJU
BŁĘDACH MEDYCZNYCH**

Jerzy T. Marcinkowski, Aneta Klimberg	615
Portal orzeczeń sądów powszechnych – możliwa rola edukacyjna	616

MEDYCYNĄ PRACY

Jerzy T. Marcinkowski, Aneta Klimberg	618
Służba medycyny pracy (SMP) i zadania	618
Profilaktyczna ochrona zdrowia pracownika	619
Najwyższe dopuszczalne stężenia substancji toksycznych i fizycznych czynników szkodliwych w środowisku pracy	620
Wypadek przy pracy, choroba zawodowa, choroba parazawodowa związana z pracą	621

INSTYTUCJE ZAJMUJĄCE SIĘ MEDYCYNĄ PROFILAKTYCZNĄ

Jerzy T. Marcinkowski	623
Centralny Instytut Ochrony Pracy (CIOP)	623
Państwowa Inspekcja Sanitarna	623
Światowa Organizacja Zdrowia – World Health Organization	624
Centers for Disease Control and Prevention (CDC)	625
One Health (WHO, CDC)	626

The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)	627
European Centre for Disease Prevention and Control	627
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy	628
„ProfiBaza”	628
Raporty: „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”	628
Narodowy Program Zdrowia	629
Ministerstwo Zdrowia – wykaz programów Zdrowie i Profilaktyka	630
Centra medycyny profilaktycznej	631
Bibliografia	632
Indeks rzeczowy	643

Wykaz skrótów

AA	Anonimowi Alkoholicy (<i>Alcoholics Anonymous</i>)
ADHD	<i>attention deficit hyperactivity disorder</i> – zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi
AIDS	<i>acquired immune deficiency syndrome</i> – zespół nabytego niedoboru odporności
AUDIT	The Alcohol Use Disorders Identification Test
BDD	<i>body dysmorphic disorder</i> – dysmorfofobia
BMI	<i>body mass index</i> – indeks masy ciała
CAGE	CAGE Questions for Alcohol Use
CBOS	Centrum Badania Opinii Społecznej
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CIOP	Centralny Instytut Ochrony Pracy
COVID-19	<i>coronavirus disease 2019</i> – choroba koronawirusowa (COVID-19), choroba zakaźna wywoływana przez wirusa SARS-CoV-2
DASH	Dietary Approches to Stop Hypertension
DDA	dorośle dzieci alkoholików
DDRR	dorośle dzieci rozwiedzionych rodziców
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
Dz.U.	Dziennik Ustaw
EBM	<i>evidence based medicine</i> – medycyna oparta na dowodach (naukowych)
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control – Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations – Organizacja Narodów Zjednoczonych do spraw Wyżywienia i Rolnictwa
FAS	<i>fetal alcohol syndrome</i> – alkoholowy zespół płodowy
FASD	<i>fetal alcohol spectrum disorder</i> – spektrum alkoholowych uszkodzeń płodu
FDA	US Food and Drug Administration
FTS	<i>fetal tobacco syndrome</i> – płodowy zespół tytoniowy
GHT	gamma-hydroxybutyrate, flunitrazepam, <i>date rape drug</i> , pigułka gwałtu
GIS	Główny Inspektorat Sanitarny

GUS	Główny Urząd Statystyczny
HIV	<i>human immunodeficiency virus</i> – ludzki wirus niedoboru odporności
ICD-10, ICD-11	<i>International Classification of Diseases and Related Health Problems – 10th Revision, 11th Revision</i> – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, 10 rewizja, 11 rewizja
IG	indeks glikemiczny
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
IŻŻ	Instytut Żywności i Żywienia
k.k.	Kodeks karny
MAST	Michigan Alcoholism Screening Test
MERS	<i>Middle East respiratory syndrome</i>
MSDP	<i>maternal smoking during pregnancy</i> – matka paląca w czasie ciąży
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NCMEC	National Center for Missing & Exploited Children
Niebieska Linia	Centrum Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie
NIK	Najwyższa Izba Kontroli
NIZP-PZH	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NPZ	Narodowy Program Zdrowia
OTC	<i>over-the-counter drug</i> – leki wydawane bez recepty
PAP	Polska Agencja Prasowa
PARPA	Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
PEM	promieniowanie elektromagnetyczne
PIP	Państwowa Inspekcja Pracy
PIS	Państwowa Inspekcja Sanitarna
POZ	podstawowa opieka zdrowotna
PTSD	<i>posttraumatic stress disorder</i> – zespół stresu pourazowego
SARS-CoV-2	<i>severe acute respiratory syndrome coronavirus 2</i>
SBS	<i>shaken baby syndrome</i> – zespół dziecka potrząsanego
UE	Unia Europejska
UNICEF	The United Nations Children’s Fund – Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci
USDA	U.S. Department of Agriculture – Departament Rolnictwa USA
USG	ultrasonografia
WHO	World Health Organization – Światowa Organizacja Zdrowia
WHR	<i>waist to height ratio</i> – wskaźnik talia-biodro
WOMP	wojewódzki ośrodek medycyny pracy
WZW	wirusowe zapalenie wątroby
YFAS	Yale Food Addiction Scale – skala uzależnienia od żywności YFAS

Słowo wstępne

Najstarsi autorzy podręcznika – profesor higieny, neurolog i pediatra z doświadczeniem lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, zakaźnika i nefrologa – pamiętają czas wspólnych studiów w latach 1965–1971 na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu (obecnie Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego). Wykładana wówczas na IV roku higiena stanowiła jeden przedmiot dotyczący jedynie podstawowych zasad zachowania higieny, co było dość nudne na tle zajęć klinicznych. Zdobywaliśmy wiedzę w czasach, kiedy Polska znajdowała się za słynną „żelazną kurtyną”¹, a to oznaczało nie tylko ograniczenie możliwości wyjazdu poza granice kraju, ale też opóźnienie informacji naukowych płynących ze świata. Modele stylu życia czy trendy mody przybywały do nas niejednokrotnie z ponad 20-letnim opóźnieniem. Odżywialiśmy się tak jak było możliwe w tamtym czasie, nie zwracając uwagi na kaloryczność czy wartości produktów. Osób otyłych widywało się niewiele, a uzależnienia, poza alkoholem, dotyczyły raczej nielicznych. O profilaktyce mówiło się mało, chyba że przy okazji np. zajęć z kardiologii, gdyż chyba ta wiedza docierała do Polski najwcześniej.

Na naszych oczach, już w czasie trwania pracy zawodowej, następował stały, bardzo intensywny rozwój nauk wywodzących się z tradycji starożytnej higieny. Wraz ze zmianami cywilizacyjnymi, rozwojem nauk społecznych, technicznych i przede wszystkim medycznych, a także ruchów i inicjatyw społecznych, obserwuje się poszerzanie dawnych pojęć, powstają nowe nauki zajmujące się zdrowiem, a nie *stricto* chorobą, które znajdują miejsce na uczelniach jako odrębne dziedziny inaczej nazywane niż higiena, a nawet powstają odrębne uczelnie zajmujące się zdrowiem w szerokim ujęciu.

¹ „Żelazna kurtyna” – termin używany na określenie izolacji obszarów pozostających pod dominacją ZSRR od niekomunistycznego świata; pochodzi z przemówienia Winstona Churchilla wygłoszonego w Fulton w USA (III 1946), w którym wezwał on Stany Zjednoczone do przeciwstawienia się polityce Józefa Stalina zmierzającej do rozszerzenia wpływów sowieckich i systemu komunistycznego; przemówienie to jest uważane za początek zimnej wojny.

Monografia ta ma spełniać rolę przewodnika po wszystkich naukach służących zachowaniu zdrowia, dotykając problemów, którymi się zajmuje medycyna kliniczna (naprawcza).

Chcieliśmy pokazać, jak rozległy jest ten obszar, jak wielką rolę spełnia nie tylko lekarz, ale każdy społecznik, działając w zakresie medycyny profilaktycznej, gdyż nie trzeba przypominać, że lepiej zapobiegać niż leczyć. Chcemy też zachować pamięć o tym, że każda z wyodrębnionych nauk dotyczących profilaktyki ma w sobie pierwiastek starożytnej HIGIENY. Staraliśmy się ubarwić książkę, podając informacje dotyczące historii rozwoju myśli higienicznej, także rodzącej się w czasie wielkich epidemii w przeszłości.

Większość rozdziałów ma charakter podręcznikowy, jednakże czasami redaktorzy – upoważnieni ogromnym doświadczeniem życiowym i zawodowym – chcieli się podzielić swoimi obserwacjami, wprowadzając własną, często emocjonalną narrację i te teksty zacieniowano, by je wyodrębnić od treści podstawowych. Uznaliśmy bowiem, że każda forma przekazu jest dopuszczalna.

Kolejnym problemem, który zajął nam dużo czasu na rozmyślenia nad redakcją, jest rozbudowany spis treści. Czytelnik zorientuje się, że podawane przez nas tematy, z uwagi na wzajemne przenikanie się przyczyn, zasługują na wyodrębnienie, więc otrzymują tytuł główny. Na przykład, otyłości nie można przyporządkować tylko do stylu życia, czyli nieprawidłowego odżywiania się czy braku aktywności fizycznej, bowiem zjawisko dotyczy także psychologicznych przyczyn i konsekwencji otyłości, w tym motywacji do zmiany osoby dotkniętej otyłością (a także właściwości struktury osobowości, emocjonalności, poziomu i rodzaju zasobów zdrowotnych, sposobów radzenia sobie ze stresem), a nawet uzależnienia od słodkiego smaku czy innych produktów żywnościowych. Innym przykładem jest anoreksja i bulimia, określane wg ICD-10 jako zaburzenia żywienia i odżywiania, które nie odnoszą się wyłącznie do nieprawidłowego żywienia w aspekcie stylu życia, a do zaburzonego postrzegania własnego ciała, często zawierając elementy uzależnienia behawioralnego.

Na końcu książki sporządziliśmy bibliografię zawierającą pozycje, które nas zainspirowały, stanowią ogromną retrospektywę naszego życia zawodowego. Ujmując więc pozycje, które zachwycały w młodości, miały wpływ na nasz rozwój, także jako przyszłych lekarzy, na myślenie holistyczne o człowieku – dały bowiem możliwość zauważenia, że medycyna to nie tylko leczenie zaburzeń fizycznych, a ogrom problemów związanych z psychiką. Nie wspomnimy w tym miejscu o oczarowaniu książką *Król Maciuś Pierwszy* Janusza Korczaka², która wydała się wtedy fantazją,

² **Janusz Korczak**, właśc. **Henryk Goldszmit**, nazywany przez dzieci i warszawiaków Starym Doktorem lub Panem Doktorem (ur. 22 lipca 1878 r. lub 1879 r. w Warszawie, zm. w sierpniu 1942 r. w Treblince) – polsko-żydowski lekarz, pedagog, pisarz, publicysta i działacz społeczny.

a zrozumieliśmy ją dopiero znacznie później, czytając traktaty tegoż autora o wychowywaniu dzieci, partnerskim traktowaniu, stawianiu wymagań i zaufaniu. Jedną jego pozycję umieściliśmy w bibliografii. Zawarliśmy także tytuł książki beletrystycznej, czytanej jeszcze pod licealną ławką w czasie trwania lekcji – to *Ciała i dusze* Van der Meerscha³, ale potem już przyszedł czas na Antoniego Kępińskiego – fenomenalnego psychiatrę, człowieka wybornego pióra. Jego wszystkie książki wchłanialiśmy jednym tchem, zachwycając się wiedzą podawaną w sposób zrozumiały i pasjonujący. Dzięki profesorowi zaczęliśmy rozumieć naturę człowieka i cienką linię – czasem zupełnie niewidzialną granicę pomiędzy zdrowiem a chorobą. W nawiązaniu do pobudzonych, choć niezrealizowanych marzeń o psychiatrii, jedyna, wręcz unikatowa książka napisana na podstawie doznań własnych przez doskonałego pisarza doświadczającego choroby – Jerzego Krzysztonia pt. *Obłąd* pozostaje niezapomniana. I ją włączyliśmy do bibliografii. No i jeszcze jedna nasza przypomniana „przygoda” z problemami zdrowia psychicznego to pierwsza w powojennej Polsce książka autorstwa Selyego o stresie, która obok równie pierwszej w Polsce pozycji o nieznanym nam wtedy cybernetyce była fascynacją. W nieodległej przeszłości żona korespondenta wojennego, dziennikarka Grażyna Jagielska wydała dwie książki, w których opisuje niezwykle obrazowo swoją traumę związaną z wyjazdami męża na fronty wojen toczących się w różnych częściach świata, wreszcie pobyt w szpitalu psychiatrycznym, klasyczne objawy PTSD u siebie i innych. O tym zespole piszemy w książce, ale opowieść człowieka, który przeżył, jest najważniejsza. No i na koniec powieści prof. Andrzeja Szczeklika – fenomenalnego lekarza i gawędziarza, artysty z Piwnicy Pod Baranami⁴ – jakże potrzebne w życiu codziennym, bo:

Pośród licznych książek jego autorstwa znajduje się *Król Maciuś Pierwszy* – wydana w 1923 r., <https://culture.pl/pl/tworca/janusz-korczak> [dostęp: 23.04.2021].

³ **Maxence van der Meersch** (1907–1951) – pisarz francuski pochodzenia flamandzkiego. Pisał głównie powieści obyczajowe, ale zawsze kładł nacisk na dylematy moralne i etyczne, wskazywał też znaczenie religii katolickiej. W 1936 r. otrzymał Nagrodę Goncourtów za *Piętno boże*. Powieść *Ciała i dusze* wydał w 1943 r. (w Polsce w 1955 r.). Tak napisał jeden z recenzentów w 2019 r.: „Lekarze skupiają się na leczeniu ciała, zapominając o godności pacjenta, jego cierpieniu, czy lęku. Pacjent staje się tylko fizycznym ciałem i zapomina się, że dusza, która w procesie leczenia często jest pomijana, nie jest ostatnią w hierarchii wartości. Dla mnie *Ciała i dusze* to książka o moralności, etyce i humanizmie w medycynie”, <https://lubimyczytac.pl/ksiazka/85394/ciala-i-dusze> [dostęp: 23.04.2012].

⁴ **Andrzej Tadeusz Szczeklika** (1938–2012) – polski lekarz-naukowiec, profesor Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego, pisarz eseista i filozof medycyny, wiceprezes Polskiej Akademii Umiejętności, animator Akademii Młodych PAUeczka Akademicka. Zajmował się pracą naukową z zakresu kardiologii i pulmonologii. W 1975 r. przedstawił teorię rozwoju postaci astmy oskrzelowej, tzw. astmy aspirynowej. W latach 70. prowadził badania nad prostacykliną i przyczynił się do wprowadzenia analogów prostacykliny do farmakoterapii. Od 2009 r. był członkiem Społecznego Komitetu Odnowy Zabytków Krakowa (SKOZK). Autor

W książkach jest coś szczególnego.
 Książki przenikają nas do głębi [...]

A żadna nie przychodzi samotnie,
 ale wprowadza imiona innych
 i jedna każe łąknąć drugiej.

Francesco Petrarca (1304–1374)⁵

Przy opracowywaniu tej rozległej, dotykającej bardzo wielu problemów książki przyświecało nam (jak zresztą całemu naszemu życiu) – zdanie św. Tomasza z Akwinu: „Wystrzegaj się ludzi jednej książki”, które sugeruje, by mieć szerokie horyzonty, nie zamykać się w jednej idei, nie zawężać zainteresowań, bo to prowadzi do poczucia, że już wszystko się wie. A ciekawość świata to nieustanna młodość i warunek dobrego, kreatywnego życia⁶.

W bibliografii tytuły pozycji beletrystycznych lub popularnonaukowych zaznaczamy czcionką pochyłą, by odróżnić od pozycji stricte podręcznikowych.

Oddajemy więc tę książkę w ręce Czytelnika z przekazem, że warto zajmować się higieną w tak szerokim ujęciu, bo może być to zachwycająca przygoda życiowa (a nawet pasja), a nie tylko bardzo poważna praca zawodowa. Kto wie – może

książek przetłumaczonych na język angielski, niemiecki, hiszpański, węgierski i litewski. W roku 2014 ukazała się książka pt. *Sluch absolutny* – wywiad-rzeka, przeprowadzony z nim przez jego przyjaciela i wydawcę Jerzego Illga. Autor podjął próbę znalezienia odpowiedzi na pytania, co ukształtowało osobowość bohatera książki – jaki dom, jakie lektury, jacy mistrzowie, jakie okoliczności? Na obwolucie książki zamieszczono m.in. zdania:

Leczył najwybitniejszych polskich pisarzy i artystów: Lema, Miłosza, Szymborską, Wajdę, Tischnera, Mrożka. Znany z gry na fortepianie w Piwnicy pod Baranami i z brawurowej jazdy na nartach, był jedną z najbarwniejszych postaci Krakowa. Jego błyskotliwe książki o medycynie: *Katharsis*, *Kore* i *Nieśmiertelność*, stały się bestsellerami nie tylko w Polsce.

Był rzadko spotykanym typem Wielkiego Lekarza, uczonym i humanistą, zadziwiał erudycją i wiedzą z wielu dziedzin – od historii medycyny i jej najnowszych odkryć, poprzez mitologię, alchemię, astrologię, historię sztuki, po muzykologię i poezję. Oddany swemu powołaniu i pacjentom, był Andrzej Szczeklik prawdziwym autorytetem, człowiekiem niezłomnych zasad, bezkompromisowo broniącym etosu swojej profesji, a jednocześnie ciepłym i serdecznym.

Anna Dymna, jedna z jego pacjentek, napisała: „Wielki Lekarz i humanista profesor Andrzej Szczeklik umiał słuchać drugiego człowieka. Jego ‘słuch absolutny’ pomagał nam żyć i często nas ratował”⁵, https://pl.wikipedia.org/wiki/Andrzej_Szczeklik [dostęp: 21.10.2020].

⁵ **Francesco Petrarca** (1304–1374) – jeden z pierwszych poetów, pochodzący z Italii. Pisał zarówno po włosku (językiem nazywanym wówczas *volgare* – pospolitym), jak i po łacinie. Był tercjarzem franciszkańskim. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/Petrarca-Francesco;3956277.html> [dostęp: 23.04.2021].

⁶ **Tomasz z Akwinu** (ok. 1225–1274) filozof scholastyczny, teolog, członek zakonu dominikanów. Był jednym z najwybitniejszych myślicieli w dziejach chrześcijaństwa. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/Tomasz-z-Akwinu;3987919.html> [dostęp: 23.04.2021].

wśród Was młodych, ale i starszych kalendarzowo, ale nie biologicznie, wyrasta człowiek na miarę Hippokratesa XXI wieku, wielkiego lekarza medycyny holistycznej wszechczasów?

A jeśli będziemy tylko pracowali bezpośrednio z ludźmi, niezależnie od zawodu, może przydatne okażą się pełne pokory wobec niedoskonałości własnej wiedzy słowa starego profesora Andrzeja Szczeklika, wprowadzicie dotyczące lekarza, ale zalecające towarzyszenie drugiej osobie:

Chory przychodzi ze swym bólem, cierpieniem, wołaniem o pomoc. A lekarz, nie bacząc na lęk chorego (i swój własny), wiedząc, jak mało wie (zawsze za mało), mówi: „Stanę przy tobie. Razem spojrzymy niebezpieczeństwu w twarz”⁷.

⁷ A. Szczekliki, *Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny*, Społeczny Instytut Wydawniczy „Znak”, Kraków 2007.

Wprowadzenie

Książka jest kształtowana przez rzeczywistość. Początkowy plan autorów odnośnie do jego układu i rozbudowywania różnych tematów był inny. Jednak pandemia *coronavirus disease* COVID-19, która ogarnęła świat na przełomie lat 2019–2020, zdeterminowała aktualny układ książki, którą przekazujemy studentom i wszystkim zainteresowanym. Opowiemy więc o tej niespotykanej od lat sytuacji świata, metodach ochrony przed rozprzestrzenianiem wirusa SARS-CoV-2, zachowaniach władz i ludzi oraz możliwych skutkach przede wszystkim zdrowotnych, dotyczących też zdrowia psychicznego. Po podaniu może nużących, ale bardzo ważnych definicji, które umożliwiają porządkowanie wiedzy oraz wynikające z niej celowe i skuteczne działania, opowiadamy o dawnych epidemiach i pandemiach, które zmieniały świat i zapoczątkowały działania ochronne przed rozprzestrzenianiem się choroby – nadal aktualne od co najmniej wieków XI–XIV, kiedy to rozpoczęła się dokumentowanie i mamy tego dowody. Opowiemy o szczepionkach, które zmieniły ludzkie losy, a także ruchach antyszczepionkowych. W dalszej części książki opisujemy warunki, które wpływają na życie ludzi i determinują odpowiednie zachowania profilaktyczne – tj. sytuację demograficzną Polski, życie społeczne, życie współczesnych rodzin, edukację i Internet, będący jakby odrębnym życiem społeczeństwa. Wprowadzamy własne pojęcie o tym, jaki będzie *Homo pandemicus*, który „rodzi się” na naszych oczach, ewoluując z *Homo interneticus*. Omawiamy też problem starości, wspominając o szacunku, jakim się cieszyła w dawnych czasach, z przekazem by była aktywna – w kontakcie z młodymi, z poszukiwaniem bliskości, rozmowami, dotykiem, przytuleniem czy tańcem. Chcemy uświadomić młodym, że starość jest nieuchronna, choć w tym wieku niewyobrażalna, że może być piękna – tylko trzeba wiedzieć i zrozumieć, a zanim nadejdzie pomagać innym – daje to siłę dla przezwyciężenia własnych problemów i sprawia, iż życie staje się pełne. Podajemy przejmującą statystykę samobójstw, szczególnie wśród dzieci i młodzieży, co jest złym znakiem współczesnych czasów.

Ponadto mówimy o stresie, jego skutkach, sposobach radzenia sobie z nim, o wielu zespołach zależnych w dużym stopniu od wiedzy, woli i siły człowieka –

a także o tym, jak wzmacniać swoje zdrowie fizyczne i psychiczne. Omawiamy więc m.in. problem mowy nienawiści, tak dobrze nam znany jako fala hejtu w internecie, będący wyrazem nie tylko krytyki bez podstaw merytorycznych, ale też przyjemnością hejtera i świadomości, że jest bezkarny, wszystko mu wolno lub po prostu działa na zamówienie. Rozległym i wielowątkowym, tragicznym tematem jest zespół dziecka maltretowanego (cierpiącego często niemo z zawstydzienia lub nierozpoznania problemu z powodu swej niedojrzałości i nieświadomości), którego następstwa na całe życie ofiary, także z wpływem na zdrowie społeczeństwa, jest ogromne. Poza zaburzeniami swoich emocji dorosłe dziecko maltretowane powieli zachowania swojego oprawcy... Na marginesie omawiania zespołów po gwałcie, wspominamy o coraz częściej stosowanej pigułce gwałtu, po otrzymaniu której życie wielu młodych zmienia się – wkraczają na drogę korzystania z substancji psychoaktywnych lub nie potrafią z zaufaniem budować swoich związków.

Odrębnym tematem jest dzisiejsza już epidemia otyłości – ujęliśmy problem z uważeniem wyraźnych związków tej choroby z psychiką człowieka, ale też uzależnieniem od słodkiego smaku. I kolejny ważny temat objaśniający, jak podobnie zachowuje się człowiek po wielkiej dla niego stracie – gdy traci zdrowie, sprawność, ale też osobę bliską, a w niektórych wypadkach głęboko przeżywa utratę majątku.

Nie sposób wymienić wszystkie tematy poruszane w sposób czasem nieco powierzchowny (ale poparte aktualnym piśmiennictwem naukowym) – gdyż higiena jest jakby przewodnikiem po różnych naukach, od których zależy zdrowie i samopoczucie ludzi – także technicznych czy artystycznych, po niemal wszystkich specjalnościach medycznych oraz meandrach zdrowia i choroby. A już w chwili wybuchu pandemii COVID-19 widać było bardzo wyraźnie, jak społeczeństwo uczyło się zasad epidemiologii i higieny, które od wielu lat usiłowali przekazywać specjaliści, a zostały jakby zapomniane. To była i jest prawdziwa szkoła życia, jakże trudna... Już takie skrótowe przedstawienie tego, co się składa na całość medycyny profilaktycznej, która czerpie wiedzę z interdyscyplinarnej higieny i epidemiologii, powinno uzmysłwić studiującym medycynę, że jej obszar jest przeogromny i stanowi podstawę zdrowia.

Chcemy przekonać Czytelnika, że higiena i bardzo z nią związana epidemiologia, która dostarcza danych i umożliwia przewidywanie zdarzeń oraz niejako dyktuje sposoby ochrony przed nimi – widziana z perspektywy całości populacji i szerokiego obszaru zagadnień – jest najważniejsza. Nie można praktykować medycyny w żadnym jej obszarze, nie dostrzegając korzyści ze stosowania się do zasad medycyny profilaktycznej.

Znaczenie zapobiegania chorobom, zwanej medycyną profilaktyczną, ale też w szerokim rozumieniu, jakie podaje higiena interdyscyplinarna, chyba najbardziej

rozumieją starzy lekarze, których gorzkie doświadczenie życiowe – nie tylko niepowodzenia leczenia, zgony pacjentów, ale też zadawanie cierpień ludziom leczonym (np. powikłania chemioterapii) – coraz bardziej przekonują, że warto, naprawdę warto, myśleć o zdrowiu przed wystąpieniem choroby – co np. dr Emmanuel Fombu – uznany światowy autorytet w dziedzinie konwergencji technologii cyfrowych i opieki zdrowotnej – ujął następująco:

Geny to dopiero początek twojej historii życia. To, że masz geny choroby, nie oznacza, że ją dostaniesz. Twoje decyzje mają znaczenie. Czynniki środowiskowe i społeczno-ekonomiczne odgrywają kluczową rolę w określaniu prawdopodobieństwa rozwoju wielu chorób, przy czym czynniki stylu życia, takie jak dieta i ćwiczenia fizyczne, mają zasadnicze znaczenie dla życia bez chorób¹.

My, doświadczeni długą praktyką lekarską i długim życiem lekarze, chcielibyśmy niejako zarazić młodych myśleniem i działaniem profilaktycznym. I to jest cel niniejszej książki.

¹ *Preventive healthcare technology – the future of medicine?*, <https://www.arabnews.com/node/1579491/science-technology> [dostęp: 23.04.2020].

Jerzy T. Marcinkowski
Zofia Konopielko
Aneta Klimberg

Higiena

Historia dbałości o zdrowie

Już w starożytnym Egipcie (lata 3200–3000 p.n.e.) filtrowano wodę, wiedząc jak jest istotna jej czystość; sprawnie usuwano nieczystości, a także izolowano chorych, o których myślano, że mogą zarażać innych¹.

W *Torze* – zwanej *Pięcioksiągami Mojżeszowym* – świętej księdze judaizmu, stanowiącej pięć pierwszych ksiąg *Starego Testamentu*² można znaleźć szczegółowe opisy, jak postępować, by chronić człowieka, ale też społeczeństwo, przed chorobami i innymi zagrożeniami zdrowia.

W starożytnej Grecji twierdzono, że człowiek jest naturalną częścią przyrody, a jego zdrowie zależy od harmonijnego współdziałania wszystkich składników ciała ludzkiego wzajemnie (podana przez żyjącego w okresie ok. 460–370 r. p.n.e. Hippokratesa zasada równowagi czterech płynów ustroju – krwi, śluzu, żółci i czarnej żółci) oraz ze środowiskiem, w którym żyje. Już wówczas podkreślano znaczenie emocji, roli umiaru w życiu codziennym oraz istotę wpływów środowiska na człowieka. Była to więc pierwsza złożona i spójna myśl o zachowaniu zdrowia człowieka, która stała się podstawą dwóch głównych kierunków zdrowia publicznego – higieny otoczenia oraz prozdrowotnego stylu życia³.

¹ J. Thorwald, *Dawna medycyna, jej tajemnice i potęga: Egipt, Babilonia, Indie, Chiny, Meksyk, Peru*, Wydawnictwo Literackie, Warszawa 2017, s. 304.

² *Encyklopedia PWN. Tora*, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/Tora;4010278.html> [dostęp: 23.04.2020].

³ W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, https://litres.pl/wladyslaw-szumowski/historia-medycyny-filozoficznie-ujeta-43371846/?utm_medium=cpc&utm_source=google&utm_campaign=Smart_Tovarnaya%7C6443058692&utm_term=&utm_content=k50i

Definicja, źródłostów odnoszący się do greckiej bogini Hygei i podział

Higiena (grec. *hygieinós* – leczący, przynoszący zdrowie) według WHO oznacza warunki i praktyki, które pomagają utrzymać zdrowie i zapobiegają rozprzestrzenianiu się chorób⁴.

W szerokim ujęciu jest to nauka wielodyscyplinarna zajmująca się wzajemnym oddziaływaniem między organizmem człowieka a środowiskiem rozpatrywanym w mikro- i makroskali, w którym on żyje – uczy się i pracuje.

Źródłostów wyrazu „higiena” wiązany jest bardzo często z boginią i uosobieniem zdrowia w mitologii greckiej noszącą imię Hygeia (stgr. *Υγίεια, Hygieia, Higieja, Hygieja, Hygea, Hygia*) – postacią niezwykle popularną, czego wyrazem jest to, że doczekała się ponad 15 tysięcy wizerunków artystycznych na całym świecie.

Hygeia przedstawiana jest z atrybutami: wężem Asklepiosa i czarką do karmienia tego węża⁵. Asklepios (także Eskulap) w mitologii greckiej jest bogiem sztuki lekarskiej i ojcem Hygei – przedstawiano go z wężem i laską, symbolami medycyny (sztuki lekarskiej), które współcześnie widnieją m.in. na logo WHO, większości uniwersytetów medycznych i szpitali na całym świecie oraz na mundurach lekarzy wojskowych. Wąż (ze względu na linienie – „odradzanie się”) symbolizuje ciągłą samoodnowę życia, ozdrowienie, długowieczność, uzdrawianie. Czarka Hygei w wyobrażeniu starożytnych zawiera z pewnością napój, który daje siłę wężowi. I taka rola higieny pozostaje do dziś.

Z uwagi na skalę problemów czasami przydatny jest podział na higienę osobistą, szkolną, pracy, społeczną, żywności i żywienia, hodowli zwierząt, komunalną, transportu, ale też cyfrową. Jednak warto pamiętać, że te poszczególne działy wzajemnie się przenikają i oddziałują na siebie.

Praktycznymi zaleceniami higieny są wskazania dotyczące usuwania ze środowiska życia czynników (wpływow) ujemnych, w różny sposób zagrażających zdrowiu i wprowadzania do środowiska czynników dodatnich – korzystnych dla zdrowia. W odniesieniu do człowieka chodzi głównie o zapewnienie poszczególnym osobom oraz społeczeństwu jak najlepszych warunków rozwoju fizycznego i psychicznego, a także zachowania zdrowia do końca długiego życia.

d%7Cpla-1164853503828%7Ccid%7C6443058692%7Caid%7C376423759607%7Cgid%7C76574948586%7Cpos%7C%7Csrc%7Cu_%7Cdvc%7Cc%7Creg%7C1011419%7Crin-%7C1011419%7C&k50id=76574948586%7Cpla-1164853503828&gclid=EAJaIQobChMizK6Pv8aE8AIVD9TtCh3ctQ3AEYYAiABEgIcW_D_BwE [dostęp 17.04.2021].

⁴ WHO, Hygiene, <https://www.afro.who.int/health-topics/hygiene> [dostęp: 23.03.2020].

⁵ Galeria Hygei, <http://phie.pl/phe.php?opc=HY&lng=pl> [dostęp: 23.03.2020].

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

Dnia 21 listopada 1918 r., zaledwie kilka dni po 123-letniej niewoli Polski i ogłoszeniu jej niepodległości powstał pierwszy polski instytut medyczny. Początkowo nosił nazwę Państwowy Centralny Zakład Epidemiologiczny, a 7 września 1923 r. został przemianowany na Państwowy Zakład Higieny. W 2007 r. nazwę zmieniono na Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) podkreślając jeszcze większy obszar działania PZH.

Pierwotnym celem jego działania była poprawa sytuacji epidemiologicznej na zniszczonych w czasie I wojny światowej terenach kraju.

Później, w okresie 20-lecia międzywojennego w Państwowym Zakładzie Higieny produkowano szczepionki i surowice lecznicze, a od 1925 r. insulinę. Po II wojnie światowej Państwowy Zakład Higieny jako instytut naukowo-badawczy kontynuował badania naukowe w dziedzinie mikrobiologii, epidemiologii i higieny oraz środowiskowych zagrożeń zdrowia.

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 zakaźnymi.

Instytut sprawuje funkcję opiniodawczą i doradczą w przygotowywaniu ekspertyz z dziedziny zdrowia publicznego dla instytucji rządowych i samorządowych, prowadzi także ogólnopolskie kampanie edukacyjne⁶.

Inspekcja Weterynaryjna

Inspekcja Weterynaryjna⁷ to „wysocze 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 stricte problemami zwierząt, inspekcja w działaniach uwzględnia np. choroby przenoszone na człowieka czy wpływ produktów spożywczych pochodzących od zwierząt na zdrowie ludzi. Jak ważna jest rola właściwego nadzoru,

⁶ Trzy wydarzenia naukowe z okazji stulecia Państwowego Zakładu Higieny, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C29013%2Ctrzy-wydarzenia-naukowe-z-okazji-stulecia-panstwowego-zakladu-higieny.html> [dostęp: 25.04.2020].

⁷ Inspekcja Weterynaryjna, <https://www.wetgiw.gov.pl/> [dostęp: 23.03.2020].

można się przekonać teraz, w czasie trwającej pandemii COVID-19, ponieważ rozważana jest jedna z istotnych przyczyn przeniesienia koronawirusa na ludzi w warunkach ekstremalnego oraz długotrwałego ich stłoczenia i krwawego oprawiania ciał zwierząt na wielu bazarach Azji⁸.

Polskie Towarzystwo Higieniczne (PTH)

Na ziemiach polskich pod zaborem rosyjskim, jeszcze w 1894 r. tak pisał Bolesław Prus:

Miejmy męstwo powiedzieć sobie prawdę. My nie jesteśmy ani „Francuzami północy”, ani ludem muzykalnym, ani poetyckim, ani sentymentalnym, ale nade wszystko – ludem niemyjącym się. U nas człowiek „bardzo inteligentny” płucze zęby, a nadzwyczaj inteligentny robi to po każdym jedzeniu. Najwznioślejsze charaktery miewają czarne paznokcie, zaś mycie nóg co dzień uważa się za dziwactwo. Brudne są nasze kuchnie i sypialnie, bawarie [czyli piwiarnie] i restauracje, a nawet [...] łazienki. Co mówię? [...] Nie ma łazienki nawet w gubernialnym mieście Siedlcach. [...] W ziemiańskich domach są fortepiany, ale nie ma łazienek – i łatwiej nauczyć się francuskiego niż znaleźć miejsce, w którym można się wykapać⁹.

Warszawskie Towarzystwo Higieniczne (WTH, 1898 r., zabór rosyjski)

Po czterech latach od zapisków Bolesława Prusa, powstało na tych ziemiach Warszawskie Towarzystwo Higieniczne (WTH). Zabór rosyjski – w porównaniu z pruskim i austriackim – był wówczas najbardziej zaniedbany pod względem higieny i edukacji. Dzięki mobilizacji polskiej inteligencji i przychylności w tym czasie, a nawet przy dużym udziale zaborcy, rozpoczęto działania mające na celu podniesienie stanu higieny w Warszawie. Zlikwidowano słynną staromiejską Gnojną Górę (można nadal odwiedzać to miejsce na warszawskiej Starówce), rozpoczęto budowę wodociągów i kanalizacji, które udostępniono w 1886 r. Warto podkreślić znacząco pozytywną rolę carskiego generała – od 1875 r. p.o. prezydenta miasta – Sokratesa Starynkiewicza (1820–1902) i brytyjskiego inżyniera Williama Lindleya (1808–1900).

Prowadzono także szeroką działalność edukacyjną.

⁸ P. Singer, P. Cavalieri, *Źródłem COVID-19 jest przemoc wobec zwierząt*, <https://krytykapolityczna.pl/swiat/covid-19-jest-skutkiem-przemocy-wobec-zwierzat-singer/> [dostęp: 23.05.2020].

⁹ B. Prus, *Kroniki tygodniowe*, t. 14, PIW, Warszawa 1964, s. 171 [opis w 1894 r.].

I Wystawa Higieniczna w Warszawie – znaczenie dla Polaków i echa na świecie

W czasie trwania niewoli, w Warszawie, w 1887 r. dzięki wieloletnim przemysłom, staraniom i wielkiej mobilizacji polskiej inteligencji, a także zebranych funduszom społecznym otwarto I Wystawę Higieniczną. Wydarzenie odbiło się na świecie szerokim echem, a polskiemu społeczeństwu, szczególnie ludziom, którzy nie wyjeżdżali za granicę, pokazało warunki, w jakich można żyć, by zachować zdrowie.

Zakres przedstawianych problemów był ogromny – społeczeństwo otrzymało też wskazówki, jak można dbać o szeroko pojętą higienę¹⁰.

Oto kilka słów z obszernej relacji świadków I Wystawy Higienicznej w Warszawie:

21 maja 1887 roku godz. 11-tej z rana otwały się na placu ujazdowskim bramy wystawy higienicznej. Dobra wola i energia moralna organizatorów odniosła zwycięstwo nad wszelkimi przeszkodami, i Warszawie przypadła zaszczytna rola urządzenia wystawy jakiej Paryż nie widział dotychczas i na jaką do chwili obecnej zdobyły się tylko; Berlin, Londyn i Bruksela! [...] Jednym z [...] najważniejszych działów wystawy był dział sekcji wychowawczej [...] Program wystawowy ich działu obejmował I. higienę niemowląt, II. higienę dzieci i młodzieży oraz III. konserwowanie sił fizycznych młodzieży. Sekcja urządziła według swojego planu: wzorcową ochronę lub szkołę początkową, salę gimnastyczną oraz opracowano tablice z głównymi zasadami higieny wychowawczej. Ten wydział zaprezentował na wystawie również „instytut szczepienia ospy dr Mączewskiego”, ogródki Frebłowskie, oraz wzorowo urządzone sale szkolne [...] Sekcję szpitalną reprezentowały prawie wszystkie szpitale warszawskie. Szpital Dzieciątka Jezus przedstawił urządzenie sali operacyjnej przez kol. Krajewskiego¹¹.

Polskie Towarzystwo Higieniczne (PTH) – kontynuacja idei

W odrodzonej po 123 latach niewoli Polsce dalej działało Warszawskie Towarzystwo Higieniczne (WTH), odbywały się kolejne wystawy higieniczne, a równocześnie w całym kraju powstawały łaźnie miejskie, od 1928 r. budowano tzw. sławojki, co miało znaczny wpływ na stan zdrowia społeczeństwa¹².

¹⁰ Geneza Polskiego Towarzystwa Higienicznego (1898 r.). I Wystawa Higieniczna w Warszawie w 1887 roku, https://www.pth.pl/?id_menu_left=5&id_info=1&str_glowna=2&id_typ_obsługi=3&sub_id_info_d=&id_info_o=0&id_oddz=23 [dostęp: 24.03.2020].

¹¹ Ibidem.

¹² Sławojka (także: wygodka, latryna) – rodzaj ubikacji; niewielka zamykana od wewnątrz budka, zazwyczaj wolnostojąca, z umieszczoną poziomo wewnątrz deską z otworem (pełniącą funkcję sedesu) nad suchym dołem, do którego wpadają fekalia. Nazwa przyjęła się w dwudziestoleciu międzywojennym od imienia premiera Felicjana Sławoja Składkowskiego, który był inicjatorem akcji poprawy zdrowotności i świadomości higienicznej polskiego chłopstwa.

W 1932 r. WTH przekształcono w Polskie Towarzystwo Higieniczne (PTH), które kontynuowało piękną ideę¹³ opartą na tradycjach społecznego ruchu higienicznego.

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 i organizacjami fachowymi oraz naukowymi w Polsce i na świecie, związanymi z działalnością ochrony zdrowia, szeroko pojętą profilaktyką i higieną¹⁴.

Trudno tu wspominać wszystkich wielkich ludzi zasłużonych dla PTH i zaangażowanych w szerzenie higieny, bo powstałaby odrębna monografia. Jednak warto wymienić doktora Józefa Polaka (1857–1928) – założyciela WTH, inicjatora I Wystawy Higienicznej czy doktora Marcina Kacprzaka (1888–1968) – pioniera medycyny społecznej, po II wojnie światowej współorganizatora Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Współcześnie, w ostatnich latach prezesi starają się, by uwzględniając przemiany społeczne, szerzyć ideę edukacji do zdrowia, która jest zawsze warta przypomnienia. Jak zauważono w czasie pandemii COVID-19, nawet tak prosta czynność jak prawidłowe mycie rąk okazała się nieznaną większości społeczeństwa. W latach 2010–2018 funkcję prezesa PTH pełnił Jerzy T. Marcinkowski, a od 2018 r. – Aneta Klimberg (współautorzy niniejszej monografii)¹⁵. PTH jest wydawcą czasopism naukowych: „Hygeia Public Health”¹⁶ oraz „Problemy Higieny i Epidemiologii”¹⁷; oba periodyki są dostępne także w wersji elektronicznej.

¹³ Polskie Towarzystwo Higieniczne, <https://www.pth.pl/> [dostęp: 23.04.2021].

¹⁴ 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].

¹⁵ PTH. *Poczet Prezesów*, https://www.pth.pl/index.php?id_menu_left=6&id_info=5&str_glowna=2&id_typ_obsługi=13&sub_id_info_d=3&id_info_o=0&id_oddz=23&funkcje_kadencje_nazwiskaPage=2 [dostęp: 23.04.2021].

¹⁶ Hygeia Public Health, <http://www.h-ph.pl/hyg.php> [dostęp: 23.04.2021].

¹⁷ Problemy Higieny i Epidemiologii, <http://phie.pl> [dostęp: 23.04.2021].

Jerzy T. Marcinkowski
Aneta Klimberg

Zdrowie publiczne i promocja zdrowia – wiedza ogólna

W historycznym ujęciu kwestii zdrowia publicznego poświęcono uwagę w 1920 r., zawierając w definicji szerokie rozumienie pojęcia uwzględniające wśród zadań m.in. promowanie zdrowia, a termin promocji zdrowia został po raz pierwszy podany w 1945 r.

W kolejnych podrozdziałach omówimy te dwa tematy bardziej szczegółowo, stały się bowiem odrębnymi, choć ściśle powiązаныmi, gałęziami wywodzącymi się z pnia higieny i epidemiologii.

Zdrowie publiczne, historia, definicja wg WHO
i Międzynarodowego Towarzystwa Epidemiologicznego

W 1920 r. po raz pierwszy profesor Yale University (Connecticut, USA), Charles-Edward Amory Winslow, zaproponował następującą definicję:

Zdrowie publiczne jest nauką i sztuką zapobiegania chorobom, przedłużania życia, promowania zdrowia i sprawności fizycznej poprzez zorganizowane wysiłki na rzecz higieny środowiska, kontroli chorób zakaźnych, szerzenia zasad higieny osobistej, organizowania służb medycznych i opiekuńczych w celu wczesnego rozpoznawania, zapobiegania i leczenia oraz rozwijania takich mechanizmów społecznych, które zapewnią każdemu standard życia umożliwiający zachowanie i umacnianie zdrowia¹.

¹ C.E.A. Winslow, *The Untilled Fields of Public Health*, „Science” 1920, 51(1306), s. 23–33.

Od lat 80. XX wieku w miarę dalszego rozwoju systemów ochrony zdrowia na świecie zdrowie było coraz bardziej uznawane jako dobro publiczne, a nie indywidualne. Obecnie jest to szeroki zakres działań wielodyscyplinarnych związanych z różnymi aspektami zdrowia, jego ochroną, umacnianiem i poprawą, oceną potrzeb zdrowotnych populacji oraz sposobami ich zaspokajania, a także uwarunkowaniami pozytywnymi i negatywnymi. 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 pracy².

W słowniku epidemiologii wydanym przez **Międzynarodowe Towarzystwo Epidemiologiczne (*International Epidemiological Association*³)** zdrowie publiczne definiuje się jako:

zorganizowany wysiłek społeczeństwa na rzecz ochrony, promowania i przywracania ludzom zdrowia, a wszelkie programy, świadczenia i instytucje zajmujące się tą problematyką są ukierunkowane na zapobieganie chorobom i potrzeby zdrowotne populacji jako całości⁴.

W czasie obecnej pandemii COVID-19 jakże wyraźnie doświadczamy znaczenia pojęć wpisanych w definicję zdrowia publicznego. Chyba nigdy dotąd nie zdaliśmy sobie sprawy w takim stopniu jak obecnie, jak wielki ma wpływ pandemia na zdrowie społeczeństw, światową gospodarkę oraz środowisko, a także jak te elementy wpływają na przebieg pandemii. To powinno skłaniać także do refleksji nad tym, jak lepiej wykorzystywać już istniejące programy polityki zdrowotnej⁵ oraz jak je optymalizować.

² WHO. Health Systems Strengthening Glossary. Public Health, https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html [dostęp: 25.04.2020].

³ International Epidemiological Association, <https://ieaweb.org/> [dostęp: 25.04.2020].

⁴ M. Porta, *A Dictionary of Epidemiology*, Oxford University Press, Oxford 2008.

⁵ Programy polityki zdrowotnej, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/programy-profilaktyki-zdrowotnej> [dostęp: 23.04.2020].

Polska – Ustawa o zdrowiu publicznym,
Komitet Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk

Zdrowie publiczne – według Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2015 poz. 1916) – zajmuje się następującymi zadaniami:

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 fizycznej⁶.

W strukturze **Polskiej Akademii Nauk (PAN)** prowadzącej wszechstronną działalność na rzecz rozwoju nauki oraz ustanawiania najwyższych standardów jakości badań i norm etycznych służącą społeczeństwu i wzbogacaniu kultury narodowej znajdują się komitety pełniące funkcje ciał doradczych i opiniodawczych, które: opracowują stanowiska i ekspertyzy naukowe dla administracji państwowej, pomagają w rozwiązywaniu określonych kwestii naukowych oraz opiniują akty normatywne dotyczące nauki, jej zastosowań oraz kształcenia. W ramach Wydziału V – Nauk Medycznych działa Komitet Zdrowia Publicznego PAN⁷, który m.in. redaguje „Biuletyn COVID-19” przedstawiający najważniejsze aktualne fakty dotyczące tej pandemii⁸.

Promocja zdrowia

W 1945 r., Henry E. Siegerist, urodzony w Paryżu, ale działający w Szwajcarii historyk medycyny po raz pierwszy użył pojęcia „promocja zdrowia”, lokalizując ją obok głównych działań w obszarze medycyny, jak: zapobieganie chorobom, lecze-

⁶ Ustawa o zdrowiu publicznym, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/ustawa-o-zdrowiu-publicznym> [dostęp: 24.06.2020].

⁷ Komitet Zdrowia Publicznego PAN, <http://www.keizp.pan.pl/> [dostęp: 23.04.2021].

⁸ Biuletyn COVID-19, <https://biuletyn-covid-19.blogspot.com/> [dostęp: 23.05.2020].

nie chorób i rehabilitacja. W 1986 r. wydano tzw. „Kartę Ottawską”⁹, którą uważa się za akt utworzenia instytucji promocji 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” 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).

W praktyce zadania promocji zdrowia realizowane są poprzez jej podstawowe składowe: edukację zdrowotną i prozdrowotną politykę publiczną.

Zdrowie publiczne i promocja zdrowia – informacja o nauczaniu na polskich uczelniach

O znaczeniu tych nauk, a także ich interdyscyplinarnym charakterze, świadczy coraz większa liczba organizowanych kierunków na Polskich uczelniach, a również w kształceniu podyplomowym absolwentów różnych uczelni wyższych.

Na portalu kierunkistudiow.pl można znaleźć nazwy uczelni oraz informacje o **programie nauczania** i możliwościach zatrudnienia absolwentów. Programy edukacyjne zazwyczaj obejmują następujące elementy różnych nauk, np.:

⁹ WHO. The Ottawa Charter for Health Promotion, <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/in> [dostęp: 23.04.2020].

podstawy demografii, nauka o człowieku, propedeutyka medycyny, propedeutyka zdrowia publicznego, podstawy promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, podstawy epidemiologii, ekonomia i finanse, organizacja i zarządzanie, podstawy nadzoru sanitarno-epidemiologicznego, podstawy ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych, podstawy polityki społecznej i zdrowotnej, problemy zdrowia w skali międzynarodowej, ratownictwo medyczne, podstawy żywienia człowieka, podstawy zdrowia środowiskowego, kwalifikowana pierwsza pomoc, prawo, ekonomia, socjologia, psychologia, metodologia badań, ochrona środowiska, biostatystyka, pedagogika, elementy zdrowia publicznego, promocja zdrowia i edukacji zdrowotnej, epidemiologia, ekonomia i finansowanie w ochronie zdrowia, organizacja i zarządzanie w ochronie zdrowia, nadzór sanitarno-epidemiologiczny, ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, polityka społeczna i zdrowotna, międzynarodowa problematyka zdrowotna, żywienie człowieka, zdrowie środowiskowe, form opieki zdrowotnej, zasoby i systemy informacyjne w ochronie zdrowia, marketing usług zdrowotnych;

Absolwent jest przygotowany do pracy w:

- instytucjach i jednostkach administracji rządowej wszystkich szczebli zajmujących się problematyką zdrowia i szeroko rozumianym zdrowiem publicznym,
- jednostkach: nadzoru sanitarnego, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, ochrony i kontroli środowiska oraz działających w Zintegrowanym Systemie Ratownictwa Medycznego,
- instytucjach ubezpieczeń zdrowotnych i społecznych,
- podmiotach zajmujących się ochroną i promocją zdrowia,
- instytucjach badawczych zajmujących się problematyką zdrowia publicznego.

Absolwent posiada kompetencje do pełnienia funkcji kierowniczych w:

- instytucjach realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego,
- publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej,
- instytucjach ubezpieczeń zdrowotnych,
- instytucjach rządowych i samorządu terytorialnego,
- organizacjach pozarządowych,
- nadzorze sanitarnym – Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
- instytucjach działających na rzecz ochrony środowiska przyrodniczego.

Absolwent jest przygotowany do pełnienia roli eksperta, doradcy lub konsultanta w: jednostkach rządowych i samorządowych wszystkich szczebli, instytucjach pozarządowych oraz stowarzyszeniach i fundacjach¹⁰.

Na przykładzie wymienionych przedmiotów nauczanych na uczelniach zajmujących się zdrowiem publicznym obrazuje się bardzo rozległy obszar problemów, do których też nawiązuje niniejsza monografia. Jednocześnie zauważamy i podkreślamy wielokrotnie ponadczasową misję higieny i epidemiologii rozbudowywanej w ślad za postępem technicznym, medycyny i rozwojem cywilizacji.

¹⁰ Kierunek studiów: zdrowie publiczne, <https://kierunkistudiow.pl/kierunki/137/zdrowie-publiczne> [dostęp: 22.07.2020].

Jerzy T. Marcinkowski
Zofia Konopielko

Medycyna profilaktyczna a medycyna naprawcza

Przyszłością medycyny jest zapobieganie¹.

Medycynę można najogólniej podzielić na: profilaktyczną (zapobiegawczą, prewencyjną), określaną też jako nurt hipokratejski medycyny i naprawczą (kliniczną).

Medycyna profilaktyczna

O tym, że medycyna profilaktyczna jest przyszłościowa i nic nie może być ważniejsze dla dobrostanu ludzkości niż medycyna prewencyjna, pisano już w początku XX wieku² – i to jest najbardziej pożądanym kierunkiem rozwoju tej dziedziny również obecnie.

Medycyna profilaktyczna jest blisko związana z wielką interdyscyplinarną nauką zwaną higieną i można z całą pewnością powiedzieć, że wywodzi się z jej poznanej historycznej myśli. Współcześnie korzysta z coraz bardziej rozwijającej się epidemiologii, która przy użyciu dynamicznie doskonalonej cyfryzacji³ dostarcza informacji o częstości danych chorób, tempie ich szerzenia się i zależności od różnorodnych czynników. Obserwacje kliniczne, badania eksperymentalne i epidemiologię łączy tzw. medycyna oparta na faktach (*evidence based medicine* – EBM),

¹ Philips CEO: The future of medicine is Prevention, <https://www.cnbc.com/2017/05/02/philips-ceo-the-future-of-medicine-is-prevention.html> [dostęp: 23.04.2020].

² H.A. Moody, *The future of preventive medicine*, JAMA 1903, XLI(20) [dostęp: 23.04.2021].

³ 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].

omówiona w odrębnym rozdziale. Umożliwia to skuteczne przeciwdziałanie szerzeniu się chorób, nie tylko zakaźnych, ale też cywilizacyjnych a także wybór optymalnego rodzaju terapii w przypadku wystąpienia choroby.

Edukacja prozdrowotna i profilaktyka zdrowotna

W pierwszym nurcie medycyny profilaktycznej – praktyki medycznej mającej na celu zapobieganie chorobom i unikanie ich⁴ czasem przy użyciu technik medycznych⁵ – ważna jest rola edukacji prozdrowotnej, czyli uczenie jak żyć, żeby nie chorować, i w tym nurcie lekarz ostatecznie funkcjonowałby głównie jako nauczyciel zachowań prozdrowotnych od najwcześniejszych lat życia człowieka, we wszystkich grupach wiekowych i zawodowych, który interweniowałby w obszarze medycyny klinicznej dopiero w przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych. Stąd niektórzy wywodzili obawy, że w miarę rozwoju profilaktyki zawód lekarza stawałby się mniej potrzebny, być może liczba lekarzy zmniejszałaby się sukcesywnie.

Profilaktyka zdrowotna jest to zespół działań, które mają na celu zapobieganie chorobom, wczesne ich wykrycie i związane z tym odpowiednio wczesne leczenie a także zahamowanie postępu choroby. Rozróżnić tu należy:

- profilaktykę wczesną, tj. poznawanie, realizowanie i utrwalanie zasad zdrowego stylu życia;
- profilaktykę pierwotną (zwaną też I fazy) – jest to zapobieganie chorobom poprzez kontrolowanie czynników ryzyka;
- profilaktyką wtórną (II fazy) – zapobieganie rozwojowi choroby poprzez wczesne jej wykrywanie, jeszcze w fazie przedklinicznej (badania przesiewowe) i leczenie już na tym etapie;
- profilaktykę III fazy mającą na celu zahamowanie postępu choroby i ograniczenie jej powikłań. Profilaktyka ta przynosi wymierne korzyści zdrowotne, ale też ekonomiczne, zmniejszając liczbę zgonów, niepełnosprawności, obniżając koszty leczenia, poprawiając sytuację w rodzinie, szkole czy w pracy, ale wielokrotnie także zdrowie innych.

⁴ 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].

⁵ Collins Dictionary – Britannica – Preventive medicine, <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/preventive-medicine> [dostęp: 23.04.2020].

Medycyna kliniczna (naprawcza) rozpoczyna aktywność, gdy wystąpi choroba

Jak wspomnieliśmy, poza medycyną profilaktyczną istnieje drugi nurt medycyny – klinicznej (naprawczej). Jest on szczególnie rozwinięty we współczesnej cywilizacji zachodniej – i niekiedy przypisuje mu się dążenie do maksymalnego uzależnienia człowieka od usługi lekarskiej i od leków. Jest to pogląd krzywdzący dla rzeszy zaangażowanych, często bezimiennych, zwykle wynagradzanych nieadekwatnie do wysiłku i ryzyka utraty zdrowia, a nawet życia, pracowników służby zdrowia niosących pomoc często w ekstremalnie trudnych warunkach, co tak wyraźnie widać teraz – w czasie trwającej pandemii COVID-19.

Medycyna naprawcza – obejmująca **diagnostykę, terapię i rehabilitację** – rozpoczyna aktywność dopiero w chwili zgłoszenia się pacjenta z poważnym problemem zdrowotnym, często wtedy, gdy proces chorobowy doprowadził już do nieodwracalnych zmian w organizmie. Terapia i rehabilitacja w takich przypadkach najczęściej nie gwarantuje pełnego odtworzenia poprzedniego stanu zdrowia. Przy tym samo leczenie naprawcze nie jest w stanie istotnie polepszyć stanu zdrowia populacji. Dlatego na leczenie naprawcze należy patrzeć jak na ostateczne, drogie rozwiązanie oraz działanie mniej skuteczne dla zdrowia człowieka.

„Lepiej zapobiegać niż leczyć”

Warto przede wszystkim koncentrować się na zasadzie „lepiej zapobiegać niż leczyć” – zapobiega to niedwracalnym skutkom zdrowotnym człowieka, a za tym i społeczeństwa, a także jest postępowaniem nieporównanie tańszym niż leczenie. Potwierdzają to liczne publikacje z obszaru higieny, epidemiologii i zdrowia publicznego zawarte w medycynie opartej na faktach (*evidence based medicine* – EBM). Udowodniono też, że postępowanie profilaktyczne jest bardziej skuteczne, gdy uczestniczy w nim całe społeczeństwo – stosując się do zaleceń higieny, profilaktyki i promocji zdrowia. Należy też dostrzegać, że nawet aktualnie, w okresie gwałtownego rozwoju cywilizacji, techniki i medycyny oraz świadomości społecznej wobec wybuchu pandemii COVID-19, najprostsze metody zapobiegania zakażeniom, znane od dawna, jak choćby prawidłowe mycie rąk czy odpowiednie zachowywanie się podczas kaszlu lub kichania okazują się nadal podstawą profilaktyki. W każdej specjalizacji klinicznej, czy to kardiologii, onkologii itd., bez działania profilaktycznego nie będzie pełnej nowoczesnej medycyny.

Wiedza, którą przekazujemy w niniejszej książce to najważniejsze zalecenia prozdrowotne, aby jak najdłużej żyć w zdrowiu – bo **ważniejsze jest „dodawanie**

życia do lat, a nie tylko lat do życia”⁶. W tym rozumieniu nie należy jedynie myśleć o zachowaniu sprawności fizycznej przez długie lata, ale też o unikaniu chorób związanych ze starzeniem się, które rzadziej dotyczą ludzi biologicznie młodszych.

Lekarz i inny fachowy pracownik służby zdrowia, zajmując się bezpośrednio chorym, często sfrustrowanym, smutnym i cierpiącym, musi oczywiście pamiętać o odwiecznej zasadzie, że zdrowie chorego jest najwyższym prawem (łac. *salus aegroti suprema lex*), ale jak zauważył już Cynceron w I w. p.n.e., zasada ta winna być jeszcze bardziej ukierunkowana na populację i brzmieć: dobro ludu (niech będzie) najwyższym prawem (łac. *salus populi suprema lex*)⁷. Dopiero wówczas pojedynczy człowiek będzie się dobrze czuł, żyjąc w swoim społeczeństwie. Problemy się wzajemnie przenikają, wpływając na siebie – zdrowy człowiek, zdrowie społeczeństwa i zdrowie środowiska to cel higieny a w tym profilaktyki.

Telemedycyna

Telemedycyna jest formą opieki zdrowotnej i świadczenia usług medycznych, która łączy w sobie elementy telekomunikacji, informatyki i medycyny, przekraczając bariery geograficzne. Jest to:

nowoczesna technologia, wykorzystująca szybkie procesory i algorytmy do cyfrowego przetwarzania i kompresji sygnałów, umożliwia przesłanie obrazów o wysokiej rozdzielczości, a także interaktywną transmisję audiowizualną z wyjątkową dokładnością i w czasie rzeczywistym. Systemy wideokomunikacyjne (wideokodery) pracują na ogólnodostępnych cyfrowych liniach transmisyjnych ISDN (*Integrated Services Digital Network*, czyli siecią cyfrową z integracją usług) w ogólnosięciowej sieci Internet, a także na liniach satelitarnych⁸.

Rozwój telemedycyny jest obecnie tak dynamiczny, że zanim ukaże się niniejsza monografia, to z pewnością już wiele się zmieni w tym obszarze.

Przyspieszenie rozwoju telemedycyny zauważyliśmy podczas pandemii COVID-19; jak podają specjaliści w Polsce „przeskoczyliśmy” aż o 10 lat. To, co zaplanowano na 2030 r., dokonało się teraz. Ten rozwój będzie trwał dalej, gdyż zalety telemedycyny są niepodważalne także w profilaktyce, a sposób korzystania przez indywidualnych użytkowników – prosty atrakcyjny w przekazie i mobilizujący coraz szersze gremia ludzi.

⁶ E. Kozdroń, *Profilaktyka starości, czyli dodawanie życia do lat, a nie tylko lat do życia*, <https://podyplomie.pl/medical-tribune/32147,profilaktyka-starosci-czyli-dodawanie-zycia-do-lat-a-nie-tylko-lat-do-zycia> [dostęp: 23.04.2020].

⁷ I. Skawina, *Profilaktyka i promocja zdrowia – rys historyczny*, <http://www.szpital-marciniak.wroclaw.pl/art,11,profilaktyka-i-promocja-zdrowia-rys-historyczny> [dostęp: 6.03.2020].

⁸ Telemedycyna, <https://pl.wikipedia.org/wiki/Telemedycyna> [dostęp: 23.04.2021].

Historia i zastosowanie

W USA, w latach 60. XX wieku powstała satelitarna sieć telekomunikacyjna łącząca amerykańskie bazy wojskowe rozmieszczone na wszystkich kontynentach ze specjalistycznymi ośrodkami medycznymi. Równocześnie w ramach NASA rozbudowywano opiekę medyczną nad astronautami będącymi poza Ziemią. Obecnie telemedycyna działa w zakresie zdrowia publicznego⁹.

W Polsce w 2001 r. powołano Sekcję Telemedycyny Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, a w 2015 r. z inicjatywy firm skupionych wokół telemedycyny i e-Zdrowia w Polsce powstała Telemedyczna Grupa Robocza (TGR)¹⁰.

Telemedycyna umożliwia wymianę informacji specjalistycznych, np. przesyłanie nawet pomiędzy kontynentami najwyższej jakości zdjęć RTG, USG, MRI, zapisów EKG, ale też zapisów wideo z wyników różnych innych badań. Dzięki temu jest możliwe nie tylko przeprowadzenie diagnozy, ale nawet wykonywanie operacji na odległość.

Można też korzystać z rehabilitacji domowej z komputerem¹¹ czy w kontakcie ze specjalistą¹², ale też przede wszystkim – co jest niezwykle cenne dla działań profilaktycznych – monitorować zachowania prozdrowotne, np. kontrolowanie prawidłowej diety czy aktywności fizycznej za pomocą aplikacji w smartfonie, często niewymagającej dostępu do internetu¹³.

Aktualnie jest już możliwe działanie na odległość wszędzie tam, gdzie znajdzie się pacjent – diagnozowanie i monitorowanie, a wielokrotnie także reagowanie przez odpowiednie ośrodki w przypadku chorób serca, cukrzycy, otępienia i innych chorób¹⁴.

Poza bezpośrednimi korzyściami, które telemedycyna przynosi ludziom zdrowym czy pacjentom, ma ona znaczenie dla dobrostanu społeczeństwa. Metoda jest

⁹ Telehealth is Health, American Telemedicine Association (ATA), <https://www.americantelemed.org/> [dostęp: 23.05.2020].

¹⁰ Raport: Jak skutecznie wykorzystać potencjał telemedycyny w polskim systemie zdrowia? <https://telemedi.co/pl/blog/raport-jak-skutecznie-wykorzystac-potencjal-telemedycyny-w-polskim-systemie-zdrowia/> [dostęp: 23.05.2020].

¹¹ Rozpocznij rehabilitację domową. Neuroforma, <https://www.neuroforma.pl/> [dostęp: 23.05.2020].

¹² Rozszerz swoją ofertę o telerehabilitację, <https://www.neuroforma.pl/dla-specjalistow/> [dostęp: 23.05.2020]. TeleNeuroforma Kliniczna, Polskie Stowarzyszenie Choroby Huntingtona, <http://www.huntington.pl/dzialania/projekty/teleneuroforma> [dostęp: 23.05.2020].

¹³ Najprostszy kalkulator kalorii i dieta na świecie. Fitatu.pl, https://www.fitatu.com/pl_PL/ [dostęp: 23.05.2020].

¹⁴ Sekcja Naukowa Telepsychiatrii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, https://psychiatria.org.pl/sekcja_naukowa_telepsychiatrii/ [dostęp: 23.05.2020].

także korzystna ekonomicznie, choćby poprzez zapobieganie chorobom cywilizacyjnym czy niepotrzebnej hospitalizacji.

Stale uaktualniane informacje prawne dotyczące telemedycyny w Polsce są dostępne w Internecie¹⁵.

Wybrane aplikacje – profilaktyka udarów mózgu, wczesne rozpoznanie i monitorowanie chorób układu nerwowego, pomoc w funkcjonowaniu pacjentów z otępieniem

Pojawia się coraz więcej możliwości wykorzystywania Internetu w profilaktyce chorób układu nerwowego. Na przykład aplikacja „Time is brain” jest nowym narzędziem w profilaktyce udarów mózgu przeznaczonym dla osób, które przeżyły incydent niedokrwienia mózgu.

Aplikacja pozwala w prosty sposób kontrolować parametry należące do czynników ryzyka naczyniowego, czyli wartość ciśnienia tętniczego krwi, glikemię i stężenie cholesterolu, a także skuteczność leków przeciwzakrzepowych w przypadku migotania przedsionków (wskaźnik INR) [...]. W aplikacji są zaznaczone kolorem czerwonym wartości graniczne, które dla pacjenta powinny być sygnałem, by skontaktować się z lekarzem albo zgłosić się do szpitala¹⁶.

Dzięki specjalnej aplikacji i kamerze w smartfonie można monitorować ruchy gałek ocznych, co umożliwia wychwytywanie zaburzeń w przebiegu chorób neurologicznych, np. choroby Parkinsona czy choroby Alzheimera i jest przydatne we wczesnym wykrywaniu zagrożenia wynikającego z tego typu schorzeń¹⁷.

Istnieją już też aplikacje umożliwiające rozpoznanie wczesnego okresu choroby Alzheimera w oparciu o analizowanie chodu¹⁸ czy też pomagające chorym z postępującym otępieniem w funkcjonowaniu. Na przykład dzięki systemowi nawigacji satelitarnej (GPS) i stałemu połączeniu z chmurą danych, aplikacja wyświetla na smartfonie pacjenta alert, kiedy w jego pobliżu pojawia się znajoma osoba (członek

¹⁵ Telemedycyna. Gazeta Prawna, <https://www.gazetaprawna.pl/tagi/telemedycyna> [dostęp: 23.05.2020].

¹⁶ I. Rozmiłowska, K. Matusiewicz, *Naukowa Fundacja Polpharmy nagrodziła twórców rozwiązań mobilnych w medycynie*, Puls Medycyny, <https://pulsmedycyny.pl/aplikacja-4brain-zajela-pierwsze-miejsce-w-konkursie-naukowej-fundacji-polpharmy-962443> [dostęp: 22.05.2020].

¹⁷ Aplikacja „4Brain”, monitorująca rozwój zaburzeń neurologicznych... Puls Medycyny, <https://pulsmedycyny.pl/aplikacja-4brain-zajela-pierwsze-miejsce-w-konkursie-naukowej-fundacji-polpharmy-962443> [dostęp: 22.05.2020].

¹⁸ *18-latek stworzył aplikację do wykrywania Alzheimera – geniusze są wśród nas*, <https://android.com.pl/news/246682-aplikacja-alzheimer-nastolatek/> [dostęp: 22.05.2020].

jego grupy) – chory wówczas otrzymuje informacje, jak się nazywa nadchodząca osoba, kim dla niego jest, a potem są pokazywane różne jej zdjęcia w formie prezentacji slajdów, co ułatwia choremu identyfikację i utrwała wizerunek osoby bliskiej. Z chwilą gdy pacjent rozpocznie rozmowę, aplikacja może także wyświetlić zapisy wszystkich wcześniejszych rozmów z daną osobą oraz przypomina pacjentowi najważniejsze fakty z nią związane. Aplikacja jest więc jakby przewodnikiem po świecie osoby z otępieniem, ułatwia nawiązanie kontaktu i skojarzenie rozmówcy¹⁹. Podobnym przykładem wykorzystania sztucznej inteligencji jest aplikacja „Timeless”, która pomaga chorym z otępieniem w rozpoznawaniu najbliższych²⁰.

Raport z listopada 2019 r. – „241 mobilnych aplikacji zdrowotnych”

W listopadzie 2019 r. opublikowano raport o mobilnych aplikacjach zdrowotnych, który:

prezentuje wyselekcjonowane rozwiązania z Polski i zagranicy, które w ostatnich miesiącach cieszyły się dużym zainteresowaniem ze strony pacjentów oraz pracowników ochrony zdrowia. Aplikacje uporządkowano według kategorii, w tym m.in. dla lekarza, choroby przewlekłe, dla kobiet, sen, zdrowie psychiczne, monitoring zdrowia itd. Raport przygotowało czasopismo OSOZ Polska. Można go pobrać bezpłatnie (PDF).

Jak czytamy we wstępie do raportu:

Smartfon stał się narzędziem codziennego użytku, służącym nie tylko do komunikacji, ale także do płacenia rachunków bankowych, słuchania muzyki, rozrywki. Coraz częściej pomaga zadbać o zdrowie, między innymi dzięki ponad 318 000 mobilnym aplikacjom zdrowotnym. Lekarzom ułatwiają dostęp do najnowszej wiedzy medycznej oraz prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej. Motywują pacjentów do aktywności fizycznej. Podpowiadają, jak zdrowo się odżywiać, zadbać o dobre samopoczucie, zmienić niekorzystne nawyki. Coraz częściej służą do konsultacji lekarskich na odległość, monitoringu parametrów zdrowia u pacjentów z chorobami przewlekłymi. Pozwalają wstępnie ocenić stan chorego, przypominają o regularnym zażywaniu leków. Dzięki nim, informacje, porady i wsparcie są w zasięgu ręki²¹.

¹⁹ Aplikacja na telefon pomoże pacjentom z demencją odnaleźć wspomnienia, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C410745%2C aplikacja-na-telefon-pomoze-pacjentom-z-demencja-odnalezc-wspomnienia.html> [dostęp: 22.05.2020].

²⁰ A. Sawicki, 14-latka pomoże chorym na Alzheimera. Stworzyła aplikację, która rozpozna najbliższych pacjenta, <https://mamstartup.pl/14-latka-pomoze-chorym-na-alzheimera-stworzyla-aplikacje-ktora-rozpozna-najblizszych-pacjenta> [dostęp: 22.05.2020].

²¹ 241 ciekawych aplikacji zdrowotnych – raport. Polityka Zdrowotna, <https://www.politykazdrowotna.com/51048,241-ciekawych-aplikacji-zdrowotnych-raport> [dostęp: 22.07.2020].

Jerzy T. Marcinkowski
Zofia Konopielko

Epidemiologia

W czasie pandemii COVID-19 chyba wszyscy śledziliśmy codzienne informacje dotyczące liczb zachorowań, wyzdrowień i zgonów, także w odniesieniu do wieku pacjentów czy zależności od chorób współistniejących, wyników leczenia różnymi metodami i postępów przy opracowywaniu szczepionki. Na tej podstawie otrzymywaliśmy wiedzę i zalecenia dotyczące zasad zapobiegania przenoszeniu się patogenu. Te wszystkie elementy składają się na obszar zagadnień, którymi zajmuje się epidemiologia. Bo właśnie ta nauka dostarcza danych, umożliwiając wypracowywanie najbardziej skutecznych metod ograniczania zachorowań w przypadku chorób zakaźnych. Dotyczy to także zapobiegania innym chorobom, np. układu krążenia czy onkologicznym. Dopiero badania epidemiologiczne dostarczyły danych dotyczących wpływu stylu życia na wystąpienie określonej choroby, np. związek palenia papierosów¹ z rakiem płuc, gardła, jamy ustnej lub wpływ opalania na częstość występowania raka skóry czy nieprawidłowej diety na choroby układu krążenia. Obserwacje pojedynczego pacjenta czy nawet pewnej grupy musiały znaleźć potwierdzenie w szerokich badaniach populacyjnych, by stały się podstawą do zaleceń medycznych².

¹ Krajowy Rejestr Nowotworów. Palenie tytoniu, <http://onkologia.org.pl/palenie-tytoniu/> [dostęp: 19.06.2020].

² K.M. Freund, A.J. Belanger, R.B. D'Agostino, W.B. Kannel, *The health risks of smoking. The Framingham Study: 34 years of follow-up*, *Ann Epidemiol.* 1993 Jul, 3(4), 417–24, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8275219/> [dostęp: 23.04.2021]; M. Levy, V. Wang, *The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective (fee required)*, *Lancet* 2013, 383(9921), 999–1008, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24084292/> [dostęp: 23.04.2021].

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 roślin³.

Wyniki tych badań służą opracowywaniu zasad postępowania profilaktycznego, a także zapobiegającego rozszerzaniu się zakażeń lub nasilaniu zachorowań w populacji.

Pozytywne i negatywne 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).

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

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

³ M. Porta, *A Dictionary of Epidemiology*, Oxford: International Epidemiological Association – Oxford University Press, 2008, <https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780195314496.001.0001/acref-9780195314496> [dostęp: 23.04.2021]; R. Bonita, R. Beaglehole, K. Kjellstrom, *Podstawy epidemiologii*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1996, <https://medbook.com.pl/ksiazka/pokaz/id/2311/tytul/podstawy-epidemiologii-beaglehole-bonita-kjellstrom-szeszenia-dabrowska-instytut-medycyny-pracy> [dostęp: 23.04.2021].

Zachorowalność, chorobowość, czas trwania choroby, umieralność, umieralność niemowląt, śmiertelność – objaśnienie pojęć i sposób obliczania

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 – przedział czasu, np. w okresie roku, pół roku na danym obszarze.

Zachorowalność jest bardzo wartościowym miernikiem potrzeb zdrowotnych. Monitorowanie zapadalności umożliwi 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 szpitalu⁴.

⁴ M. Porta, *A Dictionary of Epidemiology*, Oxford University Press, Oxford 2008, http://www.academia.dk/BiologiskAntropologi/Epidemiologi/PDF/Dictionary_of_Epidemiology__5th_Ed.pdf [dostęp: 17.06.2020]; B. Wojtyński, P. Goryński (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].

Opisuje ona liczbę osób chorujących wcześniej na konkretną chorobę i tych, którzy zachorowali na nią w określonym okresie, zazwyczaj w okresie ostatnich 12 miesięcy. Jeśli odnosi się to do dłuższego okresu, to nazywamy ją **chorobowością okresową**. Jeśli przedstawia informacje o wszystkich chorych, którzy chorowali kiedykolwiek w swoim życiu do czasu badania, to nazywamy ją **chorobowością skumulowaną** lub zbiorczą.

Chorobowość – liczba wszystkich znanych przypadków danej choroby przewlekłej przypadająca na 100 000 lub 10 000 mieszkańców w określonym czasie (najczęściej w danym roku kalendarzowym).

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

(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 – przedział czasu, 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 jest równa liczbie nowych przypadków, natomiast dla chorób przewlekłych (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 – przedział czasu, np. w okresie roku, pół roku na danym obszarze.

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.

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

(k = 100 000 lub 10 000)

k – przelicznik pozwalający na wyrażenie współczynnika śmiertelności w postaci liczby zgonów przypadających na przyjętą standardowo liczbę osób chorujących na daną chorobę, np. 1000 osób, 10 000, 100 000 osób,

A – przykładowa choroba, której współczynnik śmiertelności chcemy obliczyć,

n – przedział czasu, np. w okresie roku, pół roku na danym obszarze.

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10, ICD-11)

Klasyfikacja chorób ma podstawowe znaczenie dla statystyki medycznej, a tym samym epidemiologii. Dostarcza wiedzy o życiu ludzi i stanie ich zdrowia – od narodzin do śmierci. Każda choroba i przyczyna śmierci ma swój kod. Władze i instytucje, posiadając wiedzę o tym, jakie choroby czy zdarzenia są najczęstsze w społeczeństwie oraz jakie są przyczyny śmierci, mogą podejmować racjonalne decyzje dotyczące zdrowia publicznego, tworząc m.in. programy usług medycznych, planując finansowanie oraz inwestując w badania. Także dzięki ujednoczonym kodom chorób i zgonów mogą być porównywane wyniki badań naukowych prowadzonych w różnych krajach i kontynentach, co umożliwi np. wybieranie optymalnej terapii dla danego schorzenia.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* – ICD) opracowana przez WHO jest systemem międzynarodowym klasyfikującym choroby, zaburzenia, urazy oraz przyczyny zgonów i stanowi podstawę do identyfikacji problemów i trendów zdrowotnych, statystyk, zgłaszania ich dla celów klinicznych, ale też badawczych.

ICD definiuje ogół chorób, zaburzeń, urazów i innych powiązanych schorzeń, wymienionych w kompleksowy, hierarchiczny sposób, który pozwala na:

- łatwe przechowywanie, wyszukiwanie i analizę informacji zdrowotnych w celu podejmowania decyzji opartych na dowodach;
- dzielenie się i porównywanie informacji zdrowotnych między szpitalami, regionami, placówkami i krajami;
- porównania danych w tej samej lokalizacji w różnych przedziałach czasowych⁵.

Od 1996 r. obowiązuje w Polsce rewizja dziesiąta tej klasyfikacji tzw. ICD-10; ICD-11, zatwierdzona w maju 2020 r., zacznie obowiązywać od 1 stycznia 2022 r. Wprawdzie ICD-11 obejmuje dotychczas jeszcze używane kody ICD-10, ale zostały one zaktualizowane na potrzeby XXI wieku – z uwzględnieniem znacznych postępów w nauce, medycynie, ale też zmian społecznych. W ICD-11 po raz pierwszy sklasyfikowano i włączono do uzależnień stałe korzystanie z gier komputerowych, a też dzięki badaniom w Polsce – seksoholizm. Kategorie związane z transpłciowością zostały usunięte z rozdziału o zaburzeniach psychicznych i behawioralnych, a umieszczono je w nowym rozdziale *Warunki związane ze zdrowiem seksualnym*. Wypalenie zawodowe zostało uznane przez WHO za „oficjalną diagnozę medyczną” i wymienione wśród zjawisk związanych z pracą lub bezrobociem. W zespole stresu pourazowego (PTSD) ograniczono liczbę kryteriów diagnostycznych, co ma ułatwić podawanie rozpoznania. Wprowadzono też nową kategorię kPD7Z, która oznacza bycie uderzonym przez statek kosmiczny. Wśród innych decyzji dotyczących ICD-11 znajduje się włączenie do klasyfikacji tradycyjnej medycyny chińskiej (co ułatwi klasyfikację na terenie Azji). O ile w poprzedniej klasyfikacji ICD-10 kodów było 14 400, to w ICD-11 jest ich już 55 000⁶.

Historia klasyfikacji chorób

Systemy klasyfikacji przyczyn zgonu pojawiły się w wieku XVI w Anglii. W XIX wieku na potrzebę takiego systemu zwróciła uwagę angielska pielęgniarka, działaczka społeczna Florence Nightingale. W tym samym czasie francuski statystyk Francois Bertillon wprowadził klasyfikację przyczyn zgonu, którą przyjęło kilka krajów. W latach 40. XX wieku rozszerzony o przyczyny urazów oraz chorób i unowocześniony system Bertillona dał podstawę dla klasyfikacji WHO – pierwszej ICD.

⁵ WHO. ICD purpose and uses, <https://www.who.int/classifications/icd/en/> [dostęp: 28.05.2020].

⁶ ICD-11. International Classification of Diseases 11th Revision, The global standard for diagnostic health information, <https://icd.who.int/en> [dostęp: 28.05.2020].

Jako że na świecie żyje 7,4 miliarda ludzi mówiących niemal 7000 językami, ICD zapewnia wspólny język dla rejestracji, sprawozdawczości i monitorowania problemów zdrowotnych. Jeszcze 50 lat temu choroby takie jak schizofrenia nie były rozpoznawane w taki sam sposób na przykład w Japonii, Kenii i Brazylii. Teraz dzięki kodom lekarz w dowolnym kraju dokładnie wie, o jaką chorobę chodzi, a eksperci mogą prowadzić wiarygodne analizy.

Jak podaje WHO, dzięki ujednoliconym nazwom i kodom wiadomo, że o ile w skali całego Świata dwiema głównymi przyczynami śmierci są choroba niedokrwienna serca oraz udar, to na poszczególnych kontynentach sytuacja wygląda nieco inaczej. Na przykład w Afryce głównymi przyczynami zgonu są infekcje dolnych dróg oddechowych, a przemoc należy do dziesięciu najczęstszych przyczyn śmierci na Bliskim Wschodzie czy w Ameryce Południowej⁷.

Rodzaje badań epidemiologicznych

1. **Badania przeglądowe (opisowe)** prowadzone w celu określenia stanu zdrowia danej populacji. Na tej podstawie można ustalić współczynnik chorobowości lub potwierdzić, że dana populacja jest wolna od określonej choroby. Są także pomocne w zbieraniu informacji na temat warunków zewnętrznych sprzyjających powstawaniu i szerzeniu się choroby.
2. **Badania obserwacyjne:**
 - **kliniczno-kontrolne** (retrospektywne), w których wybiera się odpowiednią grupę przypadków o określonym statusie choroby. Pula badanych dzieli się na: osoby, które chorują (ich choroba jest jednorodna pod względem nozologicznym) oraz grupę kontrolną, w której choroba nie występuje. Następnie ustala się potencjalne ekspozycje, które mogły wystąpić w przeszłości zarówno w grupie badanej, jak i kontrolnej;
 - **kohortowe** (zazwyczaj prospektywne), selekcionujące objekty badań w zależności od stanu ich ekspozycji i zazwyczaj osoby są zdrowe na początku badań. Punktem wyjścia tego badania są określone uwarunkowania środowiska, dla których w obserwacji długofalowej poszukuje się odpowiednich skutków zdrowotnych;
 - **przekrojowe**, mające na celu opis pewnego stanu lub zjawiska w określonym czasie. W medycynie jest to badanie częstości i rozpowszechnienia choroby. W tych badaniach ocenia się jednocześnie stan chorobowy, jak i narażenie określonej grupy populacji na ryzyko zachorowania, co daje obraz stanu zdrowia populacji w określonym czasie. W badaniach wykorzystu-

⁷ 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].

je 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 zdrowotne⁸.

Medycyna oparta na faktach (EBM)

Medycyna oparta na faktach (*Evidence-Based Medicine* – EBM) oznacza korzystanie w postępowaniu klinicznym z wiarygodnych dowodów naukowych uzyskanych na podstawie obserwacji i badań eksperymentalnych z wykorzystaniem epidemiologii klinicznej⁹.

Historia

Uważa się, że **pionierem** medycyny opartej na faktach był wiedeński lekarz, urodzony na Węgrzech, Ignaz Philipp Semmelweis (1818–1865)¹⁰. W 1840 r. zauważył, że kobiety w połogu często umierają na gorączkę septyczną i skojarzył tę okoliczność z tym, że lekarze przybywają do oddziałów położniczych po pracy w prosektorium. Na podstawie badań statystycznych skorelował umieralność kobiet z tym faktem, wywodząc, że z pewnością lekarze przenoszą na rękach jakiś czynnik zakaźny. Zalecał więc lekarzom staranne mycie rąk po opuszczeniu prosektorium i umieralność kobiet w połogu obniżyła się z 12% do 2%. Nie poznał przyczyny zakażenia, a dopiero 20 lat później wyjaśnił to Ludwik Pasteur (1822–1895), francuski chemik, prekursor mikrobiologii¹¹.

Medycyna oparta na faktach (EBM) rozwijała się w latach 80. XX wieku, wywodząc się z **epidemiologii klinicznej** zajmującej się problemami eksperymentu medycznego i oceną wiarygodności badań klinicznych. Powstała na McMaster University w Kanadzie, a według innych źródeł – na uczelniach brytyjskich (Uniwersytet Oksfordzki, Londyńska Szkoła Higieny i Medycyny Tropikalnej i in.)¹².

⁸ R. Beaglehole, R. Bonita, T. Kjellstrom, *Podstawy epidemiologii...*, op. cit.

⁹ Mapa serwisu. Polski Instytut Evidence Based Medicine: PIEBM, <http://ebm.org.pl> [dostęp 16.04.2021]; D.L. Sackett, W.M.C. Rosenberg, J.A.M. Gray, R.B. Haynes i in., *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*, BMJ 1996, 312(7023), s. 71–72.

¹⁰ *Ignaz Semmelweis – biografia*, Encyclopedia Britannica, <https://www.britannica.com/biography/Ignaz-Semmelweis> [dostęp: 17.04.2021]. I. Semmelweis, *Etiology, Concept and Prophylaxis of Childbed Fever*, University of Wisconsin Press, Winconsin 1983.

¹¹ M. Hohol, *Historia mycia rąk, czyli trudne narodziny antyseptyki*, <https://www.granicenauki.pl/historia-mycia-rak-czyli-trudne-narodziny-antyseptyki-151490> [dostęp: 22.07.2020].

¹² A. Stavrou, D. Challoumas, G. Dimitrakakis, *Archibald Cochrane (1909–1988): the father of evidence-based medicine*, „Interactive Cardio Vascular and Thoracic Surgery” 2014, s. 121–124.

„Ojcem EBM” nazywany bywa Archie Cochrane (1909–1988), autor pierwszej, klasycznej już dla EBM książki *Effectiveness & Efficiency: Random Reflections on Health Services*¹³. W 1993 r. został upamiętniony w nazwie utworzonej niezależnej międzynarodowej organizacji – Cochrane Collaboration.

Cochrane Collaboration

Jest to organizacja typu non-profit, co oznacza, że prowadząc swoją działalność skupia się na wspieraniu prywatnego lub publicznego dobra, nie kierując się osiągnięciem zysku, a wszystkie środki finansowe są przeznaczane na realizację celów statutowych. Cochrane Collaboration zajmuje się gromadzeniem wiarygodnych danych, dotyczących skuteczności tysięcy nowych procedur medycznych, opracowaniem dowodów w oparciu o zasady EBM. Te działania ułatwiają podejmowanie trafnych decyzji postępowania medycznego. Organizacja działa pod hasłem: *Trusted evidence – Informed decisions – Better Health* (Wiarygodne dowody naukowe – Świadome decyzje – Lepsze zdrowie)¹⁴.

Dane sporządzane przez naukowców z całego świata (ponad 130 krajów) są gromadzone w bazach Biblioteki Cochrane (**Cochrane Library**), do której dostęp w Polsce jest płatny¹⁵.

W 2014 r. Cochrane Collaboration w celu zwiększenia wiarygodności i dostępności informacji medycznej w Internecie ogłosiła wspólny projekt z Wikiproject Medicine.

EBHC i EBNP. Bazy doniesień naukowych

Pojęcie EBM zostało z czasem uwzględnione w innych dziedzinach klinicznych, w tym pielęgniarstwie, stomatologii, fizjoterapii, farmakologii. W efekcie powstało określenie **EBHC (evidence-based health care)**, czyli opieka oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach naukowych¹⁶.

Oxford University Press, DOI:10.1093/icvts/ivt451. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3867052/> [dostęp: 23.10.2020].

¹³ A.L. Cochrane, *Effectiveness & Efficiency: Random Reflections on Health Services*, Taylor & Francis, Oxford 1999, s. 103.

¹⁴ Cochrane Collaboration, https://pl.wikipedia.org/wiki/Cochrane_Collaboration [dostęp: 22.07.2020].

¹⁵ 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].

¹⁶ 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].

Powstało również pojęcie **EBNP** (*evidence-based nursing practice*), czyli opieka pielęgniarska oparta na faktach, promujące rozwiązywanie dylematów klinicznych, pielęgnacyjnych w oparciu o wykorzystanie uznanych prac naukowych prowadzonych na całym świecie¹⁷.

Szeroko znanymi wiarygodnymi bazami doniesień naukowych są: Cochrane Library, bezpłatne bazy artykułów naukowych ze streszczeniami i niektórych artykułów dostępnych w całości, bezpłatnych i płatnych (**Medline**¹⁸, **PubMed**¹⁹).

Worldometer

Worldometer jest prowadzony od 2008 r. przez międzynarodowy zespół programistów, badaczy i wolontariuszy w celu udostępnienia statystyk światowych dla szerokiego grona odbiorców. Informacje są podawane w zachęcającej do myślenia i odpowiedniej dla danego przedziału czasu formie. Wydawany jest przez małą i niezależną firmę z branży mediów cyfrowych z siedzibą w USA, która nie ma powiązań politycznych, rządowych ani korporacyjnych²⁰. Worldometer został aktualnie uznany za jedną z najlepszych bezpłatnych stron referencyjnych przez najstarsze i największe stowarzyszenie biblioteczne na świecie – American Library Association (ALA). Worldometer jest cytowany jako źródło w ponad 10 000 opublikowanych książek i w ponad 6000 profesjonalnych artykułów w czasopiśmie.

Worldometer podaje bieżące (a więc zmieniające się w ułamku sekundy) informacje liczbowe dotyczące następujących zdarzeń/zjawisk na świecie: populacja świata (obecna populacja świata, narodziny w tym roku, narodziny dzisiaj, zgony w tym roku, zgony dzisiaj, wzrost liczby ludności w tym roku, wzrost populacji dzisiaj), ekonomia (wydatki na publiczną opiekę zdrowotną dzisiaj, wydatki na edukację publiczną dzisiaj, publiczne wydatki wojskowe dzisiaj i inne), społeczeństwo i media (nowe tytuły książek opublikowane w tym roku, sprzedane dzisiaj na całym świecie telewizory i telefony komórkowe, pieniądze wydane dzisiaj na gry wideo, internauci na świecie dzisiaj, e-maile wysłane dzisiaj, wpisy na blogu napisane dzisiaj, tweety wysłane dzisiaj i inne), środowisko (utrata lasów w tym roku w hektarach, grunty utracone w wyniku erozji gleby w tym roku w hektarach, emisje CO₂ w tym roku w tonach, pustynnienie w tym roku w hektarach, uwolnio-

¹⁷ Europejskie Centrum Kształcenia Podyplomowego, *Evidence Based Nursing – co to jest?*, <https://eckp.wroclaw.pl/> [dostęp: 22.07.2020].

¹⁸ Medline, *Medycyna Praktyczna*, <https://www.mp.pl/medline/> [dostęp: 22.07.2020].

¹⁹ PubMed, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> [dostęp: 17.04.2021].

²⁰ Worldometer, <https://www.worldometers.info/about/> [dostęp: 3.04.2020].

ne do środowiska toksyczne chemikalia w tonach), stan odżywienia i żywność (nieodżywieni ludzie na świecie, ludzie z nadwagą na świecie, otyli ludzie na świecie, ludzie, którzy dziś umarli z głodu, pieniądze wydane w USA na żywność sprzającą otyłości, pieniądze wydane dzisiaj w USA na programy odchudzające), woda (zużyta woda w tym roku w milionach litrów, zgony spowodowane w tym roku przez choroby wodopochodne, w tym pasożytnicze, zakaźne, osoby bez dostępu do bezpiecznego źródła wody pitnej), energia (energia zużyta dzisiaj, w tym: ze źródeł nieodnawialnych, ze źródeł odnawialnych, energia słoneczna docierająca dzisiaj na Ziemię, ropa naftowa wypompowana dzisiaj, dni do wyczerpania zasobów ropy, gaz ziemny pozostały, dni do wyczerpania zasobów gazu ziemnego, pozostały węgiel, dni do wyczerpania zasobów węgla), zdrowie (zgony z powodu chorób zakaźnych w tym roku, zgony z powodu grypy w tym roku, zgony dzieci poniżej piątego roku życia w tym roku, aborcje w tym roku, śmierć matek podczas porodu w tym roku, osoby zakażone HIV/AIDS, zgony spowodowane przez HIV/AIDS w tym roku, zgony z powodu choroby nowotworowej w tym roku, zgony z powodu malarii w tym roku, papierosy wypalone dzisiaj, zgony spowodowane paleniem tytoniu w tym roku, zgony spowodowane przez alkohol w tym roku, samobójstwa w tym roku, pieniądze wydane w tym roku na nielegalne narkotyki, liczba ofiar wypadków drogowych w tym roku).

Już tylko z powyższego wyliczenia widać ogrom informacji ważnych dla rozważań z obszaru higieny, epidemiologii i zdrowia publicznego. Ostatnio, w czasie pandemii COVID-19, społeczeństwo zainteresowało się tą metodą, gdyż epidemiologia nabrała rozmiaru potężnej nauki poznawanej przez każdego z nas z autopsji. Utworzono Worldometer Covid-19 Coronavirus Pandemic, który opisujemy w rozdziale o pandemii.

Mapy interaktywne, modele matematyczne, efekt motyla
– znaczenie w epidemiologii i zdrowiu publicznym

Pojęcie mapy straciło nieco na znaczeniu w porównaniu z tradycyjnym rozumieniem. Jeszcze w latach 70. XX wieku mapa była kojarzona z arkuszem papieru, na którym nadrukowywano model obrazowanego obszaru. Tworzone wówczas mapy miały charakter statyczny i odzwierciedlały stan wizualizowanego środowiska na określony dzień. Współcześnie pojęcie map rozciągnięto na pewne typy schematów czy grafów. W efekcie zastosowanie map przestało mieć wyłącznie znaczenie kartograficzne. Pojawiły się i są dynamicznie rozwijane mapy interaktywne – w aspekcie których istotną rolę odgrywa czynnik czasu – z możliwą wizualizacją

stanu określonego zjawiska w danym momencie, z możliwością śledzenia zmian w czasie. Pojawiły się nawet aplikacje internetowe służące do tworzenia i zarządzania własnymi mapami interaktywnymi, jak np. HERE Map Creator²¹.

Mapy interaktywne są bardzo przydatne dla epidemiologii, albowiem ukazują przestrzenne położenie i liczebność aktualnie rozpoznawanych przypadków chorób – np. choroby zakaźnej, w tym odnotowywanych zgonów z jej powodu, co pozwala śledzić, a nawet przewidywać przebieg epidemii czy pandemii, ale też wszelkich innych chorób i zdarzeń. Interaktywne mapy zachorowań są nie tylko już rozpowszechnione jako narzędzie epidemiologii, ale też są doskonałe i stale tworzone nowe.

Mapy interaktywne chorób zakaźnych

WHO prowadzi: Global Atlas of Infectious Diseases, który prezentuje gotowe ale też interaktywne mapy różnych chorób zakaźnych na świecie, w określonych krajach, również w województwach, powiatach czy nawet w grupach społecznych, oraz International Travel and Health, gdzie są opisywane – indywidualnie wraz z podaniem odpowiednich środków zapobiegawczych – główne choroby zakaźne, które stanowią potencjalne zagrożenie dla zdrowia podróżujących do danego kraju czy regionu. Światowa epidemiologia głównych chorób zakaźnych jest pokazana na mapach, podawana w wykazach i tabelach²².

Podczas pandemii COVID-19 w Johns Hopkins University of Medicine (USA) stworzono taką interaktywną mapę świata ukazującą aktualne liczby zachorowań, ozdrowieńców i zgonów z powodu tej choroby zakaźnej²³.

Modele matematyczne – historia

Naukową i udaną próbę, prawdopodobnie pierwszą na świecie, wykorzystania matematyki w praktyce – przy prognozowaniu efektów szczepień ochronnych przeciw ospie prawdziwej na rozprzestrzenianie się tej choroby podjął już w 1760 r. Daniel Bernoulli, szwajcarski matematyk i fizyk. Kolejnym naukowcem zajmującym się problemem był Anglik Ronald Ross, laureat Nagrody Nobla w medycynie z 1902 r. Poza wielkim wkładem w poznanie etiologii malarii, największą jego zasługą było

²¹ HERE Map Creator, <https://mapcreator.here.com/> [dostęp 17.04.2021].

²² WHO. International Travel and health, <https://www.who.int/ith/en/> [dostęp: 24.03.2020].

²³ Coronavirus COVID-19 Global Cases by the Center for Systems Science, <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html?fbclid=IwAR0oKIKJlc-zeNZGFBVEN0-O-58daoCDaKicXwc10cjFWgCZqTPgavseTfl#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6> [dostęp: 20.03.2020].

opracowanie modeli matematycznych do badania jej epidemii w 1908 r. Jego prace przyczyniły się np. do zrozumienia sposobów rozprzestrzeniania się chorób przenoszonych przez owady. Na przełomie lat 20. i 30. XX wieku dwaj szkoccy uczeni – Anderson Grey McKendrick i William Oglivy Kermack zaproponowali pierwszy model rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych z wykorzystaniem równań różniczkowych. Pomimo swej prostoty, ich teoria sprawdza się do dzisiaj, jak mówił na początku pandemii COVID-19 dr inż. Mariusz Bodzioch z Katedry Multimediów i Grafiki Komputerowej na Wydziale Matematyki i Informatyki Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego. Objął on w miarę przystępnie i zwięźle to, co się dzieje wokół nas w czasie trwającej pandemii COVID-19²⁴.

Efekt motyla (*butterfly effect*)

Wrażliwa zależność od warunków początkowych, nazywana chaosem deterministycznym, w sposób obrazowy przedstawiana jest jako efekt motyla.

Historia wyjaśniania zjawiska jest dość długa. W 1898 r. Hadamard po raz pierwszy zauważył i opisał obserwacje poruszania się bili bez tarcia, po powierzchni o ujemnej krzywiznie. Podał z niejakim zdziwieniem, że ich trajektorie są niestabilne, a nawet oddalają się od siebie. Problem zainteresował wielu naukowców i przez lata matematycy i fizycy bezskutecznie zajmowali się wyjaśnianiem tego zjawiska. Dopiero Edward Norton Lorenz (1917–2008)²⁵ – amerykański matematyk zajmujący się od 1960 r. komputerowym prognozowaniem pogody²⁶, odkrył istotę tamtych obserwacji, którą nazwał chaosem deterministycznym. Stworzył on układ 12 równań wyrażających relacje między temperaturą, ciśnieniem, prędkością wiatru itd. Sądził, jak większość ówczesnych naukowców, że prawie dokładne dane wejściowe dają prawie dokładne prognozy wynikające z wyliczenia. To przekonanie okazało się jednak całkiem błędne – wyniki diametralnie odbiegały od przewidywanych na podstawie symulacji. Zauważył, że wyniki są zaskakująco czułe na minimalną zmianę warunków początkowych i był pierwszym meteorologiem, który odkrył, że nie sposób przewidzieć pogodę na dłużej niż kilka dni naprzód, gdyż równania opisujące stan atmosfery są chaotyczne. Edward Lorenz obrazowo mawiał, że „nawet machnięcie skrzydeł motyla w Brazylii może wywołać tornado w Teksasie”. W 1963 r. opubliko-

²⁴ M. Bodzioch, *Matematyka kontra koronawirus*, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, <http://www.uwm.edu.pl/egazeta/matematyka-kontra-koronawirus> [dostęp: 1.05.2020].

²⁵ *MIT News*. 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].

²⁶ R. Bishop, *Chaos*, w: Stanford Encyclopedia of Philosophy, <https://plato.stanford.edu/entries/chaos/> [dostęp 17.04.2021].

wał wyniki swoich prac. Doświadczamy tego na co dzień, nie tylko w życiowych sytuacjach, ale też przede wszystkim w czasie trwającej pandemii COVID-19. Pozornie niewielka nieprzewidywalna zmiana jakiegoś parametru zaburza wyniki uzyskiwane przy użyciu nawet najdoskonalszego modelu matematycznego.

Dochodzenie epidemiologiczne

Definicja, instytucje i służby

Dochodzenie epidemiologiczne – wykrywanie zachorowań, czynnika etiologicznego oraz określanie przyczyn, źródeł, rezerwuarów i mechanizmów szerzenia się choroby zakaźnej lub zakażenia.

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.

Jak wielkie znaczenie mają te instytucje, widzimy wyraźnie w czasie trwającej pandemii COVID-19. To one zbierają informacje i decydują o wykonywaniu odpowiednich badań, ale też je wykonują. **Stacje sanitarno-epidemiologiczne** działają na pierwszej linii frontu walki z pandemią. Pracownicy – najczęściej kobiety, bo zawód został z różnych powodów sfeminizowany, również m.in. nisko wynagradzany, były też trudności w uzyskiwaniu specjalizacji – całodobowo pracują w trudnych warunkach kontaktu z materiałem zakaźnym. Warto o nich pamiętać i doceniać ich pracę.

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

- weryfikują rejestrowane zachorowania na choroby zakaźne w oparciu o 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 SENTINEL²⁷;

²⁷ SENTINEL – zintegrowany system nadzoru epidemiologicznego i wirusologicznego nad grypą, w ramach którego nadzór epidemiologiczny i nadzór wirusologiczny są prowadzone w tej samej populacji (Krajowy Ośrodek ds. Grypy), <https://www.pzh.gov.pl/grypa-zalecenia-dotyczace-materialow-klinicznych-przeznaczonych-do-badan/> [dostęp: 8.04.2020].

- 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;
- podejmują działania związane z systemem wczesnego ostrzegania przed zagrożeniami oraz atakami biologicznymi (RAS-BICHAT²⁸);
- 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 przeprowadzają analizy w tym zakresie.

Uprawnienia Głównego Inspektora Sanitarnego

Art. 32a.1. Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (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,

²⁸ 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].

- 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 podejrzanej o skażenie, a w razie potrzeby, zarządzić jej zbadanie, odkażenie, zniszczenie lub przeznaczenie 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 przestępstwa.

Nowoczesne moduły dochodzenia epidemiologicznego

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.

W okresie pandemii COVID-19 Institute for Health Metrics and Evaluation (University of Washington) gromadził z obszaru całego świata informacje o tych przypadkach w czasie rzeczywistym obejmujące: kluczowe daty – wystąpienia choroby, przyjęcia do szpitala, potwierdzenia zakażenia i podróży, informacje demograficzne na temat wieku i płci pacjentów/przypadków, informacje geograficzne, w najwyższej dostępnej rozdzielczości, aż do poziomu dzielnicy²⁹.

²⁹ Institute for Health Metrics and Evaluation, <http://www.healthdata.org/> [dostęp: 8.04.2020].

W okresie pandemii COVID-19 pojawiały się coraz liczniejsze **aplikacje smartfonowe** ostrzegające przed chorymi. Problem opisano w rozdziale dotyczącym pandemii COVID-19³⁰.

Niezwykle szybko rozwijająca się technologia rozpoznawania twarzy³¹, służąca do automatycznej identyfikacji osób na podstawie obrazów zarejestrowanych przez kamery z porównywaniem parametrów tych obrazów z cyfrowymi szablonami przechowywanymi w specjalnych bazach danych³², w okresie pandemii COVID-19 została ukierunkowana na rozwój **obrazowania termicznego twarzy**³³.

Temat **chipowania ludzi** był szeroko omawiany w massmediach w 2018 r. Teraz, w czasie obecnej pandemii COVID-19 powrócił, choć uważa się, że jest tzw. fake newsem. Jednak w świetle opisanych poniżej faktów wydaje się to prawdopodobne – choć zapewne nierealne – z uwagi na różne postawy społeczeństwa obserwowane choćby na przykładzie tzw. antyszczepionkowców. W dzisiejszym świecie chipy RFID od czasu pierwszego ich wprowadzenia, czyli końca lat 90. XX wieku, podczas epidemii BSE – choroby wściekłych krów, stają się coraz bardziej popularne. Są powszechnie wykorzystywane do znakowania produktów w sklepach, zwierząt hodowlanych i domowych – co umożliwiałoby m.in. szybkie odnalezienie zguby. Pojawił się także trend chipowania ludzi. RFID, czyli *radio frequency identification*, jest to metoda przesyłania danych za pomocą fal radiowych. Podstawą działania technologii są chipy, tj. nadajniki niewielkich rozmiarów, na których można zamieścić dowolne dane; możliwy jest ich odczyt, a także można się z nimi komunikować i co za tym idzie, również je zlokalizować i śledzić przemieszczanie się człowieka z chipem. Pierwszą osobą, której w 1998 r. wszczepiono chip pod skórę, był profesor cybernetyki – Kevin Warwick. Dzięki temu implantowi mógł się poruszać po budynku bez używania kluczy, kart czy innych urządzeń do otwierania pomieszczeń. To wydarzenie rozpoczęło nowy etap myślenia o zamieszczaniu chipów w ludzkim ciele. W 2004 r. właściciel hiszpańskiej dyskoteki zaproponował klientom chipowanie, co umożliwiłoby bez-

³⁰ Aplikacja „Kwarantanna domowa”, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/kwarantanna-domowa> [dostęp: 9.04.2020].

³¹ Technologia rozpoznawania twarzy, <https://business.panasonic.pl/systemy-zabezpieczen/technologia-zabezpiecze/technologia-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].

³² 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].

³³ 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].

gotówkowe płacenie w barze, wstęp do różnych stref, np. dla VIP-ów. Odbiło się to szerokim echem na całym świecie, wzbudzając dyskusję. Z upływem czasu wzrastała popularność chipów RFID – coraz więcej firm, pojedynczych osób czy różnych organizacji, decydowało się na chipowanie. Miało to dawać komfort, wygodę, ale też możliwość kontroli pracowników. W 2015 r. szwedzka spółka Epicenter jako pierwsza wszczepiła swoim pracownikom chipy tego typu. W 2016 r. argentyński klub piłkarski Atletico Tucumán wprowadził tzw. passion ticket czyli bilet umieszczony w chipie wszczepionym pod skórę każdego kibica. Dzięki temu nie musieli posiadać tradycyjnych papierowych biletów ani żadnych dokumentów. Po wzrastającej liczbie zagubionych elektronicznych kluczy, belgijska spółka Newfusion w ramach akcji chipowania pracowników wszczepiała im nadajnik wielkości ziarnka ryżu pomiędzy kciuk a palec wskazujący. Umożliwiało to nie tylko otwieranie drzwi, ale też uruchamianie komputera, a dzięki wbudowanej w chip pamięci – również zapisywanie kontaktów. Drugą stroną medalu jest fakt, że posiadanie chipu z często wrażliwymi danymi – jak imię, nazwisko, PESEL – rodzi problem nieustannej kontroli i ochrony danych osobowych z upublicznieniem prywatności, na co wskazał przewodniczący belgijskiej Ligi Praw Człowieka Alexis Deswaef. Dalej mówił o tym, że stały dostęp do danych pracownika, także zapisywanie godzin jego faktycznej pracy – co umożliwia chip – jest traktowaniem człowieka przedmiotowo, jak maszynę. Chipy RFID mogą stać się także obiektem ataków cyberprzestępców. Pomimo zaszyfrowania danych hakerzy udowodnili, że można nie tylko przejąć sygnał, skopiować, ale też go zmodyfikować. Możliwe jest więc wykorzystanie danych osobowych, biometrycznych, kontaktów czy kodów dostępu do określonych przestrzeni, a nawet dokumentów, by użyć ich w złym celu. Dane zawarte na chipach RFID można zeskanować za pomocą specjalnego czytnika nawet z odległości kilku centymetrów. Zaletą chipów jest umożliwienie uratowania zdrowia, a nawet życia, w różnych sytuacjach zagrożenia, np. poprzez identyfikację osób nieprzytomnych, ale też dzięki zawartych w chipie informacjom o chorobach i otrzymywanych lekach³⁴.

Dylematy wokół oddania części prywatności

Monitoring wizyjny (w tym kamery termiczne do wykrywania gorączkujących) oraz informacje o posiadaczach smartfonów wiążą się z przetwarzaniem danych osobowych (m.in. wizerunków osób utrwalonych przez kamery monitoringu).

³⁴ S. Palczewski, *Chipowanie ludzi – nowe wyzwanie dla bezpieczeństwa*, <https://www.cyberdefence24.pl/chipowanie-ludzinowe-wyzwanie-dla-bezpieczenstwa-komentarz> [dostęp: 2.05.2020].

Z tym systemem w aspekcie RODO pojawia się odpowiedzialność za przetwarzanie danych osobowych pochodzących z monitoringu³⁵ oraz odpowiedzialność operatorów sieci komórkowych³⁶. Specjalne służby mogą dokładnie prześledzić nie tylko lokalizację telefonu komórkowego, zakupy kartą kredytową i innego rodzaju działania, ale także: z kim kontaktowała się zakażona osoba, czy opuściła dom i złamała przepisy dotyczące kwarantanny. Mamy więc do czynienia z dylematem, czy oddać część swojej prywatności na rzecz zabezpieczenia swojego zdrowia i zdrowia publicznego. Na świecie coraz więcej mieszkańców od dawna zdaje sobie sprawę z liczby istniejących infrastruktur nadzoru i z planów jego zwiększania. Na przykład w Chinach działa aż około 200 mln kamer monitoringowych, które obserwują ruch uliczny. W Europie toczyła się dyskusja na temat wprowadzenia takich kamer i uznano, że zagrażałyby prawu do prywatności. Jednak przykłady Chin oraz Izraela pokazują korzyści płynące z takiego oddania części prywatności – np. identyfikacja sprawców przestępstw czy szybsze odzyskanie wolności po kwarantannie z powodu pandemii. Optimistycznie patrząc, po ustaniu obecnej pandemii COVID-19 społeczeństwa staną się mądrzejsze o wiedzę z zakresu higieny, epidemiologii, a także medycyny profilaktycznej, silniejsze, być może i szczęśliwsze, a cyfrowa rewolucja pozwoli szybko przejść do zupełnie nowej rzeczywistości, opartej na cyfrowych rozwiązaniach³⁷.

³⁵ Kamery monitoringu w miejscach publicznych – kiedy i jak można stosować, <https://www.rp.pl/Dane-osobowe/303259957-Kamery-monitoringu-w-miejscach-publicznych---kiedy-i-jak-mozna-stosowac.html> [dostęp: 9.04.2020].

³⁶ Ochrona danych i prywatność w sieci, https://europa.eu/youreurope/citizens/consumers/internet-telecoms/data-protection-online-privacy/index_pl.htm [dostęp: 9.04.2020].

³⁷ Smartfony i kamery – sposobem na wirusa? <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C81547%2Csmartfony-i-kamery-sposobem-na-wirusa.html> [dostęp: 17.04.2021].

Wypadki/zachorowania masowe

Medycyna ratunkowa

Medycyna ratunkowa (*emergency medicine*), stanowi 20% ważnych działań medycyny katastrof (młodszej historycznie) i jako samodzielna dyscyplina powstała w Wielkiej Brytanii i Irlandii już w 1959 r. Jednak dopiero w latach 1992–1994 utworzono Europejskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej (European Society for Emergency Medicine, EUSEM)¹, którego współzałożycielami byli lekarze z Polski; jednocześnie powstało Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej². Opracowano wówczas program tworzenia w Europie specjalizacji podstawowej z medycyny ratunkowej.

W Polsce rozpoczęto od stworzenia rządowego programu powołania medycyny ratunkowej jako specjalnego działu w strukturach ochrony zdrowia. Zakładano stworzenie sieci szpitalnych oddziałów ratunkowych w ok. 250 placówkach wyselekcjonowanych przez wojewodów. W tym czasie powstał też program pełnowymiarowej, 5-letniej, podstawowej specjalizacji lekarskiej, wprowadzonej w 1999 r. i uruchomiono program Zintegrowane Ratownictwo Medyczne, stworzono sieć szpitalnych oddziałów ratunkowych, w 2001 r. powołano nowy zawód ratownik medyczny oraz nową specjalizację pielęgniarską – pielęgniarka ratunkowa³.

Jeszcze w latach 90. XX wieku z powodu urazów i wypadków komunikacyjnych każdego roku umierało ponad 8 tys. Polaków. Utworzenie medycyny ratunko-

¹ *European Society For Emergency Medicine*, EUSEM, <https://eusem.org/> [dostęp: 27.04.2020].

² Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, <https://rejestr.io/krs/215749/polskie-towarzystwo-medycyny-ratunkowej> [dostęp: 27.04.2020].

³ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U. 2006, nr 191, poz. 1410.

wej 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 medycznego⁴ – ale w dużej mierze od struktury dróg, bezpieczeństwa ruchu drogowego⁵.

Medycyna katastrof – historia, dokumenty, możliwy wpływ pandemii COVID-19 na jej rozwój

Katastrofy są to nagłe wydarzenia niosące ze sobą poważne negatywne skutki, takie jak: straty materialne, ciężkie urazy lub śmierć ludzi. Dzieli się je na: naturalne i cywilizacyjne (antropogeniczne, wywołane przez ludzi).

Katastrofy naturalne (klęski żywiołowe, kataklizmy) to: huragany, susze, pożary przestrzenne lasów, powodzie, lawiny śniegowe i błotne, trzęsienia ziemi, tsunami, a ponadto katastrofy kosmiczne, których źródła znajdują się poza Ziemią, jak upadki komet bądź planetoidów na powierzchnię Ziemi, ale także takie zjawiska, jak bliski Ziemi wybuch supernowej, czy burze magnetyczne zakłócające działalność sztucznych satelitów.

Wśród katastrof związanych z działalnością człowieka (cywilizacyjnych, antropogenicznych) wyróżnia się: 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). Dodać jeszcze należy katastrofę klimatyczną⁶. Jak zauważają profesjonaliści, w przypadku pandemii COVID-19 – jej niespodziewane nadejście, rozmiar, zakres, poziom bezpośredniego i odległego zagrożenia społeczeństwa mogą spowodować zakwalifikowanie jej jako katastrofy⁷.

⁴ Za mało lekarzy w Polsce specjalizuje się w medycynie ratunkowej, <https://pulsmedycyny.pl/zamalo-lekarzy-w-polsce-specjalizuje-sie-w-medycynie-ratunkowej-955053> [dostęp: 27.04.2020].

⁵ Krajowa Rada Bezpieczeństwa Drogowego, <https://www.krbrd.gov.pl/tag/wypadki-w-polsce/> [dostęp: 17.05.2020].

⁶ Katastrofa już nadeszła. Jest procesem, nie zdarzeniem, <https://ziemianarozdrozu.pl/arttykul/4001/katastrofa-juz-nadeszla-jest-procesem-nie-zdarzeniem> [dostęp: 27.04.2020].

⁷ Czy medycyna katastrof będzie przeżywała swój renesans?, <https://www.radiokrakow.pl/rozmowy/czy-medycyna-katastrof-bedzie-przezywala-swoj-renesans> [dostęp: 27.04.2020].

Wobec konieczności odpowiedniej organizacji i skutecznej pomocy w sytuacjach nagłego zagrożenia zdrowia i życia utworzono **medycynę ratunkową**, a na wypadek katastrof – tzw. **medycynę katastrof**. 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 czy 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 służb.

Medycyna katastrof jest nauką stosunkowo nową, bo 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, bo dotyczyła następstw działań militarnych.

W 1986 r. powstało Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof⁸. Potem medycyna katastrof zaczęła „wychodzić z munduru” (choć związków z wojskiem nigdy nie straciła i zapewne nie utraci). 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 Państwowego Ratownictwa Medycznego (SPRM)⁹ funkcjonuje medycyna ratunkowa i medycyna katastrof.

W świadomości społecznej wiedza o medycynie katastrof nie jest zbyt szeroka. W świecie medycznym nie zawsze jest doceniana, tym bardziej, że część działań jest objętych klauzulą poufności, bo dotyczy policji, wojska i różnych innych służb¹⁰. Na przykład, na portalu www.strazak.pl (Ratowniczy Bank Wiedzy) można znaleźć zasady przygotowywania akcji tej służby. Jak wspomniano, działanie medycyny katastrof jest ściśle powiązane z wszystkimi wymienionymi służbami.

Wzmianek o katastrofach i innych poważnych zagrożeniach można odszukać także w szeregu dokumentów, 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.:

⁸ Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof, <https://spis.ngo.pl/198351-polskie-towarzystwo-medycyny-stanow-naglych-i-katastrof> [dostęp: 27.04.2020].

⁹ MZ. System Państwowe Ratownictwo Medyczne, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/system-panstwowe-ratownictwo-medyczne> [dostęp: 27.04.2020].

¹⁰ Medycyna katastrof, <https://www.bankier.pl/wiadomosc/Medycyna-katastrof-2159307.html> [dostęp: 27.04.2020].

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 problemów.

Przewidując możliwość powstania wspomnianych powyżej katastrof i związanych z nimi zagrożeń, organizuje się przygotowania do prowadzenia zorganizowanych działań ratowniczych, których celem jest niesienie pomocy innym w niebezpieczeństwie¹¹.

Centers for Disease Control and Prevention – agencja rządu federalnego USA (CDC) akcentuje warunki skuteczności medycyny katastrof: właściwa wiadomość od właściwej osoby we właściwym czasie może uratować życie; każda klęska żywiołowa jest wyjątkowa; osoby udzielające pomocy muszą szybko dostosować się do ciągle zmieniającej się natury kryzysu. Aby móc szybciej i efektywniej rozpowszechniać wiadomości tuż przed sytuacją kryzysową, w jej trakcie i po niej, wiele kluczowych informacji i schematów 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 katastrofami¹².

Dnia 28.03.2020 r. Radio Kraków przeprowadziło niezmiernie interesujący wywiad z ppłk. dr. med. Arkadiuszem Trzosem – kierownikiem Zakładu Medycyny Katastrof i Pomocy Doraźnej Collegium Medicum UJ, autorem bardzo nowoczesnego, ale wydanego tuż przed pandemią COVID-19 podręcznika *Ratownictwo medyczne wobec współczesnych zagrożeń*¹³, w którym zauważył, że na świecie, a szczególnie w USA od dawna bardzo intensywnie rozwija się medycyna katastrof, bo dostrzegane są tam zagrożenia nie tylko terrorystyczne, ale i klimatyczne. W obecnej sytuacji pandemii znacznie wzrosło zainteresowanie polskiego społeczeństwa tym działem medycyny. W podręczniku omówił także problem skażeń biologicznych; według autora zawarta w publikacji wiedza jest aktualna i bardzo przydatna. Dr Trzos wierzy, że po doświadczeniach z obecną pandemią medycyna katastrof będzie się rozwijała w Polsce dynamiczniej niż do tej pory.

¹¹ Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej (t.j. Dz.U. 2017, poz. 1897).

¹² CDC. Preparedness and Safety Messaging for Hurricanes, Flooding, and Similar Disasters, https://www.cdc.gov/cpr/readiness/hurricane_messages.htm [dostęp: 27.04.2020].

¹³ Czy medycyna katastrof będzie przeżywała swój renesans?, op. cit.

Podstawowe pojęcia dotyczące zakażeń

Szereg podstawowych pojęć oraz **obowiązek niezwłocznego zgłoszenia przez lekarza**, który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie, chorobę zakaźną lub zgon z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej do Państwowego Inspektora Sanitarnego jest zawarty w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2008, nr 234, poz. 1570 z późn. zm.). Szczegółowe zasady zgłaszalności zakażeń i chorób zakaźnych określone zostały w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2019 r. w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu (Dz.U. 2019, poz. 2430). W załącznikach do tego rozporządzenia znajdują się: wykaz zakażeń i chorób zakaźnych, w przypadku których podejrzania lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu dokonuje się zgłoszenia; wzory formularzy zgłoszeń.

Choroba zakaźna, ognisko zakaźne, epidemia, pandemia

Choroba zakaźna – choroba, która została wywołana przez biologiczny czynnik chorobotwórczy.

Choroba szczególnie niebezpieczna i wysoce zakaźna – choroba zakaźna łatwo rozprzestrzeniająca się, o wysokiej śmiertelności, powodująca szczególnie zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagająca specjalnych metod zwalczania, w tym cholera, dżuma, ospa prawdziwa, wirusowe gorączki krwotoczne.

Czynnik alarmowy – biologiczny czynnik chorobotwórczy o szczególnej zjadliwości lub oporności.

Ognisko zakaźne (*focus of infection*) jest (w epidemiologii) ściśle określonym geograficznie miejscem, w którym znajdują się trzy czynniki niezbędne do transmisji epidemiologicznej (tzw. triada epidemiologiczna): populacja ludzka wrażliwa na zakażenie, źródło zakażenia i odpowiednie warunki środowiska. Dla wyjaśnienia tego często rysuje się „trójkąt epidemiologiczny” z trzema rogami (wierzchołkami): drobnoustrój, który powoduje chorobę („co” trójkąta); gospodarz lub organizm przenoszący chorobę („kto” trójkąta) i środowisko lub te czynniki zewnętrzne, które powodują albo zezwalają na przenoszenie chorób („gdzie” trójkąta).

Dla epidemiologa zrozumienie, w jaki sposób rozprzestrzeniają się choroby zakaźne – co sprawia, że populacje są na nie podatne – jest niezwykle ważne, bo służy do wypracowania metod skutecznie przeciwdziałających rozprzestrzenianiu się tych chorób.

Epidemia (z gr. *επιδημία*: *επι* – epi „na”, *δήμος* – demos „ludzie”) – wystąpienie na danym obszarze zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną w liczbie wyraźnie większej niż we wcześniejszym okresie albo wystąpienie zakażeń lub chorób zakaźnych dotychczas niewystępujących.

Epidemie o niewielkiej liczbie przypadków zachorowań ograniczone do określonego obszaru i czasu określa się terminem **ognisko epidemiczne** (*outbreak*).

Pandemia (gr. *παν* – „wszyscy”, gr. *demos* – „lud”) – epidemia choroby zakaźnej w różnych środowiskach, na dużym obszarze, na różnych kontynentach w tym samym czasie.

Dnia 11 marca 2020 r. WHO ogłosiła spowodowaną koronawirusem SARS-CoV-2 pandemię choroby COVID-19¹⁴.

Nieustannie powtarzane są zalecenia o konieczności przestrzegania ochrony osobistej, izolacji od innych osób (samoizolacja) i częstego mycia rąk.

Odmieniane przez niemal wszystkie przypadki słowa „higiena”, „epidemia” i „pandemia” zestawione z realnym zagrożeniem, które każdy dostrzega, powodują, że jakby zapomniana nauka „higiena i epidemiologia” odzyskuje dawne znaczenie z czasów, kiedy powstawała. Jej niepodważalna misja okazuje się ponadczasowa.

Sytuacja prawna stanów: zagrożenie epidemiczne, epidemia, nadzwyczajnia (wojenny, wyjątkowy lub klęski żywiołowej), pandemia

Stan zagrożenia epidemicznego – sytuacja prawna wprowadzona na danym obszarze w związku z ryzykiem wystąpienia epidemii, w celu podjęcia określonych we wspomnianej ustawie działań zapobiegawczych.

W okresie pandemii COVID-19 ukazało się Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz.U. 2020, poz. 433).

Stan epidemii – sytuacja prawna wprowadzona na danym obszarze w związku z wystąpieniem epidemii w celu podjęcia określonych w ustawie działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych dla zminimalizowania skutków epidemii.

W okresie pandemii COVID-19 ukazało się kolejne Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U. 2020, poz. 491 z późn. zm.) wprowadzające

¹⁴ WHO ogłosiło pandemię COVID-19. Co to oznacza?, <https://pulsmedycyny.pl/who-oglosilo-pandemie-covid-19-co-to-oznacza-984790> [dostęp: 9.04.2020].

m.in.: ograniczenia określonego sposobu przemieszczania się, ograniczenia funkcjonowania wielu instytucji lub zakładów pracy, zakaz organizowania widowisk i innych zgromadzeń ludności. W tym okresie w szkołach, uczelniach wyższych, uniwersytetach zaczęto coraz powszechniej organizować nauczanie on-line oraz poprzez e-learning.

Artykuł 228. *Konstytucji RP*¹⁵ (rozdz. XI *Stany nadzwyczajne*) ma następujące brzmienie:

W sytuacjach szczególnych zagrożeń, jeżeli zwykłe środki konstytucyjne są niewystarczające, może zostać wprowadzony odpowiedni **stan nadzwyczajny: stan wojenny, stan wyjątkowy lub stan klęski żywiołowej**. [...] Działania podjęte w wyniku wprowadzenia stanu nadzwyczajnego muszą odpowiadać stopniowi zagrożenia i powinny zmierzać do jak najszybszego przywrócenia normalnego funkcjonowania państwa.

Natomiast artykuł 233 stanowi:

Ustawa określająca zakres ograniczeń wolności i praw człowieka i obywatela w stanie klęski żywiołowej może ograniczać wolności i prawa określone w art. 22 (wolność działalności gospodarczej), art. 41 ust. 1, 3 i 5 (wolność osobista), art. 50 (nienaruszalność mieszkania), art. 52 ust. 1 (wolność poruszania się i pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej), art. 59 ust. 3 (prawo do strajku), art. 64 (prawo własności), art. 65 ust. 1 (wolność pracy), art. 66 ust. 1 (prawo do bezpiecznych i higienicznych warunków pracy) oraz art. 66 ust. 2 (prawo do wypoczynku).

Z przytoczonych zapisów w *Konstytucji RP* wynika przeto, że w okresie pandemii (np. COVID-19) czy innej epidemii możliwe jest ogłoszenie stanu nadzwyczajnego – stanu klęski żywiołowej.

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, dla osiągnięcia celów osobistych, politycznych, społecznych lub jeszcze innych.

¹⁵ *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483 z późn. zm., <http://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/11.htm> [dostęp: 9.04.2020].

Czynnikami rażenia mogą być: mikroorganizmy (wirusy, bakterie), toksyny produkowane przez niektóre mikroorganizmy, a także trucizny roślinne. Czynniki rażenia często są dodatkowo modyfikowane, aby stanowiły jeszcze większe zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi, zwierząt, a także roślin.

Drobnoustroje chorobotwórcze mogą być m.in. **przenoszone za pomocą** pocisków rakietowych, bomb lotniczych, pojemników czy przesyłek listowych.

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 wysoce 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).

Wiedza ważna dla przeciwdziałania przenoszeniu się drobnoustrojów

Do wirusów, które od dawna wywołują „zwyczajne” zakażenia wszyscy się przyzwyczaili i wiedza z zakresu epidemiologii nie wydawała się istotna.

Pandemia spowodowana nieznanym wcześniej koronawirusem SARS-CoV-2, ożywiła dyskusję w społeczeństwach nad możliwościami zakażenia się i czasem przetrwania patogenu poza organizmem człowieka w formie, która stanowi zagrożenie.

Już na początku pandemii, w ramach wspólnego projektu przeprowadzonego przez cztery fińskie organizacje badawcze oceniano transport i rozprzestrzenianie się koronawirusa w powietrzu. Wstępne wyniki wykazały, że cząsteczki aerozolu przenoszące wirusa mogą pozostawać w powietrzu dłużej niż pierwotnie sądzono, dlatego ważne okazało się, aby unikać ruchliwych miejsc publicznych. Zmniejszyło to również ryzyko infekcji kropelkowej, która pozostaje główną ścieżką transmisji koronawirusa.

Przekonujące były i duże znaczenie edukacyjne miały animacje wideo ukazujące rozprzestrzenianie się koronawirusa drogą kropelkową, udowadniając znaczenie unikania zatłoczonych wnętrz dużych pomieszczeń, np. marketów¹⁶.

¹⁶ Researchers modelling the spread of the coronavirus emphasise the importance of avoiding busy indoor spaces, <https://www.aalto.fi/en/news/researchers-modelling-the-spread-of-the-coronavirus-emphasise-the-importance-of-avoiding-busy> [dostęp: 29.04.2021].

■ Przykład:

Naukowiec z Uniwersytetu Aalto w Finlandii zaprogramowali animację – symulację sytuacji po pojedynczym kaszlnięciu, bez maseczki i zasłonięcia twarzy dłonią. Okazało się, że chmura wirusów może przemieścić się na odległość nawet ośmiu metrów! Zaskakujący jest również długi czas utrzymywania się wirusów w powietrzu¹⁷.

Czas przeżycia patogenów poza ustrojem człowieka i metody dezaktywacji

Długość przeżycia różnych drobnoustrojów, w tym wirusów poza ustrojem człowieka, zależy od odporności własnej patogenów, rodzaju powierzchni, na jakiej się znajdują, a także warunków otoczenia – temperatury, wilgotności, obecności określonych substancji chemicznych, odczynu pH a także promieniowania UV pochodzącego głównie ze słońca, ale też z odpowiednich lamp.

Koronawirusy, jak większość drobnoustrojów chorobotwórczych, rozprzestrzeniają się, jak powszechnie wiadomo, drogą kropelkową, ale też mogą się przenosić z różnych przedmiotów, bo potrafią długo przeżyć poza organizmem ludzkim.

Niepodważalna więc jest rola zachowania prostych środków ostrożności, jak właściwe i częste mycie rąk (sprawdziło się podczas epidemii SARS w 2003 r.), niedotykanie nimi okolic oczu, używanie środków dezynfekcyjnych, jak też pranie i sprzątanie.

Przypomniano doniesienia z 2014 r., że wirusy „przeziębienia” lub grypy mogą przetrwać **w powietrzu** nawet przez kilka godzin!¹⁸

Wyniki różnych badań dotyczących wirusa SARS-CoV-2 przedstawiono w rozdziale dotyczącym pandemii COVID-19.

Przeżywalność różnych wirusów na różnych powierzchniach i metody dezaktywacji W 2014 r. podawano także, że wirusy przeziębienia i grypy mogą się utrzymywać na zużytych chusteczkach higienicznych i zakażać do 12 godzin. Na gładkich, nieporowatych powierzchniach potrafią utrzymać się nawet 48 godzin! Pisano wtedy, że trzeba zwracać uwagę na poręcze w autobusie, klatkach schodowych, na sprzęty na siłowni, ale też na telefony komórkowe, na których znaleziono więcej wirusów niż na desce WC.

Na stronie internetowej brytyjskiej National Health Service (NHS) zawarto informacje na temat większości znanych wirusów. Jak wiadomo, w naszym środowi-

¹⁷ A 3D Model Shows How Coronavirus Can Spread When Someone Coughs, <https://www.youtube.com/watch?v=WZSKoNGTR6Q> [dostęp: 9.04.2020].

¹⁸ Jak długo potrafią przetrwać wirusy przeziębienia lub grypy, „Puls Medycyny”, <https://pulsmedycyny.pl/jak-dlugo-potrafia-przetrwac-wirusy-przeziębienia-lub-grypy-875905> [dostęp: 2.05.2020].

sku istnieje wiele rodzajów wirusów powodujących przeziębienie. Na powierzchni przedmiotów w pomieszczeniach o temperaturze pokojowej są w stanie przetrwać nawet ponad 7 dni – dłużej w przypadku nieporowatych powierzchni stali nierdzewnej czy plastiku niż porowatych (np. tkaniny). Jednak zdolność do wywołania infekcji u człowieka zwykle utrzymuje się poniżej 24 godzin. Wirusy z tych grup, znajdujące się na rękach, przeżywają różnie długo – niektóre zaledwie kilka minut, ale aż 40% rinowirusów obecnych na rękach jest nadal zakaźnych po godzinie, natomiast RSV – 20 minut. Ten ostatni może przetrwać na blatach i klamkach drzwi do 6 godzin, na ubraniach i papierowych chusteczkach przez 30 do 45 minut.

Wirusy grypy mogą utrzymać się na twardych powierzchniach przez dobę, ale na chusteczce tylko przez 15 minut. Na rękach już po 5 minutach ich liczebność spada do niskiego poziomu. Jednak w unoszących się w powietrzu kropelkach, rozpylanych np. podczas kichania, wirusy grypy mogą przetrwać przez kilka godzin, zwłaszcza w niskich temperaturach.

Wirus paragrypy, który powoduje u dzieci ostre podgłośniowe zapalenie krtani – zwane kiedyś krupem, może przetrwać do 10 godzin na twardych i do 4 godzin na miękkich powierzchniach.

Wirusy wywołujące zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, takie jak norowirus czy rotawirus, mogą przeżyć poza organizmem człowieka na twardych powierzchniach ale i tkaninach zwykle od 1–4 godzin, ale czasem wiele dni, a nawet tygodni! Gdy osoba nimi zarażona wymiotuje, w powietrzu rozprzestrzeniają się mikrodrobiny wydaliny zawierające wirusa. Dlatego tak ważne jest nie tylko staranne mycie rąk, ale odkażanie powierzchni.

Wirusy opryszczki (*herpes*-HSV-1 i HSV-2 raczej krótko przeżywają poza ustrojem człowieka, dlatego zakażenie nim wymaga bliskiego kontaktu – przynosi się głównie poprzez pocałunki i seks, także oralny.

Wirus HIV, podobnie jak wirusy opryszczki, raczej krótko przeżywa poza ustrojem człowieka. Szybko ginie w temperaturze 60°C i wyższej, choć, jak większość wirusów jest odporny na zimno. W strzykawkach z krwią osób zakażonych HIV wirus ten może przetrwać do 4 tygodni w temperaturze poniżej 4°C, ale w wyższych temperaturach (27–37°C) nie przeżywa więcej niż 7 dni! W wysuszonej krwi, w temperaturze pokojowej pozostaje aktywny maksymalnie przez 5–6 dni. Jest też bardzo wrażliwy na zmiany pH – szkodzi mu zarówno odczyn kwaśny (poniżej 7,0), jak i zasadowy (powyżej 8,0). Nigdy nie wyizolowano zakaźnego HIV z kału lub moczu osoby zakażonej tym wirusem.

Znacznie odporniejszy wirus zapalenia wątroby typu B w temperaturze pokojowej może przetrwać na skażonych powierzchniach ponad 7 dni. Ulega zniszczeniu dopiero po 60 minutach sterylizacji suchym powietrzem w temperaturze 160°C, zaś

w autoklawie – po 30 minutach. Gotowanie nie niszczy cząstek tego wirusa. Jest on za to wrażliwy na środki dezynfekcyjne na bazie chloru – podchloryn sodowy czy chloraminę. Zamrożony może przetrwać wiele lat, jest też bardzo mało wrażliwy na promieniowanie ultrafioletowe. W polskich szpitalach w czasach PRL stosowanie wielorazowych, szklanych strzykawek, które w celu odkażenia były gotowane, sprawiło, że „żółtaczka wszczepienna” stała się postrachem pacjentów.

Od czasu wprowadzenia jednorazowego sprzętu, skutecznych metod odkażania sprzętu medycznego, np. autoklawów sterylizujących gorącą parą pod ciśnieniem, a także szczepień ochronnych, problem zakażenia tym wirusem został w znacznym stopniu ograniczony.

Obecnie wspomniane autoklawy są urządzeniami niezbędnymi nie tylko w szpitalach, ale również gabinetach kosmetycznych, stomatologicznych czy studiach tatuażu.

Ponieważ do marca 2020 r. nie poznano specyficznych leków przeciwko zakażeniu nowym wirusem SARS-CoV-2, eksperci skupiali się raczej na zapobieganiu zakażeniom, z czym się wiąże wiedza o przetrwaniu wirusa poza organizmem człowieka.

Na początku pandemii, niemieccy naukowcy ze szpitala uniwersyteckiego w Greifswaldzie oraz Ruhr-Universität w Bochum zebrali informacje pochodzące z 22 badań dotyczących koronawirusów odpowiedzialnych za wcześniejsze epidemie ciężkiego ostrego zespołu oddechowego (SARS) oraz bliskowschodniego zespołu niewydolności oddechowej (MERS), jak również koronawirusów atakujących zwierzęta – wirusa zakaźnego zapalenia żołądka i jelit (TGEV) czy wirusa mysiego zapalenia wątroby. Pierwotnie chcieli wykorzystać te informacje w podręczniku, jednak ze względu na trwającą pandemię COVID-19, zdecydowali się je opublikować szybciej na łamach „The Journal of Hospital Infection”. Jak informują, tamte, już poznane koronawirusy najlepiej „czują się” i najłatwiej im przetrwać w chłodnym, wilgotnym środowisku. W zależności od materiału i warunków, ludzkie koronawirusy obecne na stole czy kłance mogą pozostawać zakaźne od 2 godzin do 9 dni. W temperaturach około 4°C niektóre rodzaje koronawirusów mogą pozostać aktywne do 28 dni! W temperaturze 30–40°C utrzymywały się przez krótszy czas. Koronawirus odpowiedzialny za przeziębienie (HCoV-229E) w temperaturze pokojowej utrzymywał się znacznie dłużej przy 50% wilgotności niż przy 30%. Wirus MERS na powierzchni stali przetrwał 48 godzin w temperaturze 20°C. Natomiast zwierzęcy wirus TGEV wytrzymał na podobnej powierzchni w tej temperaturze 28 dni. Dwa analizowane badania dotyczyły przetrwania na powierzchni papieru dwóch szczepów wirusa powodującego SARS. Jeden wytrzymał 4–5 dni, inny zaledwie 3 godziny.

Koronawirusy można zdezaktywować przy użyciu dość prostych środków, takich jak na przykład: woda utleniona, etanol i podchloryn sodu (główny składnik

wybielacza). Nadtlenek wodoru był skuteczny przy stężeniu 0,5% już po minucie od momentu użycia. Także dezynfekcja powierzchni 0,1% roztworem podchlorynu sodu lub 62–71% etanolem znacznie zmniejszyła zakaźność koronawirusa zaledwie w ciągu 1 minuty.

Natomiast w przypadku chlorku benzalkonium (obecny np. w odkażających pastylkach do ssania i sprejach do gardła) wyniki okazały się sprzeczne, a diglukonian chlorheksydyny, często stosowany jako miejscowy środek antyseptyczny, był nieskuteczny.

Naukowcy podkreślali, że wśród środków zapobiegawczych szczególnie ważne jest mycie rąk, co potwierdziło się w praktyce podczas epidemii SARS.

Przedstawione wyniki wprawdzie nie dotyczyły COVID-19, ale badacze uważali, że jego wrażliwość jest podobna jak innych koronawirusów. Powyższe dane zostały podane w marcu 2020 r. Z pewnością z czasem pojawią się nowe, gdyż wielu badaczy na bieżąco zajmuje się tymi problemami¹⁹.

Przeżywalność bakterii chorobotwórczych na różnych powierzchniach i metody dezaktywacji

Patogenne szczepy bakterii *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Clostridium difficile* i *Campylobacter*, wywołujące zwykle zaburzenia w obrębie przewodu pokarmowego, mogą przeżyć od 1 do 4 godzin na twardych powierzchniach lub tkaninach. Jedno z badań wykazało, że *Clostridium difficile* (jeden z częstych patogenów obecnych w szpitalach) przeżywa nawet 5 miesięcy!

Nazywane niekiedy superbakteriami szczepy gronkowca złocistego odporne na metycylinę (MRSA) są częstą przyczyną zakażeń wewnątrzszpitalnych. Na powierzchniach przedmiotów są w stanie przetrwać wiele dni, a nawet tygodni. Sprzyja im suche środowisko i twarde podłoże.

Wiedza o drogach zakażenia i czasie przetrwania patogenów na różnych powierzchniach i w powietrzu daje możliwość odpowiedniego postępowania w celu zmniejszenia ryzyka zakażenia. Tkaniny, które mogą być skażone bakteriami lub wirusami, należy prać w temperaturze 60°C, w środkach na bazie wybielaczy.

¹⁹ Nauka w Polsce. Bez człowieka koronawirusy nie przetrwają długo we „wrogim” świecie. <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C80794%2Cbez-czlowieka-koronawirusy-nie-przetrwaja-dlugo-we-wrogim-swiecie.html> [dostęp: 26.03.2020].

Tradycyjne metody ograniczania masowych zachorowań na choroby zakaźne

Są to zalecenia dawne, sprawdzone w poprzednich epidemiach i – jak się okazuje – pomimo ogromnego postępu wiedzy i medycyny pozostały aktualne w czasie pandemii COVID-19.

Dekontaminacja (mycie, dezynfekcja, sterylizacja), izolacja,
kwarantanna, kordon sanitarny

Dekontaminacja – proces niszczenia biologicznych czynników chorobotwórczych przez mycie, dezynfekcję i sterylizację.

Dezynfekcja – proces redukcji ilości biologicznych czynników chorobotwórczych przez zastosowanie metod fizycznych i chemicznych.

Izolacja w medycynie oznacza podejmowane różne środki ochronne, aby zapobiec przenoszeniu się biologicznych czynników chorobotwórczych wywołujących choroby zakaźne od osób chorych, zakażonych i podejrzanych o zakażenie na inne osoby, w tym na innych pacjentów, pracowników służby zdrowia i odwiedzających. Istnieją różne formy izolacji, od takich, w których dozwolony jest kontakt z innymi pacjentami i odwiedzającymi przy zachowaniu szczególnych środków ostrożności do całkowitego odosobnienia.

Izolacja jest stosowana najczęściej wobec osób chorych na choroby wywołane przez wirusy. Podczas kontaktu z osobami chorymi i zakażonymi stosuje się środki ochrony osobistej (maseczki ochronne, rękawice medyczne) i odzież ochronną (kitle, kombinezony ochronne).

Kwarantannę w obliczu zachorowań masowych zaproponował już w XI wieku perski lekarz, filozof i uczonec – zwany krótko Ibn Sina (Avicenna)²⁰. Wykorzystywano tę metodę w czasie licznych kolejnych epidemii, także słynnej XIV-wiecznej epidemii dżumy²¹. W uzasadnionych sytuacjach stosowana jest do dziś, o czym przekonano się naocznie w czasie pandemii COVID-19.

Kwarantanna – przymusowe czasowe odosobnienie (z łac. *quarantena*, wł. *quaranta giorni*, czyli 40 dni) ludzi, zwierząt, roślin lub towarów, co do których istnieje podejrzenie, że mogą być roznośicielami chorób zakaźnych²².

²⁰ M.A. Khan, F. Raza, I.A. Khan, *Ibn Sina and the roots of the seven doctrines of preservation of health*, „Acta Bull. Hist. Med.” 2015, 13, suppl. 2, s. 87–102.

²¹ J. Moosavi, *The Place of Avicenna in the History of Medicine*, „Avicenna J. Med. Biotechnol.” 2009, 1(1), s. 3–8.

²² *Ojciec zadżumionych* – poemat Juliusza Słowackiego z 1838 r. To przejmująca historia Araba z Palestyny w okresie epidemii dżumy, któremu podczas kwarantanny ta choroba zabrała żonę i siedmioro dzieci.

W okresie pandemii COVID-19 zdecydowana większość społeczeństwa przestrzegała zasad kwarantanny, ale – niestety – pojawiały się też zachowania nieodpowiedzialne i z tym zawsze należy się liczyć. Dlatego w okresie pandemii COVID-19 rząd ustalił kary za łamanie kwarantanny.

Samoizolacja oznacza pozostawanie i – w miarę możliwości – wykonywanie pracy zawodowej w domu. Tego rodzaju zalecenia były szeroko propagowane w okresie pandemii COVID-19.

Możliwe następstwa psychiczne przebywania w kwarantannie
Czym innym jest podjąć dobrowolną decyzję o ograniczeniu aktywności (samoizolacja), a czym innym być do niej zmuszonym zewnętrznymi okolicznościami (nakazami), na dodatek w sytuacji narastającej paniki związanej z rozprzestrzenieniem się nieznanego wcześniej wirusa. Liczne grono psychologów i socjologów w Polsce i na świecie już od początku pandemii COVID-19 zauważało, że jednym z ubocznych skutków pandemii mogą być zaburzenia zdrowia psychicznego spowodowane m.in. lękiem ludzi o własne życie, ale też reakcją na niepokój społeczny²³.

Kordon sanitarny – pierścień posterunków ustawionych wokół regionu, w którym rozprzestrzenia się epidemia (lub epizootia) niebezpiecznej choroby zakaźnej. Posterunki te mają za zadanie nie przepuszczać podróżnych, nieposiadających odpowiednich zezwoleń (najczęściej wydawanych jedynie tym osobom, które poddały się obowiązkowej kwarantannie lub szczepieniom) i w ten sposób zapobiec rozprzestrzenianiu się choroby poza opanowany przez nią obszar. W przeszłości zdarzało się, że posterunki na obwodzie kordonu sanitarnego miały rozkaz nieprzepuszczania nikogo i żadnych przepustek nie honorowano.

Podstawa prawna dotycząca izolacji, kwarantanny, hospitalizacji,
kordonu sanitarnego, ewakuacji

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2020, poz. 1845, 2112, 2401; 2021, poz. 159, 180, 255, 616, 981):

Art. 33.7. W przypadku konieczności poddania izolacji lub **kwarantannie** [...] wojewoda zapewnia warunki izolacji lub kwarantanny przez zapewnienie odpowiednich pomieszczeń, wyposażenia oraz skierowanie do pracy osób posiadających odpowiednie kwalifikacje.

²³ J. Heitzman, *Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne*, „Psychiatria Polska” 2020, 54(2), s. 187–198, www.psychiatriapolska.pl [dostęp: 29.04.2021].

Art. 34.1. W celu zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, osoby chore na chorobę zakaźną albo osoby podejrzane o zachorowanie na chorobę zakaźną mogą podlegać obowiązkowej hospitalizacji. 2. Osoby zdrowe, które pozostawały w styczności z osobami chorymi na choroby zakaźne podlegają obowiązkowej kwarantannie lub nadzorowi epidemiologicznemu, jeżeli tak postanowią organy inspekcji sanitarnej przez okres nie dłuższy niż 21 dni, licząc od ostatniego dnia styczności.

Art. 46.4: [...] można ustanowić: 1) czasowe ograniczenie określonego sposobu przemieszczania się [...].

Art. 46b. [...] 5) obowiązek poddania się kwarantannie; 6) miejsce kwarantanny; [...] 9) nakaz ewakuacji w ustalonym czasie z określonych miejsc, terenów i obiektów; 10) nakaz lub zakaz przebywania w określonych miejscach i obiektach oraz na określonych obszarach; 11) zakaz opuszczania strefy zero przez osoby chore i podejrzane o zachorowanie; 12) nakaz określonego sposobu przemieszczania się.

W 2020 r., w związku z pandemią wirusa SARS-CoV-2 (COVID-19), która dotknęła także Polskę, liczne kraje świata uruchomiły kordony sanitarne bądź to wokół swoich granic (np. w Polsce, od północy 15 marca 2020 r. obowiązywał zakaz wjazdu obcokrajowcom), bądź to wokół niektórych miast lub regionów²⁴. Jeszcze wcześniej, bo 8 marca 2020 r., kordonem sanitarnym otoczono m.in. region Lombardii oraz 14 miast włoskich z największą liczbą zachorowań.

Wyrazistym przykładem skuteczności tej metody w Polsce może być sytuacja podczas epidemii ospy prawdziwej – oczywiście nie tzw. wietrznej, ale „czarnej ospy”. Epidemia wybuchła w 1963 r. we Wrocławiu, który został zamknięty, a utworzony wówczas kordon sanitarny wokół miasta okazał się tak szczelny, że poza pojedynczymi przypadkami ta bardzo zakaźna choroba nie przedostała się poza jego granice.

²⁴ Polska postawi graniczny kordon sanitarny. Co z transportem?, http://transinfo.pl/polska-posta-wi-graniczny-kordon-sanitarny-co-z-transportem-_more_121820.html [dostęp: 28.03.2020].

Jerzy T. Marcinkowski
Zofia Konopielko

Szczepienia ochronne

Historia szczepień ochronnych rozpoczęła się prawdopodobnie w starożytnych Chinach, ale dla świata przełomowy okazał się wiek XVIII, kiedy to brytyjski doktor Edward Jenner opracował pierwszą na świecie szczepionkę. Dotyczyła ospy prawdziwej, zwanej też czarną. Metoda Jennera – wakcynacyjna rozpowszechniała się od XIX w., ale dopiero

w 1980 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła, że ospa prawdziwa będąca jedną z największych plag ludzkości, została wyeradykowana dzięki szczepionce opracowanej 200 lat wcześniej przez Jennera¹.

Szczepienia ochronne okazały się najskuteczniejszym dotąd narzędziem zwalczania chorób zakaźnych i przyczyniły się w znacznej mierze do ogromnego skoku cywilizacyjnego, jakiego doświadczyła ludzkość w ciągu ostatnich stu lat bez wielkich epidemii².

Ważną rolę odgrywają organizowane przez Ministerstwo Zdrowia (MZ)³, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH)⁴, Główny Inspektorat Sanitarny (GIS)⁵ konferencje szkoleniowo-naukowe oraz redagowane strony internetowe oparte na rzetelnej, usystematyzowanej wiedzy ekspertów dotyczącej szczepień, z omawianiem następujących zagadnień: rola i skuteczność szczepień ochronnych w zapobieganiu chorobom zakaźnym, bezpie-

¹ Historia szczepień w pigułce. NIZP-PZH, <https://szczepienia.pzh.gov.pl/ciekawostki/historia-szczepien-w-pigulce/> [dostęp: 26.07.2020].

² Aż do pandemii COVID-19 od przełomu lat 2019–2020.

³ MZ. Szczepienia, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/szczepienia> [dostęp: 28.03.2020].

⁴ NIZP-PZH. Szczepienia działają, <https://szczepienia.pzh.gov.pl/> [dostęp: 28.03.2020].

⁵ GIS. Szczepienia obowiązkowe, <https://gis.gov.pl/zdrowie/szczepienia-obowiazkowe/> [dostęp: 28.03.2020].

czeństwo 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. Szczepienia dla wyjeżdżających poza Polskę

W Polsce szczepienia ochronne są realizowane zgodnie z obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych (PSO, tzw. kalendarz szczepień), który jest co roku aktualizowany i zgłaszany w odrębnym komunikacie Głównego Inspektora Sanitarnego⁶. Komunikat ten 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)** są nier refundowane 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.

O umieszczeniu szczepienia w jednej z powyższych dwóch grup decydują takie czynniki, jak: częstość występowania choroby, jej ciężkość, konsekwencje zachorowania, powikłania oraz – co bardzo ważne – koszt programu powszechnego szczepienia dzieci i możliwości finansowania z budżetu.

W zależności od stale monitorowanej sytuacji epidemiologicznej kraju czy regionu świata, do którego planujemy się wybrać – zalecane są konkretne szczepienia ochronne⁷.

Według danych z 2018 r. zalecane są szczepienia przeciwko: żółtej gorączce, durowi brzuszemu, wirusowemu zapaleniu wątroby typu A, chorobie meningokokowej, kleszczowemu zapaleniu mózgu, japońskiemu zapaleniu mózgu, wścieklicznie.

Przy wjeździe do niektórych krajów strefy tropikalnej, przede wszystkim Afryki i Ameryki Południowej, wymagane jest szczepienie przeciwko żółtej gorączce. Jest to szczepienie obowiązkowe.

⁶ Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 16 października 2019 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2020, Dziennik Urzędowy Ministra 2019, poz. 87.

⁷ GIS. Zalecane szczepienia dla podróżujących, <https://gis.gov.pl/wypoczynek/szczepienia-dla-podrozujacych-podstawowe-informacje/> [dostęp: 17.04.2020].

Po wykonaniu szczepień otrzymuje się Międzynarodową Książeczkę Szczepień⁸ (tzw. żółta książeczka – *Yellow Book*⁹) z odpowiednią adnotacją lekarza, na wniosek pacjenta.

Odporność indywidualna tworzy grupową,
czyli „kordon ochronny” dla słabszych

Poza ochroną osobistą przed chorobami, szczepionki odgrywają też wielką rolę w ochronie zdrowia innych osób i społeczeństwa. Wysoki odsetek osób zaszczepionych spełnia rolę swoistego „kordonu ochronnego” i zapobiega nie tylko zachorowaniom osób niezszczepionych – starszych, u których zwykle z czasem wygasa odporność nawet wtedy, gdy były szczepione w dzieciństwie, ale także młodych z chorobami upośledzającymi odporność lub leczonych lekami immunosupresyjnymi np. z powodu chorób nowotworowych czy po przeszczepach narządów. Jest to bardzo duża grupa, której poprzez przeszczep czy przez podawanie odpowiednich leków dano drugie życie. Odporność grupowa, zwana też zbiorowiskową, populacyjną czy stadną, zapobiega również epidemiom. Znaczenie tego typu odporności zostało bardzo dobrze poznane i udowodnione. Na marginesie trzeba dodać, że odgrywa rolę jedynie wtedy, gdy choroba przenosi się z człowieka na człowieka – nie dotyczy chorób zakaźnych, takich jak np. tężec czy wścieklizna. Jak wynika z wieloletnich obserwacji – próg odporności grupowej, który wyraźnie wpływa na nową liczbę zakażonych, zmniejszając ją istotnie, jest różny dla różnych chorób zakaźnych i zależy od stopnia zakaźności.

Na przykład w przypadku odry „progiem bezpieczeństwa” jest aż 95% odpornej populacji, dla krztuśca – 92–94%, błonicy i różyczki – 83–86%, świnki – 75–86%.

Jak wynika z danych zamieszczonych w rozdziale niniejszej książki o antyszczepionkowcach, rosnąca liczba ludzi niepoddających się szczepieniom lub decydujących o zdrowiu swoich dzieci (tzw. antyszczepionkowców) może świadczyć o tym, że albo nie mają dostatecznej wiedzy także o odpowiedzialności grupowej, albo są na nią zamknięci – posiadając specyficzną osobowość (co udowodniono), odrzucają argumenty medyczne, a także nie tolerują systemu nakazów. Myślenie o dobrostanie społeczeństwa chyba jest im obce¹⁰.

⁸ A. Wroczyńska, *Międzynarodowa Książeczka Szczepień*, <https://www.mp.pl/pacjent/zdrowiew-podrozy/szczepienia/62888,miedzynarodowa-ksiazeczka-szczepien> [dostęp: 17.04.2020].

⁹ 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].

¹⁰ NIZP-PZH. Na czym polega odporność zbiorowiskowa?, <https://szczepienia.pzh.gov.pl/faq/naczym-polega-odpornosc-zbiorowiskowa/> [dostęp: 23.03.2020].

Niepożądany odczyn poszczepienny (NOP)

NOP jest to niepożądany objaw chorobowy pozostający w związku czasowym z wykonanym szczepieniem ochronnym.

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 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz 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 oraz kryteriów ich rozpoznawania:

- 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, który może prowadzić do trwałego uszczerbku zdrowia, lub taki, którego wynikiem jest zgon;
- 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 szcze-

pionkowym, może być podstawą do wstrzymania szczepień daną serią szczepionki¹¹.

Jak podał NIZP-PZH w grudniu 2019 r., populacja dzieci szczepionych w Polsce pomimo zwiększającej się liczby nieszczepionych nadal jest znaczna, dlatego około 2000–3000 rocznie niepożądanych odczynów poszczepiennych nie stanowi istotnego problemu. Dotychczas na 10 000 podanych szczepionek zanotowano jeden przypadek NOP.

- W 2016 r. zanotowano łącznie 2341 NOP w tym: trzy przypadki ciężkich NOP, 95% łagodnych – połowa z nich to reakcje miejscowe w miejscu wkłucia, które ustąpiły po 2, 3, 7 dniach.
- W 2017 r. zanotowano ok. 3000 NOP, ale analiza ich charakteru pozostaje w trakcie opracowania.
- Ciężkie NOP występują niezwykle rzadko, jest to ok. 0,1% zgłoszonych NOP rocznie.
- Częstość występowania NOP zależy od rodzaju szczepionki (np. po podaniu MMR, czyli szczepionki przeciwko odrze, śwince i różyczce występują reakcje miejscowe w 1 przypadku na 10 podanych szczepionek).
- Drgawki gorączkowe występują z częstością 1 na 2250 podanych szczepionek DTP (przeciwko błonicy, tężcowi i z całym komórkami krztuśca) i 1 na 20 000 podanych dawek szczepionki DTaP (przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi z bezkomórkowym składnikiem krztuśca).
- Ciężki NOP, jakim jest reakcja anafilaktyczna, występuje u 1–3 osób na 1 000 000 podanych dawek szczepionki.
- W ciągu ostatnich 20 lat nie zanotowano zgonu przyczynowo związanego ze szczepieniem.

Informacje o NOP, które mogą wystąpić lub wystąpiły po określonej szczepionce, oraz ich częstości można znaleźć w następujących miejscach:

- w ulotce dołączonej do opakowania danej szczepionki;
- w charakterystyce produktu leczniczego (ChPL).

Dane tam zawarte wynikają z badań klinicznych przeprowadzonych przed i po rejestracji szczepionki oraz z monitorowania występowania NOP w czasie, gdy szczepionka jest dostępna na rynku.

¹¹ Niepożądane odczyny poszczepienne, <https://gis.gov.pl/zdrowie/niepozadane-odczyny-poszczepienne/> [dostęp: 16.06.2020].

Informacje dotyczące NOP zgłoszonych przez lekarzy w Polsce można znaleźć na stronie internetowej Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH w biuletynie *Szczepienia Ochronne w Polsce*¹².

Ruchy antyszczepionkowe

Jak wspomina Brian Deer, dziennikarz śledczy brytyjskiej gazety „The Sunday Times”, w lutym roku 1998 na łamach „The Lancet” opublikowany został artykuł doktora Andrew Wakefielda. Informował on, że do szpitala w Londynie trafiło 12 dzieci, z których u 8 w ciągu mniej niż 14 dni po podaniu szczepionki MMR (przeciwko odrze, śwince i różyczce) wystąpiły objawy autyzmu. Pojawiła się także choroba jelit. Sprawa stała się głośna i wielu rodziców przestało szczepić dzieci – nie tylko szczepionką MMR.

Jednak gdy Deer bliżej przyjrzał się sprawie, badania okazały się naciągane i niewiarygodne, gdyż objawy autyzmu u jednego z dzieci pojawiły się nie kilka dni, ale kilka miesięcy po szczepieniu. I był to jedyny prawdziwy przypadek autyzmu w całej grupie. Dobór dzieci do badania był tendencyjny i inspirowany przez małą organizację przeciwną szczepieniom. Instytucje medyczne przez lata analizowały badania Wakefielda, co skończyło się wykreśleniem go z rejestru lekarzy – problem był badany w późniejszych latach i nikt nie uzyskał wyników potwierdzających teorię o związku szczepionki z autyzmem. „The Lancet” wycofał artykuł z bazy danych. Jednak stało się to dopiero 12 lat po opublikowaniu artykułu.

Choć w Wielkiej Brytanii odsetek zaszczepionych dzieci w końcu wrócił do poziomu sprzed 1998 r., teorie Wakefielda „żyją własnym życiem”. A Deer nadal jest bombardowany e-mailami przez przeciwników szczepionek – jako człowiek zaprzędany lobby farmaceutycznemu produkującemu szczepionki.

Wiadomo, że każdy lek – także szczepionka – może powodować skutki uboczne, które jako NOP muszą być zgłaszane przez lekarza do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej, skąd przekazywane są dalej, sumiennie odnotowywane oraz poddawane analizie. Zdarzało się w przeszłości, że liczba i jakość NOP wpłynęła na decyzję wycofania szczepionki. Jednak korzyści z zaszczepienia dziecka są nieporównywalnie większe niż ryzyko.

¹² 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].

Narastająca liczba dzieci nieszczepionych na świecie i w Polsce

Liczba rodziców niepoddających swoich dzieci szczepieniom dynamicznie rośnie na całym świecie – czego negatywne następstwa widać m.in. na przykładzie ostatnich „wybuchów” zachorowań na odrę.

Za tę sytuację obwinia się prężnie działający w Internecie i świecie realnym ruch antyszczepionkowy¹³. Siłą jego przekazu polegającego między innymi na pokazywaniu drastycznych nieraz obrazków, podawaniu nieprawdy lub tylko częściowo prawdziwych (wybranych) faktów, wyolbrzymianiu problemu powikłań po szczepieniach – w porównaniu z akcjami instytucji zalecających szczepienia wydaje się większa. Poza tym zwykle ludzie nie lubią systemu nakazów – ponoć, gdy pozostawi się im możliwość wyboru, decydują racjonalnie, ale odnosi się to raczej do społeczności krajów wysoko rozwiniętych z wielowiekowymi tradycjami wolnościowymi.

Jak podaje wielu autorów zorientowanych w sytuacji międzynarodowej, ruchy antyszczepionkowe czy rozpowszechnianie fake newsów (*fake news*), może być traktowane jako jeden z przejawów wojny hybrydowej¹⁴.

Wojna hybrydowa – pojęcie wprowadzone w latach 20. XX wieku – jest strategią wojenną łączącą nie tylko działania konwencjonalne armii (niszczenie siły żywej i zaplecza gospodarczego przeciwnika z używaniem różnego rodzaju broni), ale także różne działania nieregularne, cybernetyczne, terroryzm i przestępczość, w tym samym czasie i na tym samym polu bitwy dla osiągnięcia celów politycznych. Wojna taka często jest prowadzona bez oficjalnego wypowiedzenia – przy czym jej charakter ma pozwolić agresorowi na całkowite lub częściowe uniknięcie za nią odpowiedzialności, gdyż działający wszechstronnymi metodami wojny hybrydowej nie ujawniają się¹⁵.

¹³ D. Krawczyk, *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].

¹⁴ H. Batorowska, R. Klepka, O. Wasiuta, *Media jako instrument wpływu informacyjnego i manipulacji społeczeństwem. Manipulowanie informacją w mediach warunkiem wojny hybrydowej*, s. 205, file:///C:/Users/win7/Downloads/d35e4b772b9a9ded0ab30d97221c23fef85c5f69.pdf [dostęp: 27.05.2020].

¹⁵ Wojna hybrydowa, https://pl.wikipedia.org/wiki/Wojna_hybrydowa [dostęp: 28.03.2020].

Jak przekonywać do szczepień ochronnych?

Dr Dyan Hes z Nowego Jorku nie przyjmuje w swojej klinice pediatrycznej pacjentów bez aktualnych szczepień. Jak wyjaśnia – jest to sprawa życia i śmierci. Niezaszczepione dziecko mogłoby zakazić inne, wśród których są także pozbawione odporności z powodu nowotworu czy innej choroby. Także coraz więcej żłobków czy przedszkoli na świecie, ale też w Polsce, nie przyjmuje dzieci nieszczepionych. Stosowane są też kary dla rodziców niepoddających szczepieniom swoich dzieci, co jest przez wielu krytykowane jako ograniczenie wolności.

Znaczna część społeczeństwa mająca wiedzę i wyobraźnię, na temat tego, czym grożą choroby zakaźne, pomimo informacji o możliwych powikłaniach, które są zamieszczane w ulotkach szczepionek i na odpowiednich stronach internetowych, poddaje swoje dzieci szczepieniom ochronnym. Po prostu wybiera to, co jest bardziej korzystne dla ich zdrowia.

Drugim elementem jest świadomość odporności grupowej, czyli odpowiedzialności za innych.

Jak już wspomnieliśmy, jeśli większość osób na danym terenie jest zaszczepiona przeciwko danej chorobie i przybywa tam osoba chora lub nosiciel tej choroby, osoby odporne nie zachorują lub – co jest też możliwe – zachorują łagodnie. W tej sytuacji prawdopodobieństwo, że obok znajdzie się ktoś nieodporny maleje wraz z liczbą zaszczepionych. Zwiększa to bezpieczeństwo tych, którzy z przyczyn np. zdrowotnych nie mogli zostać zaszczepieni. Zwykle są to osoby przewlekle chore, więc tym samym dostają większą szansę, by leczenie podstawowej choroby było skuteczne, lub by zachowały przeszczepiony narząd. Jak już wspomnieliśmy, jest to tak zwana odporność grupowa.

Być może nie wszyscy przeciwnicy szczepień są świadomi, że nie szczepiąc swoich dzieci czy siebie, zagrażają innym, słabszym. Warto często przypominać tę wiedzę, podawać ją w massmediach, w tym na portalach społecznościowych, czy podejmować publiczne dyskusje. Odpowiednia edukacja dzieci też daje szansę na wychowanie pokolenia świadomego, a czasem ma ono pozytywny wpływ na swoich rodziców, co sprawdzono w przypadku nikotynizmu. Być może część społeczeństwa przeciwna szczepieniom zrozumie i podejmie słuszną decyzję.

Do zdecydowanych antyszczepionkowców trudno dotrzeć i wydaje się to bez szans. Są wspierani przez silny ruch antyszczepionkowy istniejący w sieci, w dodatku mający wsparcie w atrakcyjnych, wielokrotnie drastycznych, prezentacjach zagrożenia szczepionkowego i w wypowiedziach „autorytetów”. Przekonać niepewnych jest łatwiej, ale to jest też spore wyzwanie dla epidemiologów.

W ramach akcji edukacyjnych mających przekonać do szczepień, co – jak wspomnieliśmy – jest najbardziej skuteczne wśród osób wahających się, warto zapraszać do mass mediów osoby, które przebyły np. *poliomyelitis*, by opowiedziały o swoim życiu z niepełnosprawnością, ale też często podkreślać i objaśniać znaczenie szczepień jako „kordonu ochronnego” dla ludzi nieszczepionych ze względu na ich stan zdrowia (w tym z powodu podawanych leków, np. po przeszczepie narządu).

Jerzy T. Marcinkowski
Zofia Konopielko

Epidemie bakteryjne w przeszłości – współczesne zagrożenia

Wpływ dawnych epidemii na dzieje świata, higienę, kulturę

Dawne epidemie wywołane bakteriami (dżuma i cholera) obok wirusowych (ospa prawdziwa i grypa) okazywały się największymi zabójcami w historii ludzkości i miały ogromny wpływ na dzieje świata, w tym także Polski, na przemiany społeczne, myślenie i zachowania ludzi, ale też gospodarkę i kulturę. Niektóre z epidemii przyczyniły się do głębokiego kryzysu imperiów, inne stanowiły okazję do nadrobienia dystansu cywilizacyjnego – społeczeństwa gorzej rozwinięte w różnych aspektach życia zbliżały się do rozwiniętych lepiej. Słynna epidemia XIV-wiecznej dżumy, choć stanowiła podstawę wykształcenia się zachowań epidemiologicznych uznawanych także dziś, jednocześnie stała się początkiem „epidemii brudu”, która panowała przez całe średniowiecze. Wielkie epidemie stanowiły inspirację dla twórców kultury, czego niezwykle przejmującym przykładem jest np. słynny obraz „Triumf śmierci” z około 1562 r. stworzony przez Pietera Bruegela (ok. 1525–1569).

Jak wspomnieliśmy, niektóre z epidemii miały duży wpływ nie tylko na historię, zmieniając jej przebieg choćby przez dziesiątkowanie wojska w czasie wojen, ale także powodowały rozwój medycyny, zmieniały funkcjonowanie instytucji państwowych i styl życia mieszkańców. W tym kontekście pandemia *coronavirus disease* COVID-19, która ogarnęła świat od przełomu lat 2019–2020, nie jest niczym niezwykłym w historii¹.

¹ S.A. Alchon, *A Pest in the Land: New World Epidemics in a Global Perspective*, University of New Mexico Press, New Mexico 2003.

Dżuma. Początek zachowań epidemicznych
i średniowiecznej „epidemii brudu”
– największe współczesne zagrożenie biologiczne

Dżuma od prawieków należała do największych zabójców ludzkości i nadal stanowi zagrożenie. Dowodów naukowych na to, że bakteria wywołująca tę chorobę towarzyszyła ludzkości od tysiącleci, dostarczyły niedawno opublikowane wyniki badań zespołu naukowców z Francji, Szwecji i Danii, którzy w szczątkach człowieka żyjącego przed 5 tys. laty, znaleźli DNA nieznanego szczepu *Yersinia pestis* wywołującego dżumę. Badacze sugerują, że zaraza mogła doprowadzić do upadku populacji wczesnej epoki brązu².

W 2016 r. WHO na podstawie opinii ekspertów uznała pałeczkę dżumy za największe współczesne zagrożenie biologiczne z powodu występowania zachorowań oraz możliwości wykorzystania do ataków bioterrorystycznych³.

Epidemia dżumy w XXI wieku – coraz większa oporność na antybiotyki!

Dżuma, która w przeszłości była przyczyną zgonu ponad 200 mln ludzi, niestety powraca. Pod koniec 2017 r. doszło do wybuchu epidemii dżumy na Madagaskarze, gdzie występowała endemicznie. Zarejestrowano 385 przypadków dżumy, zwłaszcza płucnej o wyjątkowo ciężkim przebiegu, a w przeciągu niespełna miesiąca zmarło z jej powodu 45 osób. Jak zaobserwowano, obecnie bakterie, które ją wywołują, są **coraz bardziej odporne na współcześnie znane antybiotyki**. Stanowi to ogromne zagrożenie, bo nie ma szczepionek, a możliwości leczenia mogą być znacznie ograniczone.

Niektóre epidemie dżumy na przestrzeni wieków i przyczyny

W XIV-wiecznej Europie dżumę nazywano „czarną śmiercią”, ale na naszym kontynencie pojawiała się już w VI wieku, gdyż ludzie wędrowali od dawna; możliwe było przenoszenie poprzez zakażony pokarm, wodę i też drogą kropelkową. W XIV wieku wraz z rozwojem bardzo aktywnych szlaków handlowych łączących Chiny i Europę, prawdopodobnie z futrami przenoszono pchły, które bywają nosicielami bakterii *Yersinia pestis*. Do zakażenia dochodzi zazwyczaj w wyniku pokąsania człowieka przez pchły.

² N. Rascovan, K.-G. Sjögren, K. Kristiansen i in., *Emergence and Spread of Basal Lineages of Yersinia pestis during the Neolithic Decline*, Cell 2019, 176, 1–2, 295–305.e10, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092867418314648> [dostęp 17.04.2021].

³ WHO. Plague, <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/plague> [dostęp: 13.04.2020].

Według zapisków ówczesnych kronikarzy – w połowie VI wieku w Cesarstwie Bizantyjskim rozpoczęła się dżuma, zwana od imienia ówczesnego władcy – **dżumą Justyniana**, która rozprzestrzeniła się na tereny Afryki, Azji i Europy. Zabiła ok. 40% mieszkańców Konstantynopola, 60% mieszkańców Europy, a na całym świecie ok. 100 milionów ludzi. Dopiero niedawno jednoznacznie potwierdzono etiologię tej dawnej epidemii, znajdując DNA bakterii dżumy na zębach zwłok ludzi zmarłych w tamtym czasie⁴.

„Czarna śmierć”. XIV–XVIII w. – okres powtarzających się epidemii dżumy
Kolejna epidemia dżumy, która wybuchła w średniowiecznej Europie w XIV wieku, nazwana wtedy „czarną śmiercią”, rozprzestrzeniła się na teren Afryki Północnej zabijając ok. 50 milionów mieszkańców Europy i ok. 200 milionów ludzi na świecie. Od tej pory epidemie dżumy pojawiały się na świecie regularnie aż do XVIII wieku. Była to m.in. **wielka dżuma mediolańska** w 1629 r. (w trakcie wojny trzydziestoletniej), która uśmierciła ok. 280 tysięcy ludzi. W samym Mediolanie zmarło wówczas ok. 60 tysięcy mieszkańców, a w Wenecji ok. 46 tysięcy. W obu tych miastach stanowiło to połowę populacji.

Prawdopodobnie dżuma była przyczyną **wielkiej zarazy w Londynie** w XVII wieku; zmarła wówczas 1/5 jego mieszkańców (ponad 100 tys. ludzi).

W XIX wieku dżuma pojawiła się w Chinach i po kilku miesiącach opanowała kolejne kontynenty. W samych **Chinach i Indiach** zabiła ponad 12 milionów ludzi. Uznano, że po dżumie Justyniana i średniowiecznej „czarnej śmierci”, była największą pandemią tej choroby⁵.

„Morowe powietrze” i konstelacje gwiazd – średniowieczne postrzeganie przyczyn zarazy. Zmiana zarządzania miastem i zalecenia epidemiczne

Epidemię dżumy i wielu innych chorób zakaźnych w dawnych wiekach określano takimi pojęciami, jak „morowe powietrze”, „zaraza”, *mors nigre* – czarna śmierć. Owo morowe powietrze prawie zawsze pojawiało się w latach nieurodzaju, głodu, wojny. Miało być karą za grzechy i wezwaniem do pokuty – tak pojmowano zarazę w całej ówczesnej chrześcijańskiej Europie. Także oskarżano o powstanie morowego powietrza, zarazy, nieodpowiednią konstelację gwiazd, które psują „niesprawą swoją wiatr lub powietrze”, jak pisano wówczas.

⁴ D.M. Wagner, J. Klunk, M. Harbeck, *Yersinia pestis and the Plague of Justinian 541–543 AD: a genomic analysis*, „The Lancet Infect. Dis.” 2014, 14.

⁵ Zarazy, które dziesiątkowały ludzkość, <https://www.national-geographic.pl/aktualnosci/zarazy-ktore-dziesiatkowaly-ludzkosci> [dostęp: 20.04.2020].

Mamy wiele dowodów w źródłach pisanych z okresu późnego średniowiecza i – dla ziem polskich – z czasów wczesnej nowożytności, że dobrze zorganizowane miasta powoływały na czas epidemii tzw. **burmistrzów powietrznych/morowych** (od morowego powietrza czyli zarazy) – specjalnych urzędników, którzy mieli zarządzać miastem w czasie epidemii: usuwaniem ciał, organizacją pochówków, pilnowaniem porządku i izolowaniem przybyszów. Były to **głównie działania miejskie, rzadziej o charakterze państwowym**.

Ponieważ Pan Bóg na niektóre ludy zarażenie powietrza dopuścić raczył, przez co nie tylko oni zarażeni ku upadkowi zdrowia i żywota swego przychodzą, ale też i insi zarażenie zdrowia i utratę przez nich żywota swego odnosić muszą; aby tedy powietrze to nie rozszerzało się, ażeby też ci, którzy jeszcze od tego powietrza są wolni, mogli za pomocą a łaską boską takowego zarażenia ująć, potrzeba jest zamknięcia domów i miasta

– pisał znany kronikarz Jan Długosz (1415–1480).

Zamknięcie miast było właściwie niemożliwe, więc główną zasadą była **izolacja chorych i ich domów**. W czasie epidemii dzumy domy, w których znajdował się ktoś zakażony, były oznaczane poprzez namalowanie białego krzyża. Mieszkańcy tak oznakowanych domów podlegali kwarantannie, znanej od XI wieku i nie mogli się kontaktować z innymi, by zapobiec rozprzestrzenianiu się choroby. Ciała zmarłych wraz z ubraniami i innymi rzeczami były palone. W takim postępowaniu dostrzegano najskuteczniejszą metodę zahamowania rozprzestrzeniania się epidemii.

W Wenecji władze miasta nakazały wywozić wszystkich chorych oraz osoby z podejrzeniem choroby na **wyspy Lazzaretto Vecchio i Lazzaretto Nuovo**, gdzie stworzono odosobnione szpitale. Od nazwy tych wysp (oraz postaci św. Łazarza) pochodzi termin „lazaret” oznaczający miejsce dla osób zakażnie chorych.

W Polsce następowało np. przeorganizowanie życia społeczno-gospodarczego. Gdy do miasta zbliżała się epidemia, to **elita (bogaci mieszczaństwo, rajcy i wyższe duchowieństwo) opuszczała miasto i przenosiła się do swoich posiadłości na wsi, gdzie była względnie odizolowana od świata**⁶.

Poza mniej zamożnymi mieszkańcami, w mieście – decyzją władz, z racji wykonywanego zawodu, ale też własnego poczucia misji – **pozostawali strażnicy porządku i bezpieczeństwa oraz księża, lekarze, cyrulicy (chirurdzy) i... grabarze**.

⁶ B. Makowski, wywiad z dr Piotrem Guzowskim. „Czarna śmierć”. Stosowaliśmy zasadę #zostańw domu już w średniowieczu. Dlaczego Polska ucierpiała mniej od innych państw Europy?, <https://polskieradio24.pl/39/156/Artykul/2484891,Czarna-smierc-Stosowalismy-zasade-zostanwdomu-juz-w-sredniowieczu-Dlaczego-Polska-ucierpiala-mniej-od-innych-panstw-Europy> [dostęp: 14.04.2020].

Ubiór średniowiecznych lekarzy w czasie epidemii dżumy – odniesienie do współczesności

Symbolem epidemii dżumy stał się ubiór ochronny noszony w XVI–XVIII w. przez lekarzy, dość przerażający: **długi płaszcz z ciężkiego materiału pokrytego woskiem, a na twarzy charakterystyczna maska z długim dziobem** wypełnionym sianem i mieszankami wonnych ziół, mających pełnić rolę filtra – powstrzymywać „zgniłe powietrze” i je odkażać.

Na starych rycinach lekarze w tym ubiorze wyglądają dziwnie, jednak świadczą o prawidłowym myśleniu, które jest wykorzystywane do tej pory – także w czasie pandemii COVID-19. Równie dziwnie wyglądają współcześni pracownicy służby zdrowia pracujący w bezpośrednim kontakcie z zakażonymi SARS-CoV-2 w kombinezonach, maskach i przyłbicach. Pomimo wielkiego postępu technicznego ubiór ten jest niewygodny, utrudnia regulację ciepłoty i perspiracji ciała, a także znacznie ogranicza możliwość poruszania się, o wykonywaniu precyzyjnych czynności medycznych nie wspominając.

Dodatkowo lekarze, aby ograniczać kontakt z chorymi, posiadali **drewniane łaski – dotykali nimi chorego i stawiali diagnozę.**

Leczenie – upuszczanie krwi, zapobieganie, „ocet siedmiu złodziei”, driakiew i czosnek, poradniki zdrowotne

Przed wszystkim – zgodnie z ówczesnymi zaleceniami, przekonaniem – należało upuścić krew. Wierzono bowiem, że zaraza powstaje z gęstej mgły, duchoty, „jadowitej pary”, a owa para dostawszy się z wdychanym powietrzem do krwi „zapala ją i zaraża”.

Prócz ubioru, chroniono się przed dżumą także specjalnymi antidotami: najcenniejszym z nich była driakiew, ale stosowano też „ocet siedmiu złodziei” (ocet winny, w którym przez 12 dni moczono bylicę, piołun, rutę zwyczajną, rozmaryn lekarski, szalwią lekarską i inne zioła zawierające olejki eteryczne, o silnych właściwościach bakteriobójczych) i „driakiew ubogich” – czosnek pospolity.

Autorzy ówczesnych „poradników zdrowotnych” radzili czytelnikom, aby w przypadku zarazy zachowali spokój i pogodę ducha i nie zrezygnowali z pracy. Doradzano też cieszyć zmysły i umysł oglądaniem pięknych obrazów, śpiewem i muzyką, lekturą i pisanem, polecano gry w kości, warcaby i szachy oraz... grę w piłkę i poranne spacery. Tańce uznawano za niebezpieczne, albowiem groziły zarażeniem się od partnerów. Puczano, aby bieliznę i ubranie nosić czyste, najlepiej uszyte z lnu i jedwabiu, ponieważ zaraza łatwo ima się futer i wełny, po czym długo się na nich zatrzymuje.

Początek historii brudu

W poprzednich wiekach znane były i przestrzegane zasady higieny osobistej, ale też środowiska. Od czasu średniowiecza zapanowała na świecie „epidemia brudu”, która trwała przez wieki. A wszystko z powodu nierozumienia przyczyn rozprzestrzeniania się zarazy. Pisze o tym zajmująco, podając fakty, ale też lekko, anegdotycznie Katherine Ashenburg w książce *Historia brudu*.

W 1348 r. król Francji Filip VI polecił swoim lekarzom z Uniwersytetu Paryskiego zbadać zarazę i znaleźć jej przyczynę. Medycy uznali, że przyczyną choroby były... gorące kąpiele. Gorąca woda miała według nich rozpułchnąć i osłabiać ciało. W skórze pod wpływem ciepłej wody, otwierały się pory przez które wnikała do organizmu zaraza znajdująca się w powietrzu. Należało więc żyć w brudzie i przestać się myć, aby uniknąć zarażenia dżumą!⁷

Anarchia wśród mieszkańców i poszukiwanie winnych

Ogrom zarazy po próbach chronienia się ostatecznie wywoływał w miastach anarchię – mieszkańcy porzucali normy społeczne i przestawali przestrzegać prawa.

Najbardziej śmiertelna i niszczycielska epidemia dżumy („czarnej śmierci”) w Europie w latach 1347–1351, która w niektórych rejonach doprowadziła do śmierci aż 60–80% populacji, wywołała typowe dla ludzi będących w stanie zagrożenia poszukiwanie i karanie winnych. Tego typu reakcje charakterystyczne są także dla naszych czasów.

Stosowano **masową przemoc, jak np. zabójstwa Katalończyków na Sycylii oraz kleryków i żebraków w Narbonne i innych regionach oraz pogromy Żydów (zamykanie w synagogach lub na wyspach rzecznych i palenie mężczyzn, kobiet i dzieci).**

Żydzi byli oskarżani o wywoływanie zarazy, gdyż rzadko chorowali na dżumę. Jak tłumaczą badacze – związane to było najprawdopodobniej z ich ściśle przestrzeganymi zaleceniami religijnymi, które nakazywały mycie rąk przed każdym dotykaniem chleba. Te przerażające opisy ukształtowały pamięć o społeczno-psychologicznych konsekwencjach średniowiecznej zarazy. Na szczęście kolejne epidemie dżumy w późnej średniowiecznej i renesansowej Europie nie wywoływały już tak wielkich fal nienawiści wobec Żydów lub jakichkolwiek innych mniejszości⁸.

⁷ K. Ashenburg, *Historia brudu*, http://cyfrotka.pl/ebooki/Historia_brudu-ebook/p02033105i020 [dostęp: 17.05.2020].

⁸ S.K. Cohn, *Pandemics: waves of disease, waves of hate from the Plague of Athens to AIDS*, „Hist. J.” 2012, 85(230), s. 535–555, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4422154/> [dostęp: 12.04.2020].

Chociaż tendencje do obwiniania INNYCH pozostały w różnych społeczeństwach przez wieki. Tak więc epidemie zmieniały nie tylko życie, ale i myślenie ludzi.

„Na zdrowie!” – pochodzenie zwrotu; ślady zarazy w kulturze

„Na zdrowie!” to nie tylko polskie, ale wymawiane prawie we wszystkich językach świata życzenie, zaklęcie. Swe pochodzenie zawdzięcza prawdopodobnie dżumie. Kiedyś sądzono bowiem, że jednym z jej pierwszych objawów jest właśnie kichanie. Jednym zaś ze środków odstrasżających tę chorobę miało być wypowiedzenie tego życzenia, zaklęcia. W każdym razie tak międzynarodową karierę zwrotu „na zdrowie” tłumaczą Jacques de Ruffié i Jean-Charles Sournia⁹.

Ślady w kulturze

Ślady dawnych wielkich epidemii można znaleźć nie tylko w wielu kronikach, ale też dziełach artystów – malarzy i pisarzy. Można tu wymienić powieści pisane już współcześnie i dobrze znane, ale najważniejszy jest opis XIV-wiecznej epidemii dżumy, który stanowi tło akcji jednego z największych osiągnięć literatury – *Dekameronu* Giovanniego Boccaccia. Dzieło powstało prawdopodobnie w latach 1350–1353 i właściwie jest relacją naocznego świadka. W prologu autor tak pisze:

W roku od narodzenia Pana naszego, Jezusa Chrystusa, tysiąc trzysta czterdziestym ósmym, w sławnym mieście Florencji, klejnot miast włoskich stanowiącym, wybuchła zaraza morowa, sprowadzona wpływem ciał niebieskich albo też słusznie przez Boga zesłana dla ukarania grzechów naszych¹⁰.

W licznych współczesnych powieściach epidemie stały się kanwą wydarzeń. Trudno je wszystkie wymienić, choć najbardziej charakterystyczna jest *Dżuma* Alberta Camusa (1913–1960).

Ślady epidemii pozostały także w dziełach malarzy – na rycinach przedstawiano nie tylko ubiór średniowiecznego lekarza czasu zarazy, ale też na dawnych obrazach można oglądać przerażające sceny licznych zgonów w miejscach publicznych.

⁹ J. de Ruffié, J.-C. Sournia, *Les épidémies dans l'histoire de l'homme: Essai d'anthropologie médicale*, Nouvelle Bibliothèque Scientifique Flammarion, Paris 1993.

¹⁰ G. Boccaccio, *Dekameron. Prolog*, tłum. E. Boyé, <https://wolnelektury.pl/katalog/lektura/dekameron-prolog.html> [dostęp: 17.05.2020].

Obrazy „tańca śmierci – *danse macabre*”. Od średniowiecza do baroku Przejmująca jest wymowa artystyczna obrazów ukazujących alegoryczny taniec śmierci (fr. *danse macabre*). Ten temat, który pojawił się i rozwijał od kultury późnego średniowiecza (XIV i XV wiek) i był podejmowany w okresie baroku, uzmysławia, jak w okresach powtarzających się epidemii ludzie byli bardzo blisko masowych śmierci, próbowali „oswajać” problem umierania, prawdopodobnie licząc na lepsze życie w niebie. W takim myśleniu odgrywał znaczącą rolę Kościół. Cennym przykładem krakowskiego malarstwa barokowego o tej tematyce i kultury staropolskiej jest obraz nieznanego malarza z końca XVII wieku, znajdujący się w kaplicy Świętej Anny kościoła Bernardynów na Stradomiu w Krakowie.

Cholera

Cholera jest ostrą chorobą biegunkową wywoływaną przez bakterie, tzw. przecinkowce cholery (*Vibrio cholerae*). Obok dżumy została zaliczona na największych zabójców ludzkości.

Epidemie cholery w XIX wieku były przyczyną śmierci około 40 milionów mieszkańców Indii i 100 tysięcy w Europie i Ameryce Północnej¹¹.

Choroba występuje nadal w wielu krajach, a jej śmiertelność wynosi 1–2%.

Zachorowania aktualne i szczepienia

Obecnie najwięcej zachorowań na cholere zgłasza się w Afryce oraz Ameryce Południowej i Środkowej. W 2001 r. WHO zanotowało na świecie 184 311 przypadków cholery i 2 728 zgonów z jej powodu. Jednak roczna liczba zachorowań na cholere jest szacowana na blisko 3 miliony, z czego umiera około 90 tysięcy ludzi.

Szczepionka przeciw cholere jest zalecana do stosowania dla dzieci powyżej 2 lat i dorosłych, którzy planują podróż lub dłuższy pobyt w kraju występowania cholery, oraz dla personelu służby zdrowia, służb ratunkowych i innych delegowanych w zagrożone tereny.

Skuteczność szczepionki przeciw cholere oceniana jest na 85–90% w pierwszych 6 miesiącach po szczepieniu i 60% w okresie 3 lat po szczepieniu. W związku z tym, że szczepionki przeciw cholere są od niedawna stosowane na masową skalę, ich rola w zwalczaniu epidemii w krajach endemicznych dopiero jest

¹¹ A. Budo, *Zarazy, które dziesiątkowały ludzkość*, <https://www.national-geographic.pl/aktualnosci/zarazy-ktore-dziesiatkowaly-ludzkość> [dostęp: 25.04.2020].

badana. W związku z niepełnym zabezpieczeniem przed zachorowaniem, osoby zaszczone powinny bezwzględnie przestrzegać zasad higieny i spożywać tylko wodę i pokarmy z bezpiecznego źródła¹².

Tyfus plamisty

UWAGA! Tyfus plamisty to nie dur brzuszny też czasem zwany tyfusem. Choroby te różnią się bakteryjnym czynnikiem etiologicznym: tyfus plamisty wywołany jest przez *Rickettsia prowazeki* przenoszone przez wszy ubraniowe (*Pediculus humanus*), a dur brzuszny przez *Salmonella typhi*.

Rezerwuarem riketsji i źródłem zakażenia jest chory człowiek.

Historia, zachorowania aktualne

Tyfus plamisty wg historyków był bezpośrednią przyczyną odwrotu Napoleona z Rosji (1812 r.) – zmarło wówczas z powodu tej choroby ponad 400 tys. żołnierzy. W XX wieku tyfus spowodował śmierć kilku milionów mieszkańców Europy – tylko podczas I wojny światowej – 3 miliony; często też pojawiały się zachorowania w więzieniach. Do największych epidemii dochodziło przede wszystkim podczas wojen i klęsk żywiołowych.

Jeszcze w XX wieku na tyfus plamisty umierało ok. 10% zarażonych. Epidemie wybuchały z reguły jesienią i ustawały latem. Aktualnie choroba występuje w niektórych rejonach świata, zwykle tam, gdzie klimat jest chłodniejszy (np. w górach) i jest ściśle związana z niskim standardem higienicznym – w centralnej i wschodniej Afryce, Azji i Ameryce Południowej. W ostatnich latach większość epidemii choroby miała miejsce w Etiopii, Burundi i Rwandzie¹³.

Szczepionka – historia uwieczniona w literaturze, na zdjęciach i filmach

Szczepionkę przeciwko tyfusowi plamistemu wynalazł, po latach prac doświadczalnych, w 1921 r. **Rudolf Stefan Jan Weigl** (1883–1957), polski biolog, profesor Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie¹⁴. Szczepionkę przygotowywał z jelit

¹² Szczepionka przeciw cholerze, <https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/cholera/> [dostęp: 25.04.2020].

¹³ K. Korzeniewski, *Dur epidemiczny. Medycyna podróży*, <https://medycynatropikalna.pl/choroba/dur-epidemiczny> [dostęp: 18.07.2020].

¹⁴ Prof. Rudolf Stefan Weigl (1883–1957), <https://szczepienia.pzh.gov.pl/tytani-polskiej-wakcynologii/prof-rudolf-weigl/> [dostęp: 25.04.2020].

zakażonych wszy odzieżowch, a jej stosowanie rozpoczęto w Polsce w 1934 r. W okresie II wojny światowej gwałtowny wybuch epidemii tyfusu plamistego – zwanego też durem wysypkowym – i jej rozmiary sprawiły, że okupanci (zarówno niemieccy, jak i sowieccy) nie zamknęli placówki profesora Weigla, której pozostał kierownikiem. Wykazywał się bohaterstwem graniczącym z brawurą, gdyż zatrudniał ludzi z różnych grup społecznych, różnego pochodzenia, ratując ich przed niechybną śmiercią. Słynne są dzieje tzw. karmicieli wszy. Szczepionkę oficjalnie wytwarzano wyłącznie na potrzeby Niemców, ale nielegalnie otrzymywali ją również Polacy. Potajemnie była produkowana w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie i dostarczana partyzantom AK oraz więźniom w obozach koncentracyjnych i w gettach. Uratowała życie niezliczonej rzeszy ludzi!¹⁵

Dur brzuszny (też czasem zwany tyfusem)

Dur brzuszny jest ostrą chorobą zakaźną wywoływaną przez bakterie – pałeczki duru brzusznego (*Salmonella typhi*). Jest to typowa choroba brudnych rąk.

Epidemiologia (Polska i świat), szczepienia

W Polsce choroba ta w okresie międzywojennym, w czasie wojny oraz po II wojnie światowej stanowiła problem, który później został znacznie ograniczony dzięki powszechnej kanalizacji oraz dostępowi do czystej wody. Obecnie w Polsce rejestruje się pojedyncze zachorowania.

Na świecie rocznie rejestruje się 16–33 milionów zachorowań oraz 500 000 zgonów. Najwięcej zachorowań odnotowuje się w rejonach Azji Południowej i Wschodniej, Afryce oraz Ameryce Środkowej i Południowej.

Szczepienia przeciw durowi brzuszemu są zalecane: pracownikom służb komunalnych, osobom wyjeżdżającym do krajów, gdzie dur brzuszny występuje endemicznie i w razie wystąpienia klęsk żywiołowych, kiedy występuje utrudniony dostęp do czystej wody¹⁶.

¹⁵ J. Gardynik, *Rola Instytutu Tyfusowego profesora Rudolfa Weigla w osłonie ludności i konspiracji polskiej w okupowanym Lwowie*, <http://www.lwow.home.pl/semper/tyfus1.html> [dostęp: 25.04.2020].

¹⁶ Szczepionka przeciw durowi brzuszemu, <https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/dur-brzuszy/> [dostęp: 25.04.2020].

Jerzy T. Marcinkowski
Zofia Konopielko

Epidemie wirusowe w przeszłości – współczesne zagrożenia

Wirusy (łac. *virus*, trucizna, jad), którymi zajmuje się nauka wirusologia – to nie komórki, ale cząstki zakaźne, niezdolne do namnażania poza organizmem gospodarza. Najprostsze z nich są zbudowane z kwasu nukleinowego (RNA lub DNA), który stanowi genom, oraz otaczającego go zwykle płaszczka białkowego, zwanego kapsydem. Tylko niektóre z nich zawierają własne enzymy, które jednak nie pozwalają na samodzielne powielanie czy wykorzystanie informacji zawartych we własnym genomie.

Epidemie związane z działalnością człowieka

Epidemie chorób zakaźnych często były związane z działalnością człowieka i pojawiły się zapewne wraz z rozwojem rolnictwa, ale też miast i szlaków handlowych. Od wieków, z coraz większym nasileniem, karczują się lasy, w których mieszkają drapieżniki polujące też na myszy będące nosicielami wielu wirusów. Na tym miejscu uprawia się rośliny (najczęściej są to monokultury zajmujące coraz większe obszary), gromadzi się żywność, co wabi gryzonie roznoszące różne choroby. Zwykle obok znajdują się hodowle zwierząt; wielokrotnie nieszkodliwe dla zwierząt wirusy zaczynają krążyć, a wydaliny, krew i wydychane powietrze zarażają ludzi. Między innymi w wyniku takiej bliskości wirus, który wywoływał u zwierząt tzw. księgosusz, zmutował i jako wirus odry zaatakował człowieka. W obecnej pandemii wirus SARS-CoV-2 (COVID-19) jest bardzo podobny do SARS, który spowodował epidemię w latach 2002–2003. Pochodzi z Guangdong – tej samej chińskiej prowincji, w której praktycznie co roku pojawiają się nowe wirusy grypy. W prymitywnych

gospodarstwach tamtego rejonu Azji świnie, domowe ptactwo i ludzie „wymieniają się” wirusami. Powstają zarazki-hybrydy nierozpoznawane przez układ immunologiczny człowieka. Gospodarstwa tamtejsze znajdują się zaledwie kilka kilometrów od Guangzhou, wielkiego miasta. Tam, ale i na wiele podobnych, w innych krajach regionu – ogromnych miejscowych, tzw. mokrych-targów są masowo przywożone zwierzęta z wiejskich terenów, także dzikie, które przez długi czas przebywają słoczone w niewyobrażalnie prymitywnych warunkach i ostatecznie są na miejscu zabijane i oprawiane. Ponadto przybywają tam tłumy ludzi, także niemiejsowych, którzy następnie odbywają podróże po całym świecie.

Pisał o tym Jared M. Diamond (ur. 1937), amerykański biolog ewolucyjny, fizjolog, biogeograf, pisarz – profesor geografii i fizjologii na Uniwersytecie Kalifornijskim w Los Angeles. Warto przeczytać jego niezwykłą książkę, zatytułowaną *Strzelby, zarazki, maszyny* (wydana w 1997 r. zdobyła nagrodę Pulitzera)¹. Diamond zauważył: „o ile rozwój rolnictwa okazał się dla zarazków dobrodziejstwem, o tyle powstanie miast – stworzyło im prawdziwy raj...”. Można to ująć w ten sposób, że w pojawianiu się każdej epidemii pomagał człowiek, który od lat stwarzał wirusom doskonałe warunki. Czasami powodem były też zmiany pogody. Tak było w maju 1993 r., kiedy młodzi, sprawni fizycznie mężczyźni zaczęli umierać na dziwną, przypominającą SARS, chorobę – mieli duszności i ostrą niewydolność oddechową. Po kilku tygodniach udało się zidentyfikować przyczynę. Był to nieznan wcześniej **hantowirus** (ta choroba i następne tu wspomniane – zostały wymienione w wykazie zamieszczonym poniżej). Okazało się, że jednak ta choroba była już znana, nosicielami były myszy amerykańskie i tylko czasem umierał na nią pojedynczy człowiek. Myszy nie było dużo, więc i zagrożenie tą chorobą niewielkie. Taka sytuacja trwała do lat 1992–1993, kiedy wystąpiły globalne zmiany klimatyczne, które zmieniły rytm okresowego ocieplania wód oceanu i kierunku wiatru. Efektem była niezwykle ciepła zima, po której spadły ulewne deszcze, co stworzyło idealne warunki do wzrostu roślin. Myszy, które nagle otrzymały dużo jedzenia, zaczęły się gwałtownie rozmnażać – w ciągu roku ich liczba wzrosła dziesięciokrotnie. Wtedy to wirus przeniósł się, czyli – jak powszechnie mawiają wirusolodzy – „przeskoczył” na człowieka. Szczęśliwie nie posiadał zdolności przenoszenia się z człowieka na człowieka i epidemię szybko opanowano. Jednak w większości epidemii pogoda nie miała tak wielkiego znaczenia jak działalność człowieka.

Taka sytuacja miała miejsce w epidemii spowodowanej **wirusem Machupo** (MACV) z rodziny *Arenaviridae*. Bezobjawowymi nosicielami tego wirusa były gry-

¹ J. Diamond, *Strzelby, zarazki, maszyny. Losy ludzkich społeczeństw*, przekł. M. Konarzewski, Prószyński i S-ka, Warszawa 2000.

zanie żywiące się kukurydzą. Przy zachowanym ekosystemie, sytuacja nie była groźna dla ludzi. W latach 50. XX wieku człowiek wpadł na pomysł, by uprawiać kukurydzę na skalę przemysłową, niszczył lasy, zorał teren i zasiał tam tę roślinę. Gryzoń, mając w bród jedzenia, zaczął się gwałtownie rozmnażać, wydalając z moczem wirusy, a rolnicy wdychali rozpyloną wydalinę myszy w czasie pracy ze zbiorami i dotykali zanieczyszczonych nią przedmiotów, przenosząc chorobę na siebie. Zapanowała tzw. gorączka boliwijska krwotoczna (*Bolivian Hemorrhagic Fever*, BHF)².

Podobnie wydarzyło się w latach 80. XX wieku w stanie Potuguesa, w Wenezueli. Wykarczowano miliony akrów lasu pod pola uprawne. Farmy przyciągnęły szczury i myszy, które były zwykle bezobjawowymi nosicielami **wirusa zwanego Guanarito**. Jest to RNA, wirus zaliczany do arenawirusów, który stał się czynnikiem etiologicznym wenezuelskiej gorączki krwotocznej. Zakażeni masowo ludzie wysoko gorączkowali; mieli krwawienia z nosa, przewodu pokarmowego, dróg rodnych, dziąseł oraz bardzo nasilone bóle głowy i stawów. W 1989 r. zidentyfikowano wirusa, ale zachorowało 100 osób, z czego 1/3 zmarła. Potem umierał co czwarty zakażony. Wirus jest stale obecny w przyrodzie.

Innym przykładem wpływu działalności człowieka jest wystąpienie epidemii związanej z wirusem Nipah. W 1998 r., w Malezji, wykarczowano lasy, aby zwiększyć powierzchnię gospodarstw. Na miejscu drzew postawiono chlewnie. Okoliczne nietoperze, do tej pory żyjące w lasach, podlegające prawom natury, zaczęły się gnieździć w budynkach. Były nosicielami wielu wirusów, a ich odchody, pełne zarazków, spadały do poidel świń. Jeden z nich, tenże **wirus Nipah**, należący do rodziny *Paramyxoviridae*, czyli tej samej, do której należą wirusy odry, świnki lub paragrypy³, okazał się wyjątkowo groźny dla świń. Najbardziej charakterystyczny był ich **kaszel zwany milowym**, bo było go słycać na milę. Wirus szybko się przeniósł na hodowców. Wywoływał u ludzi ostre zapalenie mózgu; zmarło 40% zakażonych. Epidemii udało się zahamować, gdy władze zamknęły 8 farm i uśmiercono miliony świń. Na szczęście ten wirus nie przenosił się z człowieka na człowieka.

Podobna sytuacja zdarzyła się z **wirusem HIV**. Prawie kilkadziesiąt lat temu „przeskoczył” on z szympanśów na ludzi. Zarazili się nim drogą krwi myśliwi zabijający i oprawiający te zwierzęta. Potem był przenoszony pomiędzy ludźmi nie tylko drogą transfuzji zakażonej krwi, ale głównie płciową. W latach 70. XX wieku w Afryce wybuchła epidemia AIDS. Nastąpiło to wraz z rozwojem miast (np. Kin-

² A. Zieliński, M. Rosińska, W. Gut, *Gorączki krwotoczne – epidemiologia i klinika*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, 57, s. 4.

³ O. Escaffre, V. Borisevich, B. Rockx, *Pathogenesis of Hendra and Nipah virus infection in humans*, „Journal of Infection in Developing Countries” 2013, 7(4), s. 308–311.

szasa, Abidżan), które otwierały się na świat – budowano drogi, rozwijała się komunikacja samolotowa. Dużą rolę odegrali też kierowcy ciężarówek. W latach 80. XX wieku wirus rozprzestrzenił się na wszystkie kontynenty⁴.

Poliomyelitis – trwałe porażenia mięśni
przyczyną niepełnosprawności ruchowej od dzieciństwa

Poliomyelitis (synonimy: nagminne porażenie dziecięce, zapalenie rogów przednich rdzenia kręgowego, choroba Heinego-Medina) znano od czasów starożytnych. Świadczy o tym staroegipski nagrobek z 1400 r. p.n.e., na którym przedstawiono mężczyznę z typowymi dla tej choroby zanikami mięśniowymi w obrębie kończyny dolnej. Pierwszy opis kliniczny pozostawił Anglik Michael Underwood w 1793 r., a szczegółowy obraz choroby – Niemiec Jacob von Heine w 1840 r.⁵

Tabela 1. Rys historyczny *poliomyelitis*

Okres w dziejach	Opis
1350–1580 p.n.e.	Egipskie stele opisują kapłanów z „uwiędniałą” nogą, opierających się na laskach, sugerując, że <i>poliomyelitis</i> występuje endemicznie od tysięcy lat. Jest możliwy opis polio w Biblii (por. <i>Ewangelia wg św. Mateusza</i>).
1789	Dr Michael Underwood, brytyjski lekarz podejmuje się pierwszego klinicznego opisu tej choroby zatytułowanego <i>Niemoc kończyn dolnych</i> .
1840	Niemiecki ortopeda Jacob von Heine publikuje obszerną monografię na temat tego schorzenia, jednak jeszcze nie uwzględnia związku pomiędzy objawami a zmianami, jakie występują w rdzeniu kręgowym.
1860	Ukazuje się drugie wydanie publikacji Jacoba von Heine, w której opisane zostały zmiany zachodzące w rdzeniu kręgowym. Autor wprowadza nazwę <i>poliomyelitis</i> .
1890	Szwedzki pediatra Oskar Karl Medin jako pierwszy wskazuje na zakaźny i epidemiczny charakter tej choroby.
1894	Pierwszy znaczący wybuch epidemii dziecięcego paraliżu, później utożsamiony jako <i>poliomyelitis</i> , zostaje zarejestrowany w USA.

⁴ D. Romanowska, *Jak zarazki zdobywają świat. Sami jesteśmy sobie winni*, „Newsweek”, <https://www.newsweek.pl/wiedza/nauka/epidemie-chorob-zakaznych-jak-zarazki-zdobywaja-swiat/q11tmtb> [dostęp: 10.04.2020].

⁵ Ł. Kuryk, M. Wiczorek, B. Litwińska, *Polio – zagadkowy wirus*, „Postępy Mikrobiologii” 2013, 52(2), s. 143–152, <http://www.pm.microbiology.pl/web/archiwum/vol5222013143.pdf> [dostęp: 25.04.2020].

Tabela 1. – cd.

Okres w dziejach	Opis
1907	Szwedzki pediatra dr Ivar Wickman klasyfikuje różne kliniczne typy choroby Heinego-Medina.
1909	Odkrycie wirusa polio przez austriacko-amerykańskiego immunologa Karla Landsteinerja i niemieckiego patologa Erwina Poopera.
1948	Thomas Weller i Frederick Robbins z powodzeniem namnażają wirusa polio na żywych komórkach, co jest podstawą do opracowania szczepionki przeciwko <i>poliomyelitis</i> . 6 lat później otrzymują Nagrodę Nobla za tę pracę. Zostaje założone WHO.
1955	Dr Jonas Salk produkuje pierwszą szczepionkę przeciwko <i>poliomyelitis</i> z inaktywowanych wirusów – IPV.
1961	Dr Ablert Sabin opracowuje szczepionkę doustną.
1984	Ostatnie zachorowanie na <i>poliomyelitis</i> wywołane dzikim typem wirusa w Polsce.
1988	Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjmuje rezolucję o eradykacji <i>poliomyelitis</i> w świecie.
1994	Region amerykański zostaje uznany za wolny od wirusa polio.
2000	Region Zachodniego Pacyfiku zostaje uznany za wolny od wirusa polio.
2002	Region europejski (w tym Polska) uzyskuje certyfikację jako wolny od wirusa polio.

Źródło: NIZP-PZH. Rys historyczny, <https://www.pzh.gov.pl/strona-glowna/polio/polio-ogolne/polio-rys-historyczny/> [dostęp: 25.04.2020].

Epidemie na świecie i w Polsce – historia

Na przestrzeni wieków XVIII–XIX schorzenie występowało sporadycznie – miały miejsce tylko niewielkie ogniska epidemiczne w Niemczech, Szwecji, Norwegii, Francji, Austrii a pierwsze niewielkie epidemie wystąpiły w Szwecji w latach 1885 i 1887 – choroba była przenoszona do USA przez emigrantów.

W latach 1905–1907 zarejestrowano epidemie w Szwecji i Norwegii, a w latach 1911–1912 dużą epidemię (około 8000 zachorowań) w Szwecji. W 1909 r. wystąpiła duża epidemia w Niemczech. W USA do 1916 r. notowano jedynie zachorowania sporadyczne lub niewielkie epidemie. W 1916 r. wybuchła wielka epidemia obejmująca 27 363 zachorowania (zapadalność 29,7/100 000).

W latach międzywojennych utrwalił się epidemiczny charakter choroby. Występowała ona już w całej Europie, a poza Europą w Ameryce, Afryce (np. w Kongo), w Australii, Nowej Zelandii oraz w niektórych krajach Azji. Najwyższą zapadal-

ność notowano w Australii, a w Europie – w krajach skandynawskich (Szwecja, Dania, Norwegia). Wystąpiły ponadto epidemie: w Rumunii w 1928 r., na Węgrzech w 1931 r., w Niemczech w 1938 r. i na Łotwie w 1939 r.

Trzeci okres historii *poliomyelitis* rozpoczyna się od 1940 r. – jest to już pandemia. Szczególny wzrost zachorowań obserwowano w latach 1945–1954. Utrzymywał się on do czasu wynalezienia szczepionek i wdrożenia masowych szczepień. Od tego czasu obserwowano spadek zapadalności na *poliomyelitis*, zwłaszcza w tych krajach, gdzie zaszczepiono trzykrotnie szczepionką IPV 10% ludności lub więcej. Stopniowo dochodziło do wygasania tej choroby⁶.

W Polsce w latach 1951–1957 rejestrowano od 1700 do 3000 zachorowań na *poliomyelitis* rocznie. W czasie epidemii w 1958 r. odnotowano 6090 zachorowań oraz 348 zgonów. W latach 1959–1960 przeprowadzono masowe szczepienia przeciw *poliomyelitis* przy użyciu doustnej szczepionki OPV (dzięki zaangażowaniu prof. Hilarego Koprowskiego). Pod koniec lat 50. XX w. po wprowadzeniu szczepień obserwowano spadek zachorowań. W latach 1960 i 1961 odnotowano odpowiednio 275 oraz 96 zachorowań. Począwszy od 1963 r. rejestrowano kilkanaście zachorowań rocznie, a od końca lat 70. XX w. występowały one sporadycznie. W Polsce w 1984 r. miało miejsce ostatnie zachorowanie na *poliomyelitis* wywołane dzikim typem wirusów.

Ogólnoświatowy program eradykacji *poliomyelitis* i obecna sytuacja na świecie

Pierwszą kampanię szczepień ochronnych przeciwko *poliomyelitis* rozpoczęto w USA w 1955 r. Ale gdy jeszcze w 1988 r. na świecie zanotowano 350 tysięcy przypadków *poliomyelitis*, a choroba dotykała ponad 1000 dzieci dziennie na świecie, WHO, UNICEF oraz organizacje humanitarne rozpoczęły ogólnoświatowy program eradykacji *poliomyelitis*. Zintensyfikowano wówczas szczepienia ochronne, choć do 2010 r. 3 kraje ich nie wdrożyły⁷. W 1991 r. odnotowano ostatni przypadek wywołany dzikim wirusem polio w regionie Ameryki, a w 1998 r. w regionie europejskim.

Na świecie w latach 1988–2006 odnotowano spadek liczby zachorowań o 99% (z 350 000 przypadków do 37).

Na początku 2014 r. choroba występowała endemicznie w Nigerii, Afganistanie i Pakistanie, a pojedyncze przypadki stwierdzano w Etiopii, Kamerunie, Kenii,

⁶ W. Magdzik, *Choroba Heinego i Medina – porażenie dziecięce poliomyelitis – polio. Rozkwit i agonia choroby w dwudziestym wieku*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2002, 56.

⁷ WHO. *Resolution WHA41.28: global eradication of poliomyelitis by year 2000*, World Health Organization, Geneva 1988.

Somalii i Syrii. W 2015 r. WHO ogłosiło wyeliminowanie dzikiego szczepu polio typu 2 na całym świecie⁸.

W 2017 r. zachorowania na *poliomyelitis* notowano w 2 krajach: w Afganistanie (14) i Pakistanie (8). Transmisja dzikiego wirusa polio nigdy wcześniej w historii nie była na tak niskim poziomie. **W 2019 r.** WHO ogłosiło wyeliminowanie wirusa *poliomyelitis* typu 3. Jednak utrzymuje się w środowisku wirus 1 typu i nadal wzrasta liczba zakażeń nim wywołanych; w Afganistanie i Pakistanie – w 2018 r. zanotowano 33 zachorowania, ale w 2019 r. aż 143.

Do zakażenia może dochodzić wirusem używanym do wakcynacji jako doustna, żywa, atenuowana szczepionka OPV (w 2016 r. wycofana w Polsce z Programu Szczepień Ochronnych) i zmutowanym wirusem polio pochodzenia szczepionkowego (VDPV). W 2019 r. ww. zakażenia spowodowane stosowaniem szczepionki OPV, określane w terminologii angielskiej jako cVDPV (*circulating Vaccine-Derived Polio Virus*) raportowano w 12 krajach Afryki i w 5 krajach Azji. Łącznie w 2019 r. wykryto aż 302 zakażenia cVDPV, co stanowiło prawie 3-krotny wzrost w stosunku do 2018 r. (104 wykryte przypadki)⁹.

Obecnie doprowadzono do zmniejszenia zachorowalności o 99%. Jednak w dalszym ciągu obserwowane są nowe zachorowania, co opóźnia osiągnięcie stanu pełnej eradykacji choroby *poliomyelitis* na świecie¹⁰.

Szczepienia ochronne, zalecenia dla podróżujących

Epidemia *poliomyelitis*, atakująca głównie dzieci, stała się przyczyną niepełnosprawności ruchowej u ogromnej liczby ludzi. Wprowadzenie szczepień ochronnych stało się przełomem w walce z masowymi zachorowaniami na wiele chorób, w tym tej tragicznej w skutkach, jakim było *poliomyelitis*. Dotychczas – wg WHO – w 1980 r. uzyskano eradykację¹¹ ospy prawdziwej oraz choroby pasożytniczej zwanej drakunkulozą (1986)¹² w populacji człowieka i – wg FAO – księgosuszu u zwierząt w 2010 r. Jednak co pewien czas okazuje się, że patogen przetrwał

⁸ D.M. Oshinsky, *Polio. Historia pokonania choroby Heinego-Medina*, Prószyński Media, Warszawa 2015.

⁹ Medycyna podróży. Poliomyelitis, <https://medycynatropikalna.pl/choroba/poliomyelitis> [dostęp: 25.04.2020].

¹⁰ Szczepionka przeciw poliomyelitis, <https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/poliomyelitis/3/> [dostęp: 25.04.2020].

¹¹ Eradykacja choroby (z łac. *eradicatio*) – całkowite zwalczenie określonej choroby zakaźnej na całym świecie do stanu niewystępowania patogenu zarówno u człowieka, jak i w środowisku.

¹² WHO. *Resolution WHA39.21: elimination of dracunculiasis*, World Health Organization, Geneva 1986.

w środowisku człowieka lub u zwierząt. Pierwszą kampanię szczepień ochronnych przeciwko *poliomyelitis* rozpoczęto w USA w 1955 r.

Nadal na całym świecie prowadzi się szczepienia przeciw *poliomyelitis* wg planu kalendarza szczepień i intensywny nadzór wirusologiczny (badane w kierunku obecności wirusa *poliomyelitis* są próbki kału od wszystkich dzieci, u których występują porażenia mięśni).

WHO w związku z zawlekaniem wirusa polio poza granice państw, w których zakażenie zostało wykryte, w swoim komunikacie z 5 maja 2014 r. zajęła stanowisko w sprawie szczepienia przeciw *poliomyelitis*. Według WHO, wszyscy mieszkańcy oraz długoterminowi rezydenci (powyżej 4 tygodni pobytu) przebywający w krajach z potwierdzonymi przypadkami zachorowań na *poliomyelitis* i ci, którzy planują w okresie najbliższych 4 tygodni – 12 miesięcy podróż zagraniczną do któregośkolwiek z tych regionów, powinni zostać zaszczepieni przeciw ww. chorobie. Dopóki nie dojdzie do przerwania globalnego rozprzestrzeniania się dzikich szczepów wirusa polio, wszystkie wolne od choroby kraje i obszary uznaje się za zagrożone przywleczeniem WPV i ponownym wybuchem epidemii¹³.

W 2017 r. MZ zaleciło: Sprawdź, czy posiadasz aktualne szczepienia przeciwko *poliomyelitis*, jeśli podróżujesz do Afganistanu, Pakistanu, Nigerii, Demokratycznej Republiki Kongo lub Syrii¹⁴.

Jakość życia po przebyciu *poliomyelitis* i zespół post-polio
(*post-polio syndrome* – PPS)

Poliomyelitis – poza śmiertelnością – to obraz znajdujących się na ulicach młodych ludzi z trwałymi porażeniami mięśni, którego od czasu wprowadzenia szczepień ochronnych już się nie widuje¹⁵. Jednak jeszcze żyją osoby, które chorowały w latach epidemii i opowiadają o swoim dramatycznym życiu spowodowanym niepełnosprawnością, wielką liczbą (przekraczającą niekiedy 30) wykonywanych zabiegów ortopedycznych korekcyjnych i zabranym przez chorobę i szpitale dzieciństwie¹⁶.

¹³ K. Korzeniewski, *Poliomyelitis*, <https://medycynatropikalna.pl/choroba/poliomyelitis> [dostęp: 13.04.2020]; D.M. Oshinsky, *Polio. Historia pokonania...*, op. cit.

¹⁴ Sprawdź, czy posiadasz aktualne szczepienia przeciwko poliomyelitis, jeśli podróżujesz do Afganistanu, Pakistanu, Nigerii, Demokratycznej Republiki Kongo lub Syrii, <https://gis.gov.pl/zdrowie/informacja-dla-osob-podrozujacych-nt-poliomyelitis/> [dostęp: 13.04.2020].

¹⁵ NIZP-PZH. Polio. Kto chorował?, <https://www.pzh.gov.pl/strona-glowna/polio/polio-ogolne-polio-kto-chorowal/> [dostęp: 25.04.2020].

¹⁶ Janina Ochojska – życiorys, <https://wiadomosci.wp.pl/janina-ochojska-6361438303283329c> [dostęp: 25.04.2020].

W latach 80. XX w. wiele osób, które przeszły zakażenie *poliomyelitis* w latach 50. i 60. XX w., zaczęło odczuwać zmniejszenie sprawności ruchowej (osłabienie mięśni, niedowłady, przewlekłe zmęczenie i bóle mięśni oraz stawów). Ustalając jednoznacznie związek z przebyłą chorobą, wprowadzono pojęcie **zespół post-polio (*post-polio syndrome* – PPS)**.

Według szacunkowych obliczeń *March of Dimes (MoD) Birth Defects Foundation* obecnie na świecie żyje od 10 do 20 mln osób z PPS, w tym około miliona w Europie. Dokładna częstość występowania PPS nie jest znana, może on jednak dotknąć aż do 80% wszystkich osób po porażonym polio. To czyni ten zespół jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób neuronu ruchowego. Objawy PPS może odczuwać ok. 12 mln osób na świecie i 700 000 w Europie. W Polsce nie ma krajowego rejestru osób po polio i trudno ocenić długoterminowe następstwa choroby. Szacunkowe dane wskazują, że na porażenne polio zachorowało w Polsce około 25 000 osób. Liczba chorych cierpiących na PPS może być jednak większa, ponieważ objawy tego zespołu mogą wystąpić również u osób, które przeszły nieporażoną postać choroby. PPS został uznany przez Parlament Europejski za jednostkę chorobową¹³, dla której w 2010 r. wprowadzono odrębny kod G14 w *International Classification of Diseases (ICD-10)*. Niestety polska wersja klasyfikacji do tej pory nie doczekała się uzupełnienia w tym zakresie¹⁷.

Ospa prawdziwa, czyli „czarna ospa” – ryzyko użycia przez bioterrorystów

Obok epidemii wywołanych przez bakterie – takich jak dżuma i cholera – choroby wirusowe (ospa prawdziwa i grypa) należą do największych zabójców ludzkości¹⁸.

Obecnie wirusy ospy prawdziwej znajdują się w laboratoriach i są pilnie strzeżone. Ale zawsze istnieje ryzyko użycia jej jako broni biologicznej i wówczas istotnym zagrożeniem jest jej duża śmiertelność (do 80%), wysoka zakaźność, brak odporności obecnych społeczeństw, gdyż dawno zaprzestano szczepień, a także trudności wczesnego rozpoznania.

Największe epidemie w przeszłości i ogniska epidemiczne

Ospa prawdziwa (*variola vera*) zwana „czarną ospą” zdziesiątkowała w XVI wieku w Ameryce Północnej i Ameryce Południowej ponad 75% populacji rdzennych mieszkańców Ameryki – Azteków i 95% Inków. W XVII wieku zaatakowała Ame-

¹⁷ E. Matyja, *Polio jako choroba przewlekła – od poliomyelitis do zespołu post-polio*, „Neurologia po Dyplomie”, maj 2019, <https://podyplomie.pl/neurologia/33161.polio-jako-choroba-przewlekla-od-poliomyelitis-do-zespołu-post-polio> [dostęp 17.04.2021].

¹⁸ WHO. *Resolution WHA39.21: elimination of dracunculiasis*, op. cit.

rykę Północną, zbierając milionowe żniwo. Potem wystąpiło 6 kolejnych epidemii na tym terenie, w XVIII wieku w Europie zmarło blisko 60 milionów ludzi.

W 1963 r. pojawiło się ognisko epidemiczne w Polsce, we Wrocławiu – ospę prawdziwą przywłócił chory z Indii; zachorowało 99 osób, 7 zmarło, ale dzięki bardzo sprawnemu zamknięciu miasta – otoczenia go kordonem sanitarnym – chorobę udało się zlikwidować.

Potem pojawiały się kolejne ogniska epidemiczne na terenie Europy, np. do ówczesnej Jugosławii została przeniesiona z Bliskiego Wschodu¹⁹.

Wakcynacja Jennera początkiem historii szczepień – 1798 r. Obecne zalecenia

Jak podała PAP 2 sierpnia 2011 r.:

Mija 210 lat od kiedy w Polsce zaczęto prowadzić szczepienia. Polska była jednym z pierwszych krajów, gdzie w 1801 r. zastosowano „krowiankę”, szczepionkę przeciwko ospie prawdziwej, którą po raz pierwszy 5 lat wcześniej użył angielski lekarz Edward Jenner.

W Warszawie z tej okazji otwarto wystawę „200 lat szczepień ochronnych”. Podano m.in. że na ziemiach polskich już w XVII w. Vollgang z Wrocławia i Szulc z Torunia podejmowali pierwsze próby szczepienia czynnego przeciwko ospie prawdziwej metodą stosowaną od dawna w Chinach, wywołując łagodną postać choroby, która powodowała, że osoby te nie zachorowały w czasie masowych zakażeń. Metoda, która dotarła do Europy z Chin, polegała na zdrapywaniu strupów ze zmian skórnych chorych na ospę, które następnie suszono i po sproszkowaniu mieszano z ziołami. Substancję tę wcierano miejscowo na skórę zdrowym osobom. Jednak była to metoda niebezpieczna, gdyż – jak zaobserwowano – zanim osoby zaszczone przechorowały tę łagodną dla nich chorobę, zarażały rodzinę.

Lepszy okazał się sposób szczepienia, nazywany wakcynacją, opracowany przez Edwarda Jennera. Pierwszą taką próbę przeprowadził 14 maja 1796 r. Zauważył bowiem przedtem, że kobiety dojące krowy, przebywające z nimi długo w bliskim sąsiedztwie, nie chorowały na ospę, którą bywały zarażone krowy. Dojarki miały jedynie ropne wypryski na skórze. Pewnego więc dnia pobrał ropę z takiej zmiany na ramieniu dojarki i wprowadził ją w dwa nacięcia na ramieniu ośmioletniego chłopca Jamesa Phippsa. Chłopiec się rozchorował, ale obserwowano jedynie łagodny przebieg choroby, a gdy wyzdrowiał, po roku zauważono, że się uodpornił także na ospę prawdziwą.

¹⁹ A. Budo, *Zarazy, które dziesiątkowały ludzkość*, <https://www.national-geographic.pl/aktualnosci/zarazy-ktore-dziesiatkowaly-ludzkość> [dostęp: 25.04.2020].

Metoda Jennera, nazwana krowianką, zapoczątkowała nowoczesne szczepienia. Wykorzystali ją polscy specjaliści: Hiacynt Dziarkowski, Wojciech Jerzy Boduszyński oraz Franciszek Neuhauser w latach 1801–1802; w 1808 r. w Wilnie i Warszawie powstały pierwsze Instytuty Szczepień Ospy Krowiej. Trzy lata później Napoleon Bonaparte zarządził obowiązkowe szczepienia w polskich szkołach, a w 1815 r. wprowadzono obowiązkowe szczepieniu w wojsku²⁰.

W 1980 r. WHO ogłosiła, że ospa prawdziwa, będąca jedną z największych plag ludzkości, została wyeradykowana dzięki szczepionce opracowanej 200 lat wcześniej przez Jennera²¹.

Obecnie Główny Inspektor Sanitarny podaje ważne informacje i zalecenia na wypadek wystąpienia choroby:

W Polsce ostatnia epidemia choroby wystąpiła w 1963 r. Od 1980 r., zarówno Polsce, jak i na całym świecie, zaniechano szczepień przeciwko ospie prawdziwej. Tak więc cała populacja urodzona po 1980 r. nie była szczepiona przeciwko tej chorobie. **Obecne potencjalne zagrożenie nakazało władzom większości państw zgromadzić zapasy szczepionki i przygotować środki oraz procedury związane z ewentualnym rozpoczęciem akcji szczepień na wypadek bezpośredniego zagrożenia ospą prawdziwą.** Nigdzie jednak poza USA nie rozpoczęto akcji szczepień. Ewentualne rozpoczęcie jej będzie uwarunkowane sytuacją, np. wykryciem przypadków zachorowań. Będzie to skuteczne, ponieważ szczepionka zapobiega rozwojowi choroby, gdy podana jest w czasie do 72 godzin po kontakcie nieuodpornionej osoby z wirusem ospy prawdziwej. Ponieważ obecnie w kalendarzu szczepień nie uwzględnia się szczepionek przeciwko ospie prawdziwej (ze względu na eradykację), to ich wprowadzenie może nastąpić jedynie w drodze rozporządzenia ministra zdrowia, wydanego w porozumieniu z ministrem spraw wewnętrznych, na podstawie Ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach. W razie narastającego, lecz niebezpośredniego zagrożenia, zaszczepione będą grupy osób – począwszy od najbardziej zagrożonych: pracownicy laboratoriów wirusologicznych, personel oddziałów chorób zakaźnych, służby graniczne, strażacy, policjanci itd. W przypadku wystąpienia zachorowań na ospę prawdziwą szczepieniu zostaną poddane osoby chore (do 72 godzin od wystąpienia objawów) oraz osoby kontaktujące się z chorymi²².

²⁰ 210 lat szczepień w Polsce przeciwko ospie, http://nauka.pap.pl/palio/html.run? Instance=cms_nauka.pap.pl&_PageID=7&dep=275990&_CheckSum=-2081489404 [dostęp: 25.04.2020].

²¹ NIZP-PZH. Historia szczepień w pigułce, <https://szczepienia.pzh.gov.pl/ciekawostki/historia-szczepien-w-pigulce/> [dostęp: 12.04.2020].

²² W sprawie szczepień przeciwko ospie prawdziwej, <https://izba-lekarska.pl/numer/numer-200304/w-sprawie-szczepien-przeciwko-ospie-prawdziwej/> [dostęp: 25.04.2020].

Rodzaje wirusów grypy i ich zmienność antygenowa

Wirusy grypy należą do rodziny ortomyksowirusów i wywodzą się z 3 rodzajów – A, B (przyczyna ciężkich zakażeń i epidemii) i C (powoduje zakażenia o lżejszym przebiegu i nie wywołuje epidemii)²³.

Wirusy grypy A występują u zwierząt (świnie, konie, foki, norki, wieloryby oraz ptaki) i u ludzi. Uważa się, że rezerwuarem jest ptactwo wodne. W zależności od rodzaju białek tworzących otoczkę białkową – hemaglutynina HA lub H oraz neuraminidaza (NA lub N) – wyodrębnia się podtypy tego rodzaju wirusa. Do tej pory wyróżnia się 18 podtypów HA oraz 10 podtypów NA, co daje łącznie możliwość 180 kombinacji segmentów genowych i powoduje ogromną różnorodność wirusów typu A.

Wirus grypy typu B występuje tylko u człowieka i jak do tej pory wyodrębnił się po jednym podtypie HA i NA.

Wirus grypy C występuje u ludzi i u świń. Powoduje raczej lekkie infekcje (np. zapalenie spojówek) i nie jest przyczyną epidemii.

Duża zmienność genetyczna wirusa grypy, zdolność do podlegania „skokom antygenowym”, szczególnie rodzaju A, powoduje powstawanie co kilkadziesiąt lat bardzo groźnych szczepów wywołujących pandemię. Badacze przypuszczają, że głównym źródłem nowych szczepów wirusów są ptaki. Stale dokonujące się zmiany struktury otoczki białkowej powodują, że układ immunologiczny osób, które już chorowały i posiadają przeciwciała, nie potrafi rozpoznać nowego szczepu wirusa jako zagrożenia. Jednak istnieje możliwość uzyskania tzw. odporności częściowej obserwowanej np. po szczepieniach ochronnych. W czasie corocznej debaty ekspertów Flu Forum zorganizowanego przy współpracy z Parlamentarnym Zespołem ds. Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Profilaktyki prof. Lidia B. Brydak²⁴ – polska mikrobiolog i wirusolog, bezwzględny autorytet w zakresie problemów związanych z grypą, powiedziała: „Choć nikt nie wie, kiedy pojawi się pandemia grypy, osoby, które szczepią się co roku, mogą mieć na nią odporność krzyżową”²⁵.

²³ C. Paules, K. Subbarao, *Influenza*, „The Lancet” 2017, 390(10095), s. 697–708.

²⁴ Prof. dr hab. Lidia Bernadeta Brydak, <https://nauka-polska.pl/#/profile/scientist?id=69688&k=xpze7x> [dostęp: 9.07.2020].

²⁵ Eksperti: szczepienia najskuteczniejszą ochroną przeciw grypie, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C459684%2Ceksperti-szczepienia-najskuteczniejsza-ochrona-przeciw-grypie.html> [dostęp: 9.07.2020].

W listopadzie 2019 r. podano informacje na temat nowej szczepionki przeciwko grypie, która jest w fazie badawczej i będzie uniwersalna dla wszystkich mutacji antygenowych wirusa grypy, opracowanej na zasadzie pobudzenia odporności na poziomie komórkowym, a nie jak dotychczas poprzez przeciwciała²⁶.

Wobec pandemii COVID-19 pojawiają się przypuszczenia środowiska naukowców sugerujące możliwość złagodzenia objawów zakażenia koronawirusem poprzez szczepienia przeciwko grypie (jak również gruźlicy). Nie podajemy źródeł, gdyż jak na razie nie są to dane udowodnione.

Niezwykła opowieść dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia USA
– Jeremiego Browna

Dyrektor The National Institutes of Health²⁷ w USA Jeremy Brown bardzo barwnie, aczkolwiek doskonale pod względem naukowym, opisuje wirusa grypy oraz wyjaśnia różnicę między epidemią a pandemią²⁸.

Tak jak słowo „wirus”, używane znacznie wcześniej nim nabrało obecnego znaczenia, również słowo „influenza”, jak dawniej nazywano grypę, pojawiło się na długo przed jego obecnym rozumieniem. Nie wiadomo, czy określano nim tę samą chorobę, która dziś nosi tę nazwę, lecz znano je już w 1504 r. Pochodzi od włoskiego słowa oznaczającego „wpływ”, co świadczy o astrologicznej teorii pochodzenia choroby. Niegdyś uważano, że grypę powoduje niewłaściwy układ gwiazd i planet.

Aż do XX wieku nie wiedzieliśmy dokładnie, czym jest wirus, więc ludzie przez tysiąclecia zastanawiali się i snuli hipotezy na temat tej niewidzialnej siły.

Starożytny grecki historyk Tukidydes, autor historii wojny peloponeskiej pomiędzy Ateńczykami a Spartą, pisał o trwającej trzy lata zarazie, która nawiedziła Ateny w 430 roku p.n.e. Dziesiątki tysięcy uchodźców przybyło wówczas do miasta w poszukiwaniu schronienia i ochrony. Wkrótce doszło do przeludnienia, co stworzyło optymalne warunki do wybuchu choroby zakaźnej. Jako pierwsze objawy Tukidydes opisuje „powalającą gorączkę w głowie i zaczerwienienie oczu”, po czym pojawiały katar i chrypka, która „wkrótce opanowywała gardło, wywołując gwałtowny kaszel”. Gorączka była tak silna, że chorzy rzucali się do cystern z wodą, aby się ochłodzić i ugasić nieustanne pragnienie. Tukidydes dziwił się, jak długo ofiary utrzymują się przy życiu, większość jednak umierała w ciągu tygodnia. Epidemia zabiła jedną trzecią z 13 tysięcy żołnierzy stacjonujących w Atenach. Wreszcie, o dziwo, zimą 427 roku p.n.e., nastąpił jej nagły, długo oczekiwany odwrót.

²⁶ Szczepionka przeciw grypie, <https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/grypa/4/?print-version> [dostęp: 9.07.2020].

²⁷ The National Institutes of Health, <https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do> [dostęp: 12.04.2020].

²⁸ J. Brown, *Grypa. Sto lat walki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2019.

Choroba ta była przez długi czas przedmiotem historycznego śledztwa. Podejrzenie padało zwykle na dżumę i tyfus, choć jako możliwych winowajców wskazywano też wąglik, dur brzuszny i gruźlicę. Charakterystyczny był nagły wybuch choroby i krótki okres inkubacji. Ci, którzy zachorowali i wyzdrowieli – jak sam Tukidydes – nie chorowali powtórnie. Choroba nadchodziła falami i rozprzestrzeniała się wskutek przeludnienia. W latach osiemdziesiątych XX wieku badacze nazwali tę grupę objawów „zespołem Tukidydesa”. Zauważyli również, że były to objawy charakterystyczne dla pandemii grypy w połączeniu z wtórnym zakażeniem bakteryjnym. Zaraza miała wiele cech wspólnych z epidemią grypy w 1918 r., między innymi wtórne zakażenia, które spowodowały większość przypadków śmiertelnych. Jeżeli ta teoria jest słuszna, zespół Tukidydesa stanowi najwcześniejszy opis pandemii grypy. Ze względu na niewiarygodną wręcz liczbę ofiar śmiertelnych można powiedzieć, że była to najgroźniejsza epidemia tej choroby.

Sto lat po Tukidydesie grecki lekarz Hippokrates (412 r. p.n.e.)²⁹ opisywał coroczny wybuch choroby, która również bardzo przypominała grypę. Jej nadejście zbiegało się w czasie z pojawianiem się na niebie grupy gwiazd o nazwie Plejady lub Siedem Sióstr, widocznej na półkuli północnej w miesiącach jesiennych i zimowych. Wtedy to, jak pisał Hippokrates, [ciągle gorączki nękały ludność w wielkiej liczbie]. Chorzy mieli dreszcze i zlewne poty, czemu towarzyszył kaszel.

Potem, aż do późnego średniowiecza, nie pojawiały się doniesienia o epidemiach grypy, bo wówczas największą groźbę budziły siejące śmierć dżuma i „czarna ospa”. W porównaniu z tymi masowymi zabójcami grypa była ledwie zauważalna.

Po kilku wiekach, w listopadzie 1675 r., epidemia grypy wybuchła w moim rodzinnym Londynie. Liczba ofiar śmiertelnych w ciągu tygodnia wzrosła od 42 na początku miesiąca do 130 w połowie, zanim spadła do 7 przypadków w pierwszym tygodniu grudnia. Poza tym, że umierali ludzie, choroba miała inne nieprzyjemne strony. Wierni w kościele kasłali tak bardzo, że zagłuszali kazanie. Mieszkańcy Anglii Północnej żartobliwie nazywali grypę [wesolą tyradą], ponieważ ofiara choroby czyniła nieznośny hałas, przeszkadzając innym.

Słynny siedemnastowieczny angielski lekarz Thomas Sydenham wskazywał na związek choroby z ulewnymi deszczami, które wprowadzają do krwi [surowe i wodniste cząstki]. Za najlepsze kuracje uważano upust krwi i środki przeczyszczające.

[...] można powiedzieć, że na każde stulecie od XVII do XIX wieku przypada od trzech do pięciu pandemii grypy. Niektóre z nich dzieliło aż pięćdziesiąt lat, inne zaś pojawiały się w odstępach kilkuletnich. Między innymi dlatego grypa jest tak nieuchwytna: przewidywalna w krótkim okresie, z sezonu na sezon, lecz nieprzewidywalna w dłuższej perspektywie, w odniesieniu do pandemii i pandemii, na przykład wybuch pandemii grypy z 1730 r. powtórzył się już dwa lata później. Niemal dokładnie po upływie stulecia, w latach 1831 i 1833, doszło do kolejnego podwójnego uderzenia. Czasami jednak przerwa trwała nawet pół wieku [...].

Sięjący spustoszenie wybuch grypy zimą 1889 r. był nie tylko pierwszą pandemią tej choroby w epoce współczesnej, ale również pierwszą, która została dostatecznie szczegóło-

²⁹ WHO. *50 Years of Influenza Surveillance: Much Still to Do to Stop a Common Killer*, <http://web.archive.org/web/20131031072630/http://www.who.int/inf-pr-1999/en/pr99-11.html> [dostęp: 12.04.2020].

wo opisana i udokumentowana, by umożliwić ocenę jej zasięgu oraz nasilenia. Ta pierwsza od ponad czterdziestu lat pandemia grypy w Wielkiej Brytanii okazała się tak poważna, że doktor Henry Parsons zdawał z niej sprawozdanie w Parlamencie. Zdaniem Parsonsa, niewątpliwie mieliśmy do czynienia z pandemią: dotknęła ona całą Europę. Choroba objęła USA, gdzie pierwsze przypadki odnotowano w Nowym Jorku w grudniu 1889 r. W styczniu doszło do zgonów w Bostonie, w St. Louis i w Nowym Orleanie. W Bostonie zachorowało 40% mieszkańców. Ponad jedna czwarta robotników w tym mieście z powodu choroby nie mogła pracować.

Przeludnienie i zabójcze [nieczyste powietrze] miało potężne oddziaływanie.

Podczas pandemii ucierpeli bogacze i biedacy, ale jak można się spodziewać, grypa szerzyła się przede wszystkim wśród osób skupionych na niewielkiej powierzchni³⁰.

Pandemia grypy, tzw. „hiszpanki”, kolejne epidemie i stałe zagrożenie

W XX wieku najbardziej zjadliwa była tzw. „hiszpanka” (lata 1918–1919) wywołana przez szczep H1N1 (identyfikacja wirusa trwała 12 lat). W latach 1918–1919 zmarło z jej powodu od 50 do 100 milionów ludzi³¹, co stanowiło 3–5% populacji świata – ofiar grypy było więcej niż ofiar I wojny światowej.

Jeremy Brown, dyrektor The National Institutes of Health³² w USA, we wspomnianej powyżej książce, zastanawiając się nad tym, czy jesteśmy gotowi na następną epidemię, zajmując się opisem także odkrycie i wskrzeszenie wirusa pochodzącego z zamrożonych ciał ofiar epidemii w 1918 r. Omówił kontrowersje związane ze szczepionkami, lekami przeciwwirusowymi, takimi jak Tamiflu oraz skomentował rolę władz w przygotowaniach do wybuchu pandemii.

Późniejsze epidemie już nie miały tak dramatycznego przebiegu. W 1957 r. wystąpiła epidemia grypy azjatyckiej (szczep H2N2), w 1968 r. grypy Hong Kong (szczep H3N2), w latach 2009–2010 miała miejsce ostatnia pandemia wywołana przez szczep grypy H1N1.

Bezsprzeczny wpływ na przebieg schorzenia miało wprowadzenie szczepień ochronnych, coroczna modyfikacja szczepionki na podstawie genomu wirusa wywołującego zakażenie w roku poprzednim, ale też wytworzenie częściowej odporności po przebyciu zakażeń.

Co roku kilkadziesiąt milionów Amerykanów, co stanowi 10–20% populacji, zostaje zarażonych grypą. Z tego powodu średnio 114 tysięcy z nich wymaga hospitalizacji, a 36 tysięcy umiera. Główną przyczyną zgonów zwykle nie jest sama

³⁰ J. Brown, *Grypa. Sto lat walki*, op. cit.

³¹ N.P. Johnson, J. Mueller, *Updating the accounts: global mortality of the 1918–1920 „Spanish” influenza pandemic*, „Bull. Hist. Med.” 2002, 76(1), s. 105–15.

³² The National Institutes of Health, <https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do> [dostęp: 12.04.2020].

grypa, ale jej powikłania. Co roku z tego powodu umiera 2 mln ludzi na całym świecie, co dotyka najczęściej osoby w wieku powyżej 65 lat lub osłabione przez inne choroby, ale bywa też niebezpieczne dla niemowląt i małych dzieci. Spośród licznych powikłań grypy, także bakteryjnych, 25% przyczyn zgonów powoduje zapalenie płuc, szczególnie gronkowcowe. Grypa u kobiet w ciąży ma szczególnie ciężki przebieg, częściej występują powikłania, poronienia, a u noworodka stanowi ryzyko niskiej wagi urodzeniowej³³.

Wprawdzie zostały opracowane leki skuteczne w terapii grypy, ale najwłaściwsze jest zapobieganie poprzez szczepienia³⁴.

W Polsce podaje się dane dotyczące grypy w formie meldunków epidemiologicznych „Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę w Polsce”. Badania w grupie osób (najczęściej hospitalizowanych) kierowanych na badania RT-PCR potwierdziły u 40% ze zgłoszonych obecność wirusa grypy. Na tej podstawie rozpoznano grypę jako przyczynę zgonu u 108 osób zmarłych od września 2018 r. do marca 2019 r.³⁵

Choć od „hiszpanki” – apokalipsy z 1918 r. – upłynęło sto lat i medycyna może pochwalić się ogromnymi osiągnięciami, Jeremy Brown ostrzega, że wciąż nie ma odpowiedzi na najistotniejsze pytania dotyczące wirusa grypy – „Nie wiemy, kiedy i gdzie nastąpi kolejna pandemia, ale wiemy, że nadejdzie”.

Dwaj amerykańscy wirusolodzy David Morens i Jeffery Taubenberger (obaj z National Institute of Allergy and Infectious Diseases) na łamach „New England Journal of Medicine” podają, że taka pandemia, jak grypa hiszpanka w 1918 r. może wystąpić w każdym momencie. Była ona bowiem chorobą odzwierzęcą, której rezerwuarem jest nadal ptactwo wodne. Stale aktualizowane badania i dane epidemiologiczne potwierdzają, że groźne szczepy grypy wciąż krążą w przyrodzie. Całkowite ich wyeliminowanie nie jest możliwe, gdyż należałoby uśmiercić połowę zwierząt na świecie, które stanowią rezerwuari wirusów.

W opinii wirusologów każda kolejna pandemia nie będzie tak tragiczna jak w 1918 r., czego dowodem była pandemia grypy, zwanej świńską. Dotknęła ludzkość w latach 2009–2010, była wywołana wirusem A/H1N1 (jedno z jego białek w 99% przypominało wirusa hiszpanki). Zmarło wówczas 100–400 tys. osób. W tym

³³ S.A. Rasmussen, D.J. Jamieson, T.M. Uyeki, *Effects of influenza on pregnant women and infants*, „American Journal of Obstetrics and Gynecology” 2012, 207, suppl. 3, s. 3–8.

³⁴ L. Brydak, *Grypa i jej profilaktyka*, Termedia, Poznań 2004; T. Jefferson i in., *Vaccines for preventing influenza in healthy children*, „The Cochrane Database of Systematic Reviews” 2018, 2, art. nr CD004879; V. Demicheli i in., *Vaccines for preventing influenza...*, op. cit.

³⁵ Grypa w sezonie epidemicznym 2018/2019 w Polsce i Europie. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa, <https://rcb.gov.pl/grypa-w-sezonie-epidemicznym-2018-2019-w-polsce-i-europie/> [dostęp: 22.07.2020].

czasie już **opracowano leki przeciwwirusowe**, które okazały się w znacznej liczbie przypadków skuteczne. W przypadku wirusa eboli ratunkiem okazała się również **surowica odpornościowa**. Surowicę tę uzyskuje się od ludzi, którzy przebyli zakażenie tym wirusem i wytworzyli przeciwciała. Jest to możliwe w przypadku każdego trwającego przez pewien czas zakażenia, nawet do tej pory nieznanym patogenem. Bardzo istotna jest rola szczepionek, które – nawet jeśli nie są „dopasowane” do konkretnego szczepu wirusa – wielokrotnie powodują tzw. odporność krzyżową. Ponadto rozwój antybiotykoterapii (w okresie hiszpanki nie znano jeszcze nawet penicyliny) pozwolił zwalczać śmiertelne powikłania bakteryjne. Obecnie problemem może być narastająca w wielkim tempie antybiotykooporność bakterii, czemu przysłużył się człowiek, używając antybiotyków w hodowlach zwierząt, ale przede wszystkim nadużywając ich w różnego rodzaju infekcjach – często tylko wirusowych. Także **nowoczesne techniki leczenia przy użyciu respiratora czy sztucznego płuca (*extracorporeal membrane oxygenation* – ECMO)** poprawiły sytuację chorych.

W poprzednich podrozdziałach podano fragmenty tekstu książki Jeremiego Browna *Grypa. Sto lat walki*, w której autor opowiada najbarwniej, jak tylko można o pandemiach grypy i sposobach walki z nimi.

Globalna Strategia Grypy WHO na lata 2019–2030

Global Influenza Strategy 2019–2030 (WHO)³⁶ – Globalna Strategia Grypy WHO na lata 2019–2030 zapewnia krajom i partnerom ramy do holistycznego podejścia do grypy poprzez dostosowane programy krajowe – od nadzoru po zapobieganie chorobom i kontrolę – w celu wzmocnienia sezonowej profilaktyki i kontroli oraz gotowości na przyszłe pandemie.

Aby to osiągnąć, strategia kładzie duży nacisk na:

- opracowanie lepszych globalnych narzędzi, takich jak szczepionki, leki przeciwwirusowe i leczenie, które przyniosłyby korzyści wszystkim krajom, wzbudziły zaufanie społeczne oraz zainteresowanie;
- większe zdolności krajowe zintegrowane z planami bezpieczeństwa zdrowotnego kraju i powszechnymi działaniami w zakresie ochrony zdrowia.

W Polsce – niestety – odsetek osób, które szczepią się przeciw grypie jest niski. Na przykład w sezonie 2018/2019 przeciw grypie zaszczepiło się zaledwie 3,9% Polaków, w poprzednim 3,64%. Pod względem stanu zaszczepienia przeciw grypie jesteśmy na jednym z ostatnich miejsc w Europie. Z sondażu prezentowanego w czasie

³⁶ Global Influenza Strategy 2019–2030, https://www.who.int/influenza/global_influenza_strategy_2019_2030/en/ [dostęp: 18.03.2020].

konferencji Flu Meeting 2017, zorganizowanej w ramach Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy przeprowadzonego w marcu 2017 r., wynika, że stan zaszczepienia personelu medycznego nie był wysoki: 32,2% lekarzy i 19,9% pielęgniarek, co stanowiło średnio 22,6% personelu medycznego. Spośród lekarzy najczęściej szczepili się pediatrzy (53,7%) i lekarze rodzinni (52,1%)³⁷.

Z powyższych względów ważne są zachęty do szczepień w atrakcyjnych, głównie dla młodych pokoleń, formach graficznych.

Epidemie wirusowe XX/XXI wieku – aktualnie największe zagrożenie ludzkości

Jeszcze 30–40 lat temu w świadomości społeczeństw nie pojawiały się myśli o możliwości pandemii jakiegokolwiek choroby zakaźnej. Wprawdzie w wieku XXI wystąpiło kilka epidemii, ale dotyczyły głównie Azji i Afryki. Były spowodowane koronawirusami, takimi jak SARS (2002–2003) czy MERS (2012, 2015, 2017), ale też wirusami z innych grup, jak ptasia grypa (2003–2006), świńska grypa (2009–2010), ebola (2013–2016). Wprawdzie wirusolodzy mający wiedzę o obecności ogromnej liczby wirusów w świecie zwierzęcym, znający z poprzednich epidemii możliwości przeniesienia ich na człowieka, zdolność wirusów do mutacji, a także biorąc pod uwagę styl życia ludzi i globalizację, przewidywali, że pandemia spowodowana jakimś wirusem nadejdzie, ale ich głos był właściwie niesłyszalny. Pomimo ostrzeżeń, ludziom na całym świecie wydawało się to tak nieprawdopodobne, że nie tylko społeczeństwa, ale też władze i służby sanitarne nie zdążyły się przygotować do obecnej pandemii COVID-19. Panowało poczucie bezpieczeństwa – w 1980 r. ogłoszono eradykację ospy prawdziwej (czarnej ospy), od lat 90. XX w. wprowadzano wysoce skuteczną terapię antyretrowirusową w leczeniu AIDS, dzięki szczepieniom prawie całkowicie wyeliminowano *poliomyelitis* i szereg innych chorób zakaźnych, ponadto medycyna rozwijała się w tak imponującym tempie, iż wydawało się wszystkim (poza nielicznymi), że da sobie radę w każdej sytuacji zakażeń.

Wykaz epidemii i pandemii chorób wirusowych w XX i XXI wieku podano w tabeli 2.

³⁷ Ile osób zaszczepiło się przeciw grypie w sezonie 2018/2019?, <https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/grypa/9/?print-version> [dostęp: 21.03.2020].

Tabela 2. Wybrane ważne epidemie i pandemie chorób wirusowych w XX i XXI w.

Ludzie		Zwierzęta	
okres	epidemia/pandemia	okres	epidemia/pandemia
1918–1919	grypa hiszpanka	1986–2004	choroba szalonych krów
1955–1958	grypa azjatycka		
od 1981	AIDS	2001	pryszczycza (Wielka Brytania)
1996–2006	wariant choroby Creutzfeldta-Jakoba (vCJD)		
2002–2003	SARS	od 2003	sezonowe epidemie ptasiej grypy
2009	świńska grypa AH1N1		
od 2012	MERS	2006–2011	choroba niebieskiego języka
2014–2016	gorączka krwotoczna ebola		
od 2015	wirus zika	od 2013	afrykański pomór świń
od 2019	COVID-19		

Źródło: A. Goździcka-Józefiak (red.), *Wirusologia*, wyd. I, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2019.

Wirusowe gorączki krwotoczne (w tym koronawirusy). Medycyna podróży

Powodem wielu epidemii były wirusy krwotoczne, jak np. ebola w 1976 r., której nazwa pochodzi od rzeki o tej nazwie w Zairze (dziś Demokratyczna Republika Kongo). Wirus ten miejscowo sam zanikał, ale zakażenia jego mutacjami pojawiały się w Afryce latach 90. XX wieku i w pierwszej dekadzie XXI wieku³⁸.

Koronawirusy od dawna są identyfikowane w świecie zwierząt. Większość z nich nie wywołuje chorób u nosicieli. Pierwsze wzmianki o ludzkich koronawirusach pochodzą z lat 60. XX wieku, kiedy wyizolowano i opisano dwa patogeny – HCoV-229E oraz HCoV-OC43. Przez wiele lat koronawirusami większość wirusologów i lekarzy się nie zajmowała, ponieważ wywoływały u ludzi jedynie łagodne przeziębienia. Dopiero na początku XXI wieku pojawiła się epidemia choroby wywołanej przez nieznanego wcześniej, wysoce zakaźny gatunek koronawirusa SARS (*severe acute respiratory syndrome*). Dzięki zastosowanym środkom zaradczym oraz naturalnej sezonowości występowania koronawirusów, już po kilku miesiącach

³⁸ A. Budo, *Zarazy, które dziesiątkowały ludzkość*, <https://www.national-geographic.pl/aktualnosci/zarazy-ktore-dziesiatkowaly-ludzkość> [dostęp: 25.04.2020].

wirus zniknął z ludzkiej populacji. Epidemia stała się powodem zintensyfikowania prac badawczych, które doprowadziły w następnych latach do identyfikacji i opisanie kolejnych, niskopatogennych ludzkich koronawirusów – ludzkiego koronawirusa NL63 oraz HKU1. W 2012 r. – po 10 latach od epidemii SARS-CoV – pojawiły się przypadki nowej, ciężkiej i często śmiertelnej choroby układu oddechowego wywoływanej przez koronawirus MERS³⁹. W 2019 roku wybuchła epidemia COVID-19, która przekształciła się w pandemię trwającą do tej pory.

We współczesnym świecie nadal występują – zagrażając nie tylko lokalnym mieszkańcom, ale również ludziom szybko przemieszczającym się po wszystkich kontynentach – wirusowe gorączki krwotoczne (VHFs, *viral haemorrhagic fevers*), do których należą też opisane w poprzednim rozdziale.

Tabela 3. Klasyfikacja wirusowych gorączek krwotocznych wg K. Korzeniewskiego

Czynnik etiologiczny – rodzina/rodzaj	Jednostka chorobowa	Rejon występowania	Rezerwuuar	Droga/wektor zakażenia
<i>Flaviviridae</i> <i>Flavivirus</i>	żółta gorączka	Ameryka Południowa, Afryka Subsaharyjska	człowiek (postać miejska), małpy (postać leśna)	komary
	gorączka krwotoczna denga	Azja Południowo-Wschodnia, Afryka Subsaharyjska, Ameryka Środkowa i Południowa, wyspy Oceanii	człowiek, małpy	komary
	gorączka zachodniego Nilu	USA, Afryka Północna i Środkowa, Bliski Wschód	ptaki	komary
	omska gorączka krwotoczna	Syberia	gryzonie	kleszcze
	choroba lasu Kyasanur	Indie	gryzonie, małpy	kleszcze

³⁹ K. Pyrc, *Ludzkie koronawirusy*, „Postępy Nauk Medycznych” 2015, XXVIII, 4B.

Tabela 3. – cd.

Czynnik etiologiczny – rodzina/rodzaj	Jednostka chorobowa	Rejon występowania	Rezerwuuar	Droga/wektor zakażenia
<i>Nairovirus</i>	krymsko-kongijska gorączka krwotoczna	Afryka, Azja Centralna, Europa Wschodnia	kleszcze	kleszcze, droga kropelkowa lub kontakt z zakażonymi zwierzętami rzeźnymi
<i>Bunyavirus</i> <i>Phlebovirus</i>	gorączka doliny Riftu	Afryka Subsaharyjska	owce, bydło	komary, droga kropelkowa lub kontakt z zakażonymi
<i>Hantavirus</i>	gorączka krwotoczna z zespołem nerkowym, hantawirusowy zespół płucny	Azja, Europa Wschodnia, choroba kosmopolityczna	gryznie	droga kropelkowa lub kontakt z materiałem zakaźnym
<i>Arenavirus</i> <i>(Lassa)</i>	gorączka Lassa	Afryka Subsaharyjska	gryznie	droga kropelkowa lub kontakt z materiałem zakaźnym
<i>Junin</i>	argentyńska gorączka krwotoczna	Ameryka Południowa	gryznie	droga kropelkowa lub kontakt z materiałem zakaźnym
<i>Arenaviridae</i> / <i>Machupo</i>	boliwijska gorączka krwotoczna	Ameryka Południowa	gryznie	droga kropelkowa lub kontakt z materiałem zakaźnym
<i>Guanarito</i>	wenezuelska gorączka krwotoczna	Ameryka Południowa	gryznie	droga kropelkowa lub kontakt z materiałem zakaźnym
<i>Sabia</i>	brazylijska gorączka krwotoczna	Ameryka Południowa	gryznie	droga kropelkowa lub kontakt z materiałem zakaźnym
<i>Filoviridae</i> / <i>Marburg</i>	gorączka krwotoczna Marburg	Afryka Subsaharyjska	prawdopodobny (małpy)	prawdopodobna (kontakt z materiałem zakaźnym)
<i>Ebola</i>	gorączka krwotoczna Ebola	Afryka Subsaharyjska	prawdopodobny (małpy)	prawdopodobna (kontakt z materiałem zakaźnym)

Źródło: K. Korzeniewski, *Medycyna w podróży*, e-PAGINA, Warszawa 2012, s. 119–139.

Poza powyżej wymienionymi wirusowymi gorączkami krwotocznymi, w 2009 r. w Zambii i w Republice Południowej Afryki wyizolowano kolejnego wirusa wywołującego gorączkę krwotoczną (wirus lujo z rodziny *Arenaviridae*). Oznacza to, że istnieje nadal ogromna liczba wirusów obecnych w świecie zwierząt i trudno przewidzieć, które przeniosą się na człowieka, wywołując chorobę, dlatego ostateczna klasyfikacja gorączek krwotocznych pozostaje tematem otwartym. Także występujące dynamicznie mutacje już poznanych jako ludzkie patogeny wirusów, w warunkach globalizacji świata istniejącej już przed obecną pandemią COVID-19, to stałe ryzyko nowych epidemii. Wielu autorów zadaje sobie pytanie, jak będzie wyglądał świat po pandemii, ale jednak dane, których dostarcza nam historia poprzednich wielkich epidemii, wskazują, że dość szybko po epidemiach ludzie wracali do swoich poprzednich zachowań. Także niewyobrażalne jest, by zahamować przewozy towarów, które są wynikiem nie tylko rozproszonej na całym świecie produkcji elementów przemysłowych, ale też pradawnych zwyczajów niejako wpisanych w geny ludzi, którzy przecież najpierw byli wędrowcami i handlowali⁴⁰.

⁴⁰ W tym miejscu autorka przypomina czas, gdy pracowała w latach 70. XX wieku w szpitalu zakaźnym. Wówczas starzy nauczyciele tej specjalności mówili, że wirusy w przyszłości zdominują nasz świat.

Jerzy T. Marcinkowski
Zofia Konopielko

Pandemia COVID-19 – nowe wyzwania

Od pamiętnej pandemii grypy, zwanej hiszpanką, w 1918 r. ludzkość nie doświadczyła pandemii. Nawet już nie żyją świadkowie tamtego czasu, a ich potomkowie mieli okazję jedynie poczytać o niej w różnych opracowaniach czy obejrzeć stare zdjęcia. Współcześnie zdarzały się wprawdzie epidemie, ale lokalne, poza Europą. W czasie wybuchu pandemii COVID-19 wszyscy przechodzimy przyspieszony kurs – z „ćwiczeniami na żywym organizmie” podstawowej wiedzy o chorobach zakaźnych, higienie i epidemiologii.

Gdy od grudnia 2019 r. SARS-CoV-2 stoniowo opanowywał cały świat i ostatecznie ogłoszono pandemię zwaną COVID-19, wielu przedstawicieli nauki i zwykłych obywateli irytowało to, że ktoś mądry, wiedząc o nadchodzącej pandemii – bo mówili o tym wirusolodzy od co najmniej 2016 r. – mógł przewidzieć wydarzenia związane z tak masowymi zakażeniami oraz odpowiednio przygotować organizacyjnie i mentalnie społeczeństwo. Ponadto w 2018 r. nadchodząca pandemia nieznanego wtedy wirusa zwanego X została wpisana przez WHO na listę największych zagrożeń. Na naszym polskim polu temat był podejmowany np. 11 lipca 2018 r. na konferencji prasowej w NIZP-PZH zatytułowanej „Wytyczne do przygotowania placówek medycznych na wypadek wystąpienia pandemii grypy”. Zauważono wówczas, że Polska nie jest przygotowana na tak masowe zachorowania, a stan służby zdrowia budzi niepokój. Podano też, że „w kwietniu 1999 r. WHO opracowała plan działań na wypadek wystąpienia pandemii wraz z wyraźnym poleceniem sporządzenia planów krajowych, a pierwszy projekt Krajowego Planu Działania dla Polski na Wypadek Wystąpienia Kolejnej Pandemii Grypy lub Zagrożenia Atakiem Bioterrorystycznym został opracowany w 2001 r. przez Zespół Krajowego Ośrodka ds. Grypy w NIZP-PZH. Był on podstawą do opracowania pierwszego polskiego planu pandemicznego”. W czasie tejże konferencji plano-

wano zaprezentować „wytyczne przygotowane przez Zespół Krajowego Ośrodka ds. Grypy w NIZP-PZH, mające posłużyć do opracowania planów pandemicznych, protokołów i procedur postępowania dla placówek medycznych w Polsce, na okoliczność wystąpienia pandemii grypy”¹.

Początkowa faza pandemii COVID-19 a niepewność wydarzeń

Wszyscy obserwowaliśmy, jak cały świat w tym okresie okazał się zaskoczony i zagnębiony. Przyczyną wielu niepewności było zupełne nieprzygotowanie do pandemii. Wynikało to z poczucia bezpieczeństwa (choć złudnego), wiary w nowoczesną medycynę, przekonania o sile płynącej z postępu i rozwoju technologicznego, ale także z braku podobnych doświadczeń w nieodległej przeszłości.

Jak wielkie ma znaczenie doświadczanie zdarzeń katastrofalnych pokazuje przykład Japonii, gdzie wobec powtarzających się trzęsień ziemi opracowano precyzyjne zalecenia, jak powinien zachowywać się każdy człowiek w przypadku tego typu katastrof; edukuje się nawet małe dzieci².

Wobec powtarzających się ataków terrorystycznych wypracowano zasady zachowywania się w takich przypadkach, wprowadzono edukację w szkołach, także polskich.

Kraje, które przed laty przeżyły lokalne epidemie, np. SARS, na COVID-19 reagowały szybko i jak się okazało znacznie skuteczniej niż tam, gdzie od dawna epidemii nie obserwowano. W początkowym okresie pandemii spowodowanej – co bardzo istotne (!) – NOWYM *coronavirus disease* COVID-19, która ogarnęła świat od przełomu lat 2019–2020, występowało dużo niepewności w zakresie podstawowych kwestii dotyczących tego wirusa i pandemii. Opinie światowych ekspertów zmieniały się z tygodnia na tydzień, a nawet z dnia na dzień³ i to był niezmiernie ważny przekaz nie tylko dla środowiska medycznego, ale i pozamedycznego, w tym dziennikarzy.

¹ 11.07.2018. Konferencja prasowa – Wytyczne do przygotowania placówek medycznych na wypadek wystąpienia pandemii grypy, <https://www.pzh.gov.pl/11-07-2018-konferencja-prasowa-wytyczne-do-przygotowania-placowek-medycznych-na-wypadek-wystapienia-pandemii-grypy/> [dostęp: 1.05.2020].

² Japonia przygotowana na trzęsienie ziemi, <https://www.rp.pl/artukul/625371-Japonia-przygotowana-na-trzesienie-ziemi.html> [dostęp: 10.04.2020].

³ A. Kubala-Kulpińska, *Interwencja kryzysowa. Jak przygotować szkołę na wypadek zagrożenia terrorystycznego?*, <https://www.monitorszkoly.pl/artukul/interwencja-kryzysowa-jak-przygotowac-szkole-na-wypadek-zagrozenia-terrorystycznego> [dostęp: 13.04.2020]; J.P.A. Ioannidis, *A fiasco in the making? As the coronavirus pandemic takes hold, we are making decisions without re-*

Klinicyści z poszczególnych dziedzin medycyny (głównie epidemiolodzy, specjaliści chorób zakaźnych i wirusolodzy), ale też członkowie rządu pilnie wypracowywali stanowiska dotyczące postępowania z podejrzanymi o zakażenie (np. osobami przybyłymi z regionów świata, gdzie było wiele zachorowań, czy mające ustalony kontakt z chorymi, a także z pacjentami w sytuacji pandemii COVID-19)⁴. Ten okres niepewności we wstępnej fazie pandemii stworzył nowy rozdział aktywności epidemiologii.

Epidemiologia czasu pandemii COVID-19

Podstawową informacją, którą musieli zdobyć lekarze, przede wszystkim epidemiolodzy, było ustalenie dróg zakażenia, od czego zależało znalezienie odpowiedzi na jedno z podstawowych pytań: jak długo ten nowy w środowisku człowieka koronawirus potrafi przetrwać poza organizmem człowieka i zachować zjadliwość? Wcześniej można się było opierać jedynie na wstępnych danych i przeglądzie badań, które przeprowadzono dla koronawirusów SARS i MERS. Wynikało z nich, że wirus może przetrwać od kilku godzin do kilku dni w zależności od środowiska, w którym się znajduje.

Przeżywalność wirusa SARS-CoV-2 poza organizmem człowieka

Już we wczesnym okresie pandemii COVID-19 Narodowy Instytut Zdrowia (The National Institutes of Health) w USA opublikował pierwsze wyniki badań na temat przeżywalności koronawirusa SARS-CoV-2 poza organizmem gospodarza. Ponieważ pandemia rozpoczęła się w Chinach, badania naukowców tego kraju mogły być wysoce przydatne innym krajom, do których wirus docierał.

Przeżywalność SARS-CoV-2 w powietrzu

W lutym i marcu 2020 r. – w szczycie pandemii w Chinach – założono tzw. pułapki aerozolowe wewnątrz i na zewnątrz szpitali, w których leczono zakażonych tym wirusem. W sumie zebrano 40 próbek z 31 miejsc. Analizując ten materiał, stwierdzono, że w wydychanym powietrzu stężenia wirusa drastycznie się różnią. Szczególnie

liable data, March 17, 2020, <https://www.statnews.com/2020/03/17/a-fiasco-in-the-making-as-the-coronavirus-pandemic-takes-hold-we-are-making-decisions-without-reliable-data/> [dostęp: 20.03.2020].

⁴ Stanowisko Sekcji Chorób Naczyniowych Mózgu PTN dot. pacjentów z udarem mózgu – pandemia SARS-CoV-2, https://ptneuro.pl/o_ptn/aktualnosci/stanowisko_sekcji_chorob_naczyniowych_mozgu_ptn_dot_pacjentow_z_udarem_mozgu_pandemia_sars_cov_2 [dostęp: 20.03.2020].

dużo cząsteczek wirusa znajdowano w gorzej wentylowanych miejscach o mniejszej powierzchni, np. toaletach publicznych, z których korzystały osoby chore. Stężenie tych cząstek było także wyższe w miejscach, w których personel ściągał swoje wyposażenie ochronne. Duże stężenie zanotowano również w miejscach, przez które przechodziła znaczna liczba pacjentów, np. na korytarzach. Zauważono, że stężenie wirusa błyskawicznie spada przy sprawnie działającej wentylacji. Dlatego tak ważne okazało się częste wietrzenie pomieszczeń, w których przebywa człowiek⁵.

W rozpylanych aerozolach, przy temperaturze powietrza 21–23°C i przy 65% wilgotności, wirus SARS-CoV-2 potrafił przetrwać do trzech godzin⁶.

Także naukowcy z Princeton University, University of California w Los Angeles i amerykańskiego National Institutes of Health sprawdzili, że nowy wirus SARS-CoV-2 w powietrzu może unosić się do trzech godzin⁷.

Dnia 6 kwietnia 2020 r. podano, że ten wirus w warunkach naturalnych, a nie doświadczalnych, utrzymuje się w powietrzu dłużej niż pierwotnie sądzono – wynikało to z badań czterech fińskich ośrodków badawczych: Aalto University w Espoo, University of Helsinki, państwowego Technologicznego Centrum Badawczego VTT oraz Finnish Meteorological Institute (Ilmatieteen laitos), przy udziale ok. 30 badaczy z różnych dziedzin specjalizujących się w fizyce przepływu, fizyce aerozoli, wentylacji, wirusologii, ale też socjologii. Każdy z nich opracował swoje modele, a w pracach wykorzystywał superkomputer, badając typową sytuację w sklepie spożywczym z prawidłową wentylacją, w którym ludzie przemieszczają się pomiędzy półkami, kichają, kaszlą, ale też mówią. Bazowa chmura aerozolu stopniowo rozchodzi się i rozrzedza poza najbliższy obszar osoby kaszlącej. Badania potwierdziły zasadność zaleceń na czas pandemii, czyli pozostawanie w domu i zachowywanie odległości pomiędzy ludźmi poza domem⁸.

Na początku lipca 2020 r. podano, że ostatnie badania udowodniły iż SARS-CoV-2 utrzymuje się dłużej w powietrzu niż sądzono pierwotnie, może rozprzestrzeniać się także podczas śpiewu, a nawet mówienia, osiągając znaczne stężenia także w miejscach odległych.

⁵ Ile wirusa jest w powietrzu wydychanym przez osoby chore? https://nt.interia.pl/raporty/raport-koronawirus/strona-glowna/news-ile-wirusa-jest-w-powietrzu-wydychanym-przez-osoby-chore,nId,4467338#utm_source=paste&utm_medium=paste&utm_campaign=firefox [dostęp: 1.05.2020].

⁶ P. Rzymński, *Jak długo koronawirus potrafi przetrwać poza ustrojem? Nowe badania*, „Polityka”, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/nauka/1946594,1,jak-dlugo-koronawirus-potrafi-przetrwac-pozza-ustrojem-nowe-badania.read> [dostęp: 20.03.2020].

⁷ USA. Eksperci: koronawirus utrzymuje się w powietrzu nawet trzy godziny, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C81138%2Cusa-eksperci-koronawirus-utrzymuje-sie-w-powietrzu-nawet-trzy-godziny.html> [dostęp: 17.04.2021].

⁸ Koronawirus unosi się w powietrzu dłużej niż zakładano, <https://www.gazetaprawna.pl/artykuly/1467339,koronawirus-unosi-sie-w-powietrzu-dluzej-niz-zakladano.html> [dostęp: 1.05.2020].

Przeżywalność SARS-CoV-2 na różnych powierzchniach

W celu poznania tego problemu przeprowadzono eksperyment polegający na aplikowaniu cząstki wirusa SARS-CoV-2 na różne podłoża i inkubowano w temperaturze 21–23°C i przy 40% wilgotności. Miano wirusa zmniejszało się wraz z czasem jego przebywania na badanych podłożach. Maksymalny czas przetrwania wynosił: plastik i stal nierdzewna – do 72 godz.; papier kartonowy – do 24 godz.; miedź – do 4 godz. Oznaczało to, że wskazane jest dezynfekowanie klamek w miejscach publicznych, elementów wyposażenia środków transportu publicznego, a także ekranów i smartfonów. Przesyłki trafiające do Polski z Chin czy Włoch nie powinny już zawierać aktywnych cząstek wirusa. Poza tym przesyłki te są przemieszczane, co samo w sobie zwiększa szansę na wyeliminowanie wirusa z opakowania.

Koronawirus SARS-CoV-2 utrzymuje się na plastiku aż do trzech dni – wynikało to też z badań naukowców z Princeton University, University of California w Los Angeles i amerykańskiego National Institutes of Health (NIH). Testy finansowane z amerykańskich środków federalnych potwierdziły także, że na powierzchni miedzianej koronawirus utrzymuje się przez cztery godziny, kartonowej przez dobę, a na plastikowej i stali nierdzewnej od dwóch do trzech dni⁹.

Rejestrowanie zakażeń, czynników ryzyka zachorowania i powikłań, ozdowieńców i śledzenie rozprzestrzeniania się zakażeń

Z uwagi na podstawowe dane podawane w różnych krajach – dotyczące choćby liczby pewnych rozpoznań wynikającej z kwalifikacji do badań, stosowanych testów i ich wiarygodności, a także różnych metod rejestrowania, szczególnie wobec chorób towarzyszących – porównywanie przebiegu choroby pomiędzy krajami, ale nawet w obrębie jednego, mogło być tylko dość orientacyjne.

Worldometer COVID-19 Coronavirus Pandemic, utworzony doraźnie w okresie tej pandemii, ukazywał w sposób interaktywny liczby oraz wykresy graficzne odnoszące się do przypadków zakażeń, zgonów, ozdowieńców – w skali świata oraz poszczególnych państw, także na dużych statkach wycieczkowych, na których prowadzona była kwarantanna. Podawano aktualne kształtowanie się śmiertelności z powodu COVID-19 w skali świata oraz w poszczególnych państwach, także według wieku i płci. Wyliczano okres inkubacji, objawy chorobowe, śmiertelność wśród pacjentów przyjętych do szpitala z powodu COVID-19, cho-

⁹ USA. Eksperci: koronawirus utrzymuje się w powietrzu nawet trzy godziny, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C81138%2Cusa-eksperci-koronawirus-utrzymuje-sie-w-powietrzu-nawet-trzy-godziny.html> [dostęp: 1.05.2020].

roby współistniejące, liczbę dni od pierwszego objawu choroby do śmierci i inne parametry kliniczne.

Modele matematyczne. W rozdziale „Epidemiologia” niniejszej książki omówiono historię myśli dotyczącej zastosowania modeli matematycznych dla przewidywania wszelakich zdarzeń na świecie. Dla przypomnienia, myśl ta rozwijała się od 1760 r. Pod koniec lat 20. i na początku 30. XX w. dwaj szkoccy uczeni – Anderson Grey McKendrick i William Oglivy Kermack zaproponowali pierwszy model rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych z wykorzystaniem równań różniczkowych.

Pomimo prostoty, ich teoria sprawdza się do dzisiaj, jak mówił na początku pandemii COVID-19 wspomniany powyżej dr inż. Mariusz Bodzioch z Katedry Multimediów i Grafiki Komputerowej na Wydziale Matematyki i Informatyki Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego. Nieomal od początku pandemii COVID-19 objaśniał społeczeństwu to, co się dzieje wokół:

Epidemia czy też pandemia jest jak trzęsienie ziemi: spodziewać się jej możemy zawsze, ale nie wiemy, kiedy nastąpi. Jak każdy organizm żyjący na Ziemi wirusy muszą dostosować się do aktualnie panujących w ich środowisku warunków, aby przetrwać i rozprzestrzeniać się. Wirus SARS z 2002 r., wirus Ebola czy MERS z 2012 r. są przykładami wirusów, które ewoluowały i przeszły ze zwierząt na ludzi. Obecnie mamy do czynienia z koronawirusem SARS-CoV-2 wywołującym chorobę COVID-19. Aktualnie na świecie zachorowało już ponad milion osób. Czy można jakoś obliczyć, ile osób zachoruje i umrze z jego powodu? Można. Zajmowali się tym nie tylko lekarze, ale także... matematycy, tworząc modele matematyczne. [...]

Liczbę ludzi którzy mogą zachorować na panującego obecnie koronawirusa można określić stosując różne modele matematyczne.

Najprostsze modele zakładają sytuację, w której populacja jest jednorodna, jednolicie wymieszana i żadne działania profilaktyczne nie zostają podjęte. Prowadzi to do jednolitego rozprzestrzeniania się w niej wirusa. Jest to założenie w praktyce nierealne, ale mimo wszystko prowadzi do pewnych istotnych ogólnych wniosków: według tych modeli zachorować na COVID-19 może nawet 80% populacji. [...]

Do przewidywania efektów stosowanej profilaktyki i innych działań ograniczających rozprzestrzenianie się choroby COVID-19, służą już bardziej złożone modele matematyczne. Jednak nadal nie ma odpowiedniej liczby wiarygodnych danych.

Podstawową daną jest tzw. **bazowy współczynnik odnowienia**, który określa ile osób może zarazić człowiek zakażony pierwotnie i wtórnie. Jest on różny w różnych krajach i zmienia się w czasie. Można przeprowadzać **symulacje komputerowe** wprowadzając różne dane i prognozować różne scenariusze. Stąd zakładając, że w danej populacji nikt nie ma odporności na tego właśnie wirusa, a wszyscy zainfekowani są tacy sami pod względem zdrowia i jednolicie wymieszani a osobnik, który przeżył chorobę nabiera odporności, ale także to, że ludzie nie zmieniają zachowania w czasie trwania pandemii a bazowy współczynnik odnowienia wynosi 1,5 – zachoruje ok. 70% populacji, ale dla bazowego współczynnika 2,5 – prognozować można iż zachoruje 90% populacji.

Jeżeli jednak zmienimy tylko jedną zmienną np. zachowanie ludzi i przyjmijemy, że każdy człowiek zachowując się odmiennie niż inni może w ten sposób zmniejszyć ryzyko zachorowania o 10% – wówczas nasza prognoza odpowie, że zachoruje tylko 50% populacji, itd.

Przeprowadzając kolejną symulację z uwzględnieniem ograniczenia kontaktów między ludźmi i zagęszczenia ludzi – prognozuje się przebieg epidemii w kilku falach.

Prawdopodobieństwo wystąpienia nowej fali wzrasta gdy wzrasta zagęszczenie ludzi.

Jeśli społeczeństwo będzie stosować środki ochrony osobistej (maski, rękawice, odkażanie rąk itp.), jeśli będzie unikać środków komunikacji publicznej, stosować się do kwarentanny społecznej, jeśli służba zdrowia będzie szybko diagnozować chorych i szybko ich izolować – to wybuch epidemii w czasie rozciągnie się prawie dwukrotnie, a w szczytowym momencie epidemii chorych będzie nawet o 70% mniej.

Prognozowanie przy użyciu modeli matematycznych i symulacji komputerowych umożliwia podawanie najbardziej korzystnych zaleceń.

Z punktu widzenia epidemiologicznego – matematycznego najbardziej korzystne byłoby pozostawienie epidemii „na żywioł” – doszłoby wówczas do szybkiego uodpornienia populacji. Jednak, jak pokazał przykład z Anglii, ta strategia okazała się niemożliwa, gdyż były ograniczone możliwości pomocy medycznej wszystkim. Rozciągnięcie epidemii w czasie daje szansę, by pomocy tej udzielić każdemu choremu. [...]

Problemem, który jest ważny dla prognozowania jest fakt, że opracowywane dane określają stan pandemii sprzed 7–10 dni. Wynika to m.in. z czasu inkubacji, momentu zarażania i opóźnień w wykonywaniu testów.

Dlatego korzystając z modeli matematycznych możemy śmiało stwierdzić, że rzeczywista liczba zarażonych jest co najmniej 10 razy większa niż to wynika z danych. Z drugiej strony świadczy to również o tym, że śmiertelność spowodowana wirusem jest zdecydowanie mniejsza. Natomiast faktyczne efekty aktualnie podjętych działań będą widoczne za kolejne 7–10 dni.

Przebieg epidemii w dużej mierze zależy jednak od nas. Jak będzie wyglądać krzywa zachorowania zależy od tego, jak rygorystycznie będziemy przestrzegać zaleceń WHO i podstawowych zasad higieny, eliminując przede wszystkim lokalne rozprzestrzenianie się epidemii [...].

W symulacjach postanowiłem zrezygnować z jakiegokolwiek prognozowania liczby ofiar epidemii, gdyż faktyczna śmiertelność w tym przypadku zależy od bardzo wielu czynników. Sianie paniki w czasie epidemii jest całkowicie zbędne. Moim celem jest pokazanie, że matematyka może pomóc przy przewidywaniu przebiegu epidemii oraz w analizowaniu różnych scenariuszy postępowania. Obliczanie możliwej liczby ofiar pozostawiam katastrofistom¹⁰.

W czasie pandemii COVID-19, która ogarnęła świat na przełomie lat 2019/2020, doskonalono **moduły dochodzenia epidemiologicznego**. Dla przypomnienia – dochodzenie epidemiologiczne stanowi moduł coraz nowocześniejszych systemów informatycznych aktywnej analizy zakażeń w środowisku domowym, szkolnym

¹⁰ M. Bodzioch, *Matematyka kontra koronawirus*, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, <http://www.uwm.edu.pl/egazeta/matematyka-kontra-koronawirus> [dostęp: 1.05.2020].

czy zakładowym, w tym szpitalnym, pozwalających generować raporty, czyli wykonywać analizy umożliwiające ocenę lokalnej sytuacji epidemiologicznej, ale również pozwalających na czynne monitorowanie zakażeń.

Nowe narzędzia w dochodzeniu epidemiologicznym

W okresie pandemii COVID-19 Institute for Health Metrics and Evaluation (University of Washington) gromadził z obszaru całego świata informacje o tych przypadkach w czasie rzeczywistym obejmujące: kluczowe daty – datę wystąpienia choroby, datę przyjęcia do szpitala, datę potwierdzenia zakażenia i daty podróży; informacje demograficzne na temat wieku i płci pacjentów/przypadków; schorzenia towarzyszące chorym na COVID-19; informacje geograficzne w najwyższej dostępnej rozdzielczości¹¹.

W okresie pandemii COVID-19 pojawiały się coraz liczniejsze **aplikacje smartfonowe** ostrzegające przed chorymi, np. w Chinach popularna stała się aplikacja smartfonowa „Close Contact Detector”, która ostrzega przed zbliżeniem się do potencjalnego nosiciela koronawirusa i doradza, czy w związku z tym należy poddać się siedmio- (światło żółte) czy czternastodniowej (światło czerwone) kwarantannie¹². Aplikacja „Hamagen” umożliwia identyfikację kontaktów między zdiagnozowanymi już chorymi a osobami, które były w odległości dwóch metrów – przez 10 minut lub dłużej – od osoby zainfekowanej wirusem w ciągu ostatnich dwóch tygodni¹³. Inna aplikacja wyposażona w algorytm sztucznej inteligencji analizuje głos czy kaszel i jest przydatna w rozpoznawaniu zakażenia COVID-19¹⁴.

W maju 2020 r. podano, że zespół badaczy w ramach realizacji projektu koordynowanego przez naukowców włoskich – An.Dy., finansowanego przez UE, opracował prototyp inteligentnej opaski mierzącej parametry organizmu użytkownika i alarmującej, jeśli temperatura jego ciała przekroczy 37,5°C, a także kontrolującej odległości (sygnalizując przez wibrację czy sygnały alarmowe) pomiędzy ludźmi posiadającymi te opaski. Opaska pracuje w częstotliwościach radiowych (w paśmie Bluetooth) i zapamiętuje innych posiadaczy podobnych opasek. Umożliwi ona okre-

¹¹ Institute for Health Metrics and Evaluation, <http://www.healthdata.org/> [dostęp: 8.04.2020].

¹² China launches coronavirus „close contact detector” app., <https://www.bbc.com/news/technology-51439401> [dostęp: 7.04.2020].

¹³ By voice or location, Israeli apps can determine your risk of coronavirus, <https://www.timesofisrael.com/by-voice-or-location-israeli-apps-can-determine-your-risk-of-coronavirus/> [dostęp: 8.04.2020].

¹⁴ New app attempts to detect signs of COVID-19 using voice analysis, <https://futurism.com/neo-scope/new-app-detects-covid19-voice> [dostęp 17.04.2021].

ślenie drogi roznoszenia się wirusa SARS-CoV-2 szczególnie w pomieszczeniach czy miejscach, w których przebywa dużo ludzi (kluby sportowe, parki rozrywki etc.).

Na portalu EurekAlert podano:

W bransoletce wykorzystano te same algorytmy i technologie, które badacze wprowadzili w opracowanym uprzednio kombinezonie z czujnikami, tak zwanym „kombinezonie czujnikowym **An.Dy**”. Kombinezon umożliwia określenie pozycji ciała użytkownika i dokonywanie pomiarów zmian w ustawieniu ciała nawet podczas szybkich i dynamicznych ruchów. Tym samym pozwala mierzyć poziom zmęczenia podczas pracy oraz wykonywania codziennych czynności. W prototypie bransoletki wspomniane technologie zostały dostosowane do potrzeb stanu zagrożenia¹⁵.

Na stronie projektu podano:

Projekt An.Dy. (Advancing Anticipatory Behaviors in Dyadic Human-Robot Collaboration) będzie prowadzony do grudnia 2020 r.

Zgodnie z raportem okresowym w serwisie CORDIS uczestnicy projektu w pełni opracowali kombinezon AndySuit – technologiczne rozwiązanie do codziennego użytku, które pozwala monitorować w czasie rzeczywistym ruch ciała człowieka podczas wykonywania czynności fizycznych¹⁶.

Badacze wskazują na możliwe trzy zastosowania kombinezonu – jako „robot współpracujący” oraz robot „egzoszkieleł” – oba umożliwiają człowiekowi fizyczną współpracę z robotami, ale też zachowanie zdrowia w czasie pracy.

Trzeci scenariusz zakłada współpracę człowieka z robotem, który jest humanoidem (tj. robot = humanoid). Mowa tu o fizycznej współpracy człowieka z humanoidem (np. współpracy polegającej na wspólnym przemieszczaniu się i wykonywaniu czynności montażowych przez człowieka i robota)¹⁷.

Aplikację „Kwarantanna domowa”¹⁸ utworzyło Ministerstwo Cyfryzacji RP, gdzie w ramach kontroli przestrzegania kwarantanny wysłała się swoje zdjęcie. Wówczas nie są już konieczne kontrolne wizyty policjantów; za złamanie kwarantanny może zostać nałożona grzywna¹⁹.

¹⁵ <https://andy-project.eu/> [dostęp 17.04.2021].

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ Nowa inteligentna opaska umożliwi obserwację zjawiska dystansowania społecznego i ułatwi badanie rozprzestrzeniania się choroby COVID-19. CORDIS, Komisja Europejska, <https://cordis.europa.eu/article/id/418143-new-smartband-will-help-observe-social-distancing-to-check-covid-19-spread/pl> [dostęp: 27.07.2020].

¹⁸ Aplikacja „Kwarantanna domowa” – ruszył proces jej udostępniania, <https://www.gov.pl/web/cyfryzacja/aplikacja-kwarantanna-domowa--ruszyl-proces-jej-udostepniania> [dostęp: 9.04.2020].

¹⁹ Aplikacja „Kwarantanna domowa”, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/kwarantanna-domowa> [dostęp: 9.04.2020].

W czasie pandemii COVID-19 rozpoczęto stosowanie **kamer termicznych do wykrywania gorączkujących**. Niezwykle szybko rozwijała się technologia rozpoznawania twarzy²⁰ służąca do automatycznej identyfikacji osób na podstawie obrazów zarejestrowanych przez kamery z porównywaniem parametrów tych obrazów z cyfrowymi szablonami przechowywanymi w specjalnych bazach danych²¹. W okresie pandemii COVID-19 została ukierunkowana na rozwój obrazowania termicznego twarzy. Na przykład, na lotniskach (głównie punkty kontroli paszportowej) oraz w środkach komunikacji miejskiej i w wielu miejscach publicznych zainstalowano kamery termiczne do monitorowania osób o podwyższonej temperaturze ciała, ponieważ gorączkę traktowano jako główny objaw zakażenia COVID-19. Policja w Chinach używała hełmów z goglami termicznymi do identyfikowania pieszych, którzy mogą źle się czuć. Jednak aby tego rodzaju pomiary temperatury ciała były wiarygodne, kamera termowizyjna musi mieć dużą rozdzielczość, ostrość, czułość termiczną; najlepiej oddaje temperaturę ciała badanie okolicy kącików oczodołów (punkty łzowe oczu) bądź okolicy przewodu słuchowego zewnętrznego²². Nie należy wówczas zasłaniać twarzy maseczką, ponieważ wydychane powietrze ogrzewa m.in. okolice oczodołów, co znacznie wpływa na pomiary. Nie należy też zakładać okularów, które są barierą dla podczerwieni i zasłaniają okolice oczodołów, co powoduje, że nie dokonamy poprawnego pomiaru temperatury. Aby uzyskać dokładną wartość zmierzonej temperatury, powinno się dokonać kilku pomiarów, a dla upewnienia się najlepiej dodatkowo skontrolować temperaturę ciała termometrem medycznym²³.

Problem powszechnej inwigilacji człowieka poprzez sieć, ale też kamery na ulicach czy w pomieszczeniach był rozważany jeszcze przed pandemią COVID-19, jednak nabrał szczególnego znaczenia w czasie jej trwania, gdy zagrożenie zdrowia i życia dotknąć mogło wszystkich, w każdym miejscu i jest niewidzialne. Metody „nadzoru ludności” stały się częścią dochodzenia epidemiologicznego, co umożli-

²⁰ Technologia rozpoznawania twarzy, <https://business.panasonic.pl/systemy-zabezpieczen/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].

²¹ 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].

²² „Fever detection” cameras to fight coronavirus? Experts say they don’t work, <https://www.nbcnews.com/tech/security/fever-detection-cameras-fight-coronavirus-experts-say-they-dont-n1170791> [dostęp: 9.04.2020].

²³ 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].

wiało właściwe monitorowanie choroby, rozprzestrzeniania się zakażenia. W tej sytuacji dbałość o anonimowość czy potrzebę prywatności w wielu aspektach życia stała się podrzędna w stosunku do niewątpliwej korzyści zdrowia własnego, jak i zdrowia społeczeństwa.

„Oswajanie zagrożenia” – nie boimy się grypy i innych chorób zakaźnych, a także coraz częściej nie korzystamy ze szczepień

Chyba najbardziej znanym biologicznym zagrożeniem jest grypa, na którą choruje rocznie szacunkowo aż 20% populacji – i to ona zabija tysiące ludzi rocznie. Z danych NIZP-PZH wynika, że w sezonie grypowym wrzesień 2018 r. – kwiecień 2019 r. odnotowano z powodu grypy prawie 3,7 mln zachorowań i podejrzeń zachorowań, w tym 143 zgony. Należy dobitnie podkreślić, że w 2002 r. śmiertelność z powodu wspomnianej groźnej choroby zakaźnej SARS (zespół ostrej niewydolności oddechowej) sięgała aż 30%. Tymczasem w odniesieniu do koronawirusa SARS-CoV-2 śmiertelność w Chinach nie przekraczała 2–3%, a w Europie jak na razie jest dużo mniejsza, na poziomie grypy, i nie przekracza 0,1% (dane z końca marca 2020 r.).

Ponieważ jednak większość ludzi miała grypę i ją przeżyła, lub zna kogoś, kto chorował i też przeżył, to ludzie odczuwają mniejszą potrzebę zaszczepienia się przeciwko grypie sezonowej. Przecież oferuje się nawet bezpłatne szczepienia przeciwko grypie dla seniorów i innych grup społecznych – i wcale nie jest tak, że zgłaszalność na te bezpłatne szczepienia jest gremialna. Przeciwno grypie szczepi się mniej niż 6% populacji w Polsce. O czym to świadczy? Czy tylko o skutecznych działaniach ruchów antyszczepionkowych? Czy może o „oswojeniu” zagrożenia i zobojętnieniu społeczeństwa?

Od początku pandemii COVID-19 zachęcano społeczeństwo do szczepienia się przeciwko grypie, gdyż jesienią spodziewano się masowych zachorowań na te dwie choroby. Znaczna część Polaków – nieporównywalna do liczby z lat ubiegłych – posłuchała zaleceń i we wrześniu 2020 r. okazało się, że zamówionych szczepionek jest za mało. Jednak wyraźne wysiłki władz, by poprawić sytuację, prawdopodobnie przyniosą pozytywne rozwiązanie problemu.

Choroby zakaźne, które są znane, ale z którymi ludzie obecnie nie mają bezpośredniego doświadczenia, również są postrzegane jako niższe ryzyko zdrowotne, niż nowe zagrożenia. Tutaj można by podać dane dotyczące narastającej niechęci

rodziców do szczepienia swoich dzieci – i o wielkim zagrożeniu dla zdrowia społeczeństwa, jakie stanowią ruchy antyszczepionkowe²⁴.

Kilka ostatnich pokoleń przeżyło w dużej mierze bez krztuśca, ospy prawdziwej, odry, *poliomyelitis* i innych chorób zakaźnych – więc nawet lekarze-pediatrzy często o tych chorobach uczyli się tylko z podręczników. W takiej sytuacji trudno przekonywać tę znaczną grupę społeczeństwa o podjęciu działań w celu ochrony przed niewidocznym dla nich ryzykiem poprzez szczepienia ochronne. Należy dobitnie podkreślić, że przede wszystkim wiedza i świadomość o przebiegu i skutkach tych chorób (ryzyka osobistego) okazuje się najbardziej wpływowym czynnikiem decydującym o zaszczepieniu się.

„Epidemie” towarzyszące pandemii COVID-19

Już pierwsze informacje o epidemii COVID-19 płynące od grudnia 2019 r. z Chin zdominowały doniesienia w środkach masowego przekazu, a w szczególności w Internecie oraz we wszystkich programach telewizyjnych. Najbardziej znane w świecie stacje telewizyjne, jak CNN, BBC, DW, France24, w codziennych wiadomościach i na paskach podawały dane i obrazy o epidemii, która wkrótce przemieniła się w pandemię. Społeczeństwo otrzymywało pierwszą lekcję zapomnianej, zda się, epidemiologii. Informowano, że wirus SARS-CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*) wywołuje ostrą chorobę zakaźną zwaną COVID-19 (*coronavirus disease 2019*), jaki jest jej przebieg w Chinach, a także o tym, że ogarnia Włochy i zbliża się do granic Polski. Była to dla wszystkich w Polsce i całej Europie faza niespokojnego oczekiwania, podawano nawet, że rodzi się „**epidemia strachu**”. Pojawienie się w Polsce na początku marca 2020 r. tzw. pacjenta zero było jakby uwolnieniem od tego napięcia oczekiwania, niejaką ulgą i mobilizacją do działania. Ze skupieniem wysłuchiwano tego, co ma do powiedzenia rząd, epidemiolodzy czy wirusolodzy i w większości poddawano się wszystkim zaleceniom. Jednocześnie jednak strach narastał, gdyż docierały dramatyczne wieści z Włoch, obrazy trumien ustawionych równocześnie na wielkiej przestrzeni i bohaterskiej walce służby zdrowia. Niektórzy w tym czasie widzieli w zachowaniach ludzi skutki owej „epidemii strachu”, jakimi były **wybuchy paniki**. Mają one miejsce wtedy, gdy nie rozumiemy rzeczywistości, która nas otacza,

²⁴ Wojna hybrydowa, https://pl.wikipedia.org/wiki/Wojna_hybrydowa [dostęp: 28.03.2020]; Ruch antyszczepionkowy elementem wojny hybrydowej, <https://www.stopfake.org/pl/ruch-anty-szczepionkowy-elementem-wojny-hybrydowej/> [dostęp: 28.03.2020].

tracimy poczucie panowania nad sytuacją i tym samym nad sobą i wyolbrzymiamy skalę zagrożenia, ulegając jednocześnie wielu często nieprawdziwym informacjom przekazywanym przez różne środki przekazu, zwykle portale społecznościowe.

Oczywiście w tym czasie w mass mediach pojawiały się coraz liczniejsze informacje o tym, że ludzie w obawie przed epidemią gremialnie udali się do sklepów i wykupili zapasy żywności, ponadto ze sklepów i aptek zniknęły płyny do dezynfekcji rąk i maseczki – te zachowania przez wielu określane były jako panika tłumu, ale niektórzy psychologowie nazywali to tylko **zapobiegliwością na wypadek zamknięcia sklepów**, a więc działaniami celowymi, a nie chaosem i bezwładem zachowań charakterystycznych dla paniki, podkreślając, że w ten sposób ludzie doznają poczucia, że działają i że coś od nich zależy. Jest to niezbędne dla zachowania zdrowia psychicznego w czasie niepewności i strachu przed wszechogarniającym zagrożeniem.

Od początku pandemii COVID-19 obserwowano też **zachowania niefrasobliwe** – chyba szczególnie dotyczyły osób starszych, którym ten wirus zagrażał szczególnie – co było już potwierdzone dochodzeniami epidemiologicznymi. Pomimo apeli służb sanitarnych o pozostawanie w domach i unikanie kontaktów, szczególnie z młodymi, którzy mogli być nosicielami choroby, osoby te opuszczały swoje mieszkania, spotykały się ze znajomymi i uczęszczały do sklepów wielkopowierzchniowych. I tak jest do tej pory.

Może ludzie zachowujący się w ten sposób bardziej cenią kontakty z innymi, dbając tym samym bardziej o zdrowie psychospołeczne niż o zdrowie fizyczne (narażanie się na chorobę ze skutkiem zwykle w tym wieku śmiertelnym).

A może wierzą głęboko w opiekę boską, czego dowodem są licznie rozsyłane w mediach społecznościowych modlitwy o uwolnienie od epidemii.

A może, jak ludzie średniowiecza, tańczą swój „taniec śmierci”, licząc na lepsze życie w niebie? Przyczyn może być wiele.

Temat noszenia maseczek, które nie zapobiegają w pełni zakażeniom, przewijał się od początku pandemii COVID-19 – od nakazów i braku przekonania specjalistów do ich skuteczności. Jesienna, druga w 2020 r., fala zakażeń stała się przyczyną ujednolicenia przepisów. Większość osób wypełnia zalecenia, ale jak zwykle w społeczeństwie znajdują się ludzie niepodporządkowani, ba nawet tzw. antycovidowcy, którzy zaprzeczają istnieniu pandemii. Czy krąg tych osób będzie się powiększał, podobnie jak antyszczepionkowców – prognozowanie jest niepewne, choć badania psychologów zdają się to potwierdzać. Być może, z niewielkiego „ogniska epidemicznego antycovidowców” rozwinie się prawdziwa „epidemia”.

Noszenie maseczek jest od lat powszechne, np. w Japonii, i nikogo to nie dziwi. Prawdopodobnie naród ten jest bardziej racjonalny niż wiele innych na świecie.

Do niedawna uważało się, że zakażenie następuje tylko bezpośrednią drogą kropelkową (w kontakcie *face to face*), ale udowodniono, że najczęstsza droga to przez zakażone ręce²⁵. Istnieje też możliwość zakażenia przez przedmioty, na których przez pewien czas drobnoustroje pozostają żywe i mają siłę zakażenia. Jednak kropelkowa droga zakażenia pozostaje nadal równoważna.

Jednocześnie w początkowym okresie obecnej pandemii COVID-19, czyli dnia 24 marca 2020 r., pojawił się poniższy artykuł, a także wiele innych, o podobnych alarmujących tytułach i treści w massmediach na całym świecie, co stanowi doskonałą ilustrację, ale też jakby „podgrzewanie”, ówczesnych nastrojów społecznych:

Nadciąga śmiertelność hantawirus. Będzie gorszy od koronawirusa? Nie do wiary! Jeszcze nie opanowaliśmy szalejącego od grudnia koronawirusa SARS-CoV-2, a właśnie nadszedł kolejny wirus zbierający żniwo! Tym razem nazywa się hantawirus. W Chinach właśnie odnotowano pierwszą śmierć w związku z zakażeniem. Dziennik [The Global Times] donosi, że w prowincji Szantung doszło do pierwszego przypadku śmierci z powodu zakażenia... hantawirusem. Ofiarą jest Chińczyk pochodzący z prowincji Junnan. Mężczyzna zasnął w autobusie w drodze do pracy w prowincji Szantung. Wszyscy współpasażerowie zakażonego hantawirusem mężczyzny zostali poddani testom w lokalnym szpitalu. Nie ma jeszcze oficjalnych informacji na temat wyników czy stanu zdrowia tych 32 osób²⁶.

Potem te informacje ucichły i pewnie większość ludzi o nich zapomniała.

Interesujące było dla zwykłych obserwatorów nagle zainteresowanie historią epidemii. Już na początku masowych zachorowań na SARS-CoV-2 ludzie, nagle zaciekawieni problematyką epidemii, zaczęli masowo kupować książki o tej tematyce, np. powieści: *Dżuma* Alberta Camusa (1913–1960) czy *Miasto ślepców* José Saramago (1922–2010), polecano również szereg kolejnych pozycji z literatury i filmu, które budziły teraz zupełnie innego rodzaju zainteresowanie niż w czasie przed pandemią.

²⁵ GIS. Jak myć ręce?, Instrukcja mycia rąk, <https://gis.gov.pl/zdrowie/zasady-prawidlowego-mycia-rak/> [dostęp: 17.03.2020].

²⁶ Nadciąga śmiertelność hantawirus. Będzie gorszy od koronawirusa?, „Super Express”, <https://www.se.pl/wiadomosci/swiat/nadciaga-smiertelny-hantawirus-bedzie-gorszy-od-koronawirusa-aa-qjZw-2oa5-QPXM.html> [dostęp: 10.04.2020].

Może niektórzy szukali w tych książkach przykładów, jak sobie radzono w czasie epidemii, ale może też opisy dawały ulgę, bo potwierdzały, że mimo wszystko ludzie dali radę przeżyć tak ekstremalnie trudny czas. Obszerne opisy dawnych epidemii oraz stare obrazy ilustrujące miasta z wielką liczbą nieżywych ludzi zajmowały znaczną część szpalt czasopism.

Niewątpliwie w rozumieniu zakaźników, epidemiologów i higienistów doświadczenia społeczeństw zdobyte w czasie pandemii COVID-19 powinny być wykorzystywane w przyszłości, by w umiejętny sposób prowadzić nauczanie profilaktyki chorób zakaźnych, a także kształtować precyzyjne działania logistyczne w przypadku kolejnej pandemii, trochę na wzór świetnie zorganizowanej medycyny katastrof.

Relacja zawarta w tej książce ma pewne cechy kroniki pandemicznej o wartości niejako już historycznej, bo wstępnie opisywana sytuacja okazała się bardzo dynamiczna i już w połowie czerwca 2020 r. wyraźnie było widać zmianę w postawach społeczeństwa wobec pandemii. Przejawiało się to w aktywnościach nie zawsze – w ujęciu epidemiologów – prozdrowotnych. Na ulicach i w sklepach znów pojawili się ludzie, organizowano wesela, na nadmorskich plażach widać było tłumy. W większości przypadków nie widać było osób w maseczkach, nie zachowywano odpowiednich odległości od siebie. Niektórzy nazwali ten czas **epidemią buntu**. I nadejście, zresztą zapowiadanej, drugiej fali zakażeń we wrześniu 2020 r. postaw tych „buntowników” nie zmienia.

Od początku pandemii COVID-19, czyli już w marcu 2020 r., można było obserwować znaczną liczbę informacji – prawdziwych i nieprawdziwych – przekazywanych w sieci, ale też dawną drogą przekazu ustnego. Problem dotyczył całego świata i został nazwany „infodemic” – czyli „epidemia” **teorii spiskowych i fake newsów**, która szerzyła się z szybkością nieraz większą niż wirus. Fake newsy to współczesne plotki, które od wieków zaspokajają naturalną ciekawość ludzi, chęć poznania prawdy, ale też nasilają skłonność do podejrzliwości i myślenia fatalistycznego. Stanowią ważny element towarzyszący epidemii, który ma wpływ na ludzką psychikę i zachowania. Zauważyła to m.in. ONZ, która ostrzegała, iż przestępcy wykorzystują kryzys związany z pandemią COVID-19, sprzedając w Internecie fałszywe leki rzekomo pomagające na terapię tych zakażeń, dokonują cyberataków na systemy informatyczne szpitali²⁷, a ludzie źle poinformowani podejmują niewłaściwe decyzje

²⁷ UN tackles ‘infodemic’ of misinformation and cybercrime in COVID-19 crisis, <https://www.un.org/en/un-coronavirus-communications-team/un-tackling-%E2%80%98infodemic%E2%80%99-misinformation-and-cybercrime-covid-19> [dostęp: 12.04.2020].

w odniesieniu do swego zdrowia²⁸. Zwracają na to uwagę uniwersytety, np. University of Washington²⁹. WHO uznała dezinformację za jedno z największych wyzwań, przed jakimi aktualnie stoi i aby je zwalczać, założyła stronę internetową „Kłamstwa mitów” odpierającą fałszywe informacje (plotki), na przykład, że spożywanie czosnku lub rozpylanie chloru na ciało może zabić wirusa³⁰.

The Health on the Net Foundation Code of Conduct (HONcode)³¹ zajmuje się wiarygodnością informacji przekazywanych w internecie i zauważa, że jest to jeden z głównych problemów zdrowotnych omawianych w tym medium³². Internet stał się jednym z najczęściej używanych środków komunikacji. Dzięki dostępności oprogramowania serwera www każdy może założyć witrynę internetową i publikować wszelkiego rodzaju dane, które są dostępne dla wszystkich – tutaj najważniejsza jest ocena wiarygodności zamieszczanych treści, a tymczasem w wielu przypadkach dana witryna internetowa nie zawiera odpowiedniej dokumentacji projektu naukowego badania medycznego, ani nie udostępnia badań potwierdzających dane twierdzenia.

Certyfikaty HONcode podlegają opłacie. Reguły HONcode to utrzymywanie stron internetowych zgodnie z podstawowymi standardami etycznymi w zakresie prezentacji informacji i upewnianie się, że czytelnicy zawsze znają źródło i cel czytanych danych.

Wprawdzie względnie mało jest stron internetowych opatrzonych logo HONcode, ale myśl przewodnia, jaką jest wiarygodność informacji, warta jest propagowania.

W 2018 r. został już zauważony aktywny trolling dotyczący szkodliwości szczepień, a śledztwo w tej sprawie przeprowadził zespół badaczy z George Washington University, University of Maryland, Johns Hopkins University.

16 kwietnia 2020 r., czyli w drugim miesiącu trwania pandemii, ukazał się raport *EU East Stratcom Task Force* komórki Komisji Europejskiej zajmującej się wykrywaniem i zwalczaniem dezinformacji. Raportuje ona, że w ciągu ostatniego tygodnia od ukazania się raportu miał miejsce wysyp fake newsów wiążących pandemię koronawirusa z teoriami spiskowymi i antyszczepionkową narracją. Tylko w tym jednym tygodniu spece z EU East Stratcom Task Force naliczyli 314 przy-

²⁸ Is the new coronavirus ‘infodemic’ spreading faster than the virus?, <https://www.euronews.com/2020/03/13/is-the-new-coronavirus-infodemic-spreading-faster-than-the-virus> [dostęp: 12.04.2020].

²⁹ University of Washington. Fighting COVID-19 misinformation, <https://www.washington.edu/> [dostęp: 12.04.2020].

³⁰ Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: Myth busters, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters> [dostęp: 12.04.2020].

³¹ The Health on the Net Foundation Code of Conduct (HONcode), <https://www.hon.ch/HONcode/> [dostęp: 12.04.2020].

³² Health On the Net, a non for profit organisation, promotes transparent and reliable health information online, <https://www.hon.ch/en/> [dostęp: 12.04.2020].

padków szerzenia dezinformacji na temat COVID-19³³. Do września 2020 r. nadal krążyły fake newsy dotyczące szczepienia ludzi przeciwko SARS-CoV-2 z jednoczesnym aplikowaniem chipu czy technologii 5G³⁴. Wystarczy wpisać hasło „nano chip Gates depopulacja” do wyszukiwarki, żeby Google pokazał linki do polskich portali, które, jak uznano oficjalnie, służą rozpowszechnianiu fałszu i niepewności, podsycając epidemię strachu.

Jednocześnie, pojawiły się fake newsy negujące fakt pandemii, która została wymyślona jako element kampanii wykreowanej przez mass media uczestniczące w światowym spisku³⁵.

Ważnym przekazem dla wszystkich jest hasło: **Pamiętajcie, że ci, którzy przekazują dalej te fałszywki, postępują zgodnie z oczekiwaniami tych, którzy fake newsy tworzą.**

Osoby, które poszukują tego typu sensacji, powinny sobie zdawać sprawę z ich nieprawdy i celu, jakiemu służą.

Działania władz w opanowywaniu dezinformacji i niepokoju społecznego

Już na początku pandemii COVID-19, władze przewidywały i dostrzegały zaniepokojenie społeczeństwa, pojawiało się też coraz więcej fake newsów, których celem było głównie podsycanie niepokoju, a fakt, że były przez liczne osoby udostępniane w sieci i powtarzane w bezpośrednich rozmowach, świadczył o tym, że fake newsy osiągały cel, gdyż – jak widać – wiele osób w nie uwierzyło. W Polsce utworzono więc specjalne strony w Ministerstwie Zdrowia i na wiarygodnych portalach, gdzie były one objaśniane i dementowane.

Poza tym przekazywano społeczeństwu w publicznych mediach różne informacje, początkowo tak zmienne w czasie i wielokrotnie sprzeczne, że władze sanitarne kraju i rząd podali mediom wytyczne, kto może oficjalnie informować i w jaki sposób. Nie wiemy na pewno, ale prawdopodobnie w decyzjach tego typu byli pomocni psychologowie i socjolodzy. Zalecano więc dziennikarzom, by przekaz w mass mediach był prosty i zrozumiały dla wszystkich, a podawane informacje – potwierdzone

³³ Fake newsy o COVID-19 – jak rosyjscy trolle manipulują mediami i sieciami społecznościowymi, https://www.crazynauka.pl/fake-newsy-o-covid-19-jak-rosyjscy-trolle-manipuluja-mediami-i-sieciami-spolesznosciowymi/?fbclid=IwAR3Q86-C_hm5HX7t8boE51z8SHfWB1aZ1zUJOmruDLVvTJYcro0LdEvTYTE [dostęp: 1.05.2020].

³⁴ W szczepionce na Korona Bill Gates umieszcza nanochipy, <https://www.youtube.com/watch?v=2LcGaIaov9s&app=desktop> [dostęp: 17.05.2020].

³⁵ COVID.19. Fake newsy równie groźne jak sam koronawirus, <https://www.rynekapterk.pl/marketing-i-zarzadzanie/covid-19-fake-newsy-rownie-grozne-jak-sam-koronawirus,37460.html> [dostęp: 1.05.2020].

w oficjalnych źródłach. Należało unikać sformułowań typu „nigdy nie było takiej sytuacji”, „ludzie czy władze nie wiedzą, co będzie”, ale też „to już kolejna ofiara”. Sugerowano, by nie relacjonować paniki w sklepach, a obrazy opustoszałych ulic czasu kwarantanny opatrywać komentarzem, że „ludzie słuchają apeli i zachowują się racjonalnie”, a także podkreślać, że „ofiary mają choroby współistniejące” itp.

Przy opracowywaniu tych zaleceń, które podaliśmy w zarysie, prawdopodobnie korzystano z ogólnej wiedzy o epidemiach, zachowaniach panicznych ludzi w tym czasie, czerpano z doświadczeń innych krajów będących już w okresie epidemii i z dość odległej (szczególnie w wyobrażeniu ludzi młodych) epidemii SARS z 2003 r. Tamten tajemniczy koronawirus, tak jak nagle się pojawił, powodując światowy niepokój, niespodziewanie zniknął. Wiele innych koronawirusów nadal spokojnie żyje w naszym środowisku i do tej pory nie budziło lęku.

Tak masowe zagrożenie ze strony koronawirusa (aktualnie COVID-19) jest zagrożeniem nowym – a właśnie te nowe wywołują największy niepokój społeczny. Udowodniono w szeregu badań, że te nowe, egzotyczne zagrożenia – takie jak SARS-CoV-2, wirus ebola czy ptasia grypa, pandemia grypy H1N1 – podnoszą bardziej poziom niepokoju społecznego i lęku, a także paniki, niż jak już przedtem poznane zagrożenia.

Rola mass mediów w okresie pandemii COVID-19

Już na początku pandemii COVID-19 w Internecie (zwłaszcza mediach społecznościowych), ale też w prasie codziennej czy tygodniowej, pojawiły się dowcipy rysunkowe, pozornie śmieszne filmiki czy humorystyczne występy komediantów. Memy dotyczące koronawirusa rozprzestrzeniały się, gdy choroba przenosiła się na cały świat – gdyż zasięg Internetu ma charakter globalny – i wielokrotnie podtrzymywały na duchu ludzi w różnych krajach. Często anonimowi twórcy okazywali się ważni, bo stawali się swojego rodzaju terapeutami, ponieważ humor, który daje uśmiech, może nawet podnieść odporność własną. Ponadto takie treści zwykle nosiły też element edukacyjny łatwo docierający do społeczeństwa, które do niedawna niewiele wiedziało o chorobach zakaźnych, bo stosowane od wielu lat szczepienia ochronne spowodowały zanik najgroźniejszych, a ludzie nie zwracali też uwagi na wielki obszar higieny i epidemiologii niejako uśpiony w powszechnej świadomości od wielu lat. W czasie pandemii COVID-19 dzięki mass mediom społeczeństwo było systematycznie informowane przez wiarygodne źródła np. o budowie wirusów, sposobie ich namnażania, możliwościach rozpoznawania zakażenia, próbach podawania różnych leków stosowanych też w innych choro-

bach, wreszcie o zasadach i tempie przygotowywania szczepionek. Wszystkie te działania znacznie podnosiły świadomość społeczną.

Można postawić bardzo ważne pytanie: Czy wstępnej panice wokół COVID-19 winne są mass media? Oczywiście niezupełnie, ale to właśnie one powinny jak najrzetelniej przedstawiać sytuację związaną z epidemią i sięgnąć do wiarygodnych źródeł informacji, do wiedzy ekspertów, czego zresztą doświadczamy aktualnie w Polsce.

Rola portali społecznościowych i kontaktów internetowych przez komunikatory takie, jak np. Messenger czy WhatsApp jest też znaczna. Poza terapią uśmiechem i edukacją są niestety też źródłem dezinformujących fake newsów, gdyż zwykle wprowadzają stan niepokoju, zamętu informacyjnego, zwiększają poczucie nieuchronnej katastrofy, co może powodować utratę wiary, nadziei i naturalnej radości człowieka z życia, które są jego „wewnętrznym orężem” we własnej walce z pandemicznym zagrożeniem.

Wiara pomocą w dawnych epidemiach i w pandemii COVID-19

„Nie bój się, tylko wierz” (Mk 5, 36 – Ewangelia wg św. Marka)

Nawet, jeśli ktoś jest agnastykiem czy ateistą, może powinien rozważyć, jak ważna była i jest dla znacznej grupy społeczeństw wiara. Nie tylko wzmacnia ona siły obronne organizmu, ale prawdopodobnie umożliwiała od wieków pogodzenie się ze śmiercią czy przetrwanie bez następstw w postaci zaburzeń psychicznych czas kwarantanny i pandemii.

Niezapomniany, wstrząsający i przejmujący był obraz będącej u kresu sił włoskiej pielęgniarki walczącej z obecną pandemią COVID-19, która opowiadała przed kamerami, że wszyscy ratownicy wobec ogromu nieszczęść, cierpień ludzi, śmierci z uduszenia, umierania w samotności (nikt z bliskich nie mógł wejść do szpitala), a także własnej bezsilności (nie można było przecież ratować wszystkich) – w pewnym momencie niezależnie od wiary – intensywnie, gorączkowo ratując ludzkie życie, jednocześnie zaczęli się głośno modlić.

Modlitwy, krzyże i *Salus Populi Romani* – ikona Matki Bożej

Historia św. Rocha

Od początku pandemii COVID-19, ale i nadal, w czasie jej drugiej fali, są licznie rozsyłane przez Internet obrazki świętych, a także modlitwy ułożone na czas zarazy. Najczęściej kierowane są do św. Rocha lub św. Sebastiana – patronów zaraźliwych. Św. Roch pochodził z bogatej francuskiej rodziny, w którymś momencie życia majątek rozdał ubogim, wyruszył do Rzymu – ale po drodze zastała go dżuma. W miejscowym szpitalu miasteczka Acquapendente opiekował się zarażonymi, a gdy dotarł do Rzymu (gdzie spędził trzy lata), dokonywał cudownych uzdrowień. Wracając do Francji, w Piacenzy jednak i on zaraził się dżumą. By nie zarażać innych, ukrył się w lesie, aż któregoś dnia wytropił go pies i przynosił mu jedzenie. Po cudownym ozdrowieniu dalej zmierzał do domu, ale na granicy włosko-francuskiej uznano go za szpiega, osadzono w więzieniu, gdzie zmarł nierozpoznany. W Polsce jest czczony już od XV wieku³⁶.

Krzyż morowy – karawaka

Innym elementem, który miał wzmacniać siły duchowe człowieka, był dwuramienny (rzadziej trójramienny) krzyż choleryczny, morowy, zwany karawaka. Można go jeszcze teraz zauważyć w wielu miejscowościach Polski i Europy. Tradycja pochodzi z XVI wieku z miasta Caravaca w Hiszpanii, do Polski dotarła pod koniec XVIII wieku. Na krzyżu umieszczano modlitwę o wstawiennictwo do świętych. W czasach epidemii wznoszono jeszcze inne krzyże, czasem wieszane na drzwiach wejściowych od wewnątrz lub przechowywane w domach w formie amuletu. Stały się talizmanem popularnym nie tylko wśród katolików.

Na marginesie warto podać, że w rzeczywistości krzyż z Caravaca jest relikwiarzem zdobytym przez Ferdynanda III Świętego podczas wojny z Maurami w 1241 r. Jego nietypowy w łacińskiej Europie kształt wiąże się z pochodzeniem z chrześcijańskiego Wschodu. Do Caravaca przywieźli go templariusze, którzy otrzymali go jako dar od króla. Później relikwiarz posiadali zakonnicy z Zakonu Rycerskiego Świętego Jakuba³⁷.

Do tej tradycji nawiązuje obecny papież Franciszek, przypominając o znaczeniu wiary w czasie epidemii – w czasie Drogi Krzyżowej przed Wielkanocą 2020 r., gdy puste (choć otwarte) były wszystkie kościoły, papież pielgrzymował do Bazyliki Matki Bożej Większej i do krzyża św. Marcelego.

³⁶ Z. Bauer, A. Leszkiewicz, *Wielka Księga Świętych*, t. 3, Kraków 2003, s. 161.

³⁷ M. Zalewski, *Karawaka. Kapliczki, krzyże i figurki przydrożne*, https://pl.wikipedia.org/wiki/Krzyż%C5%BC_przydro%C5%BCny [dostęp: 13.04.2020].

Salus Populi Romani – ikona Matki Bożej

W Bazylice Matki Bożej Większej w Rzymie umieszczona jest ikona Matki Bożej, którą nazwano *Salus Populi Romani* – Ocalenie Ludu Rzymskiego. W 593 r. Grzegorz Wielki niósł ją ulicami, prosząc o wyzwolenie od panującej wówczas dżumy. W 1837 r. Grzegorz XVI modlił się przed nią o ustanie epidemii cholery. Do niej modlili się też Rzymianie podczas pandemii COVID-19.

Krzyż św. Marcelego w Rzymie

Krzyż św. Marcelego jest uznawany przez Rzymian za cudowny od 1519 r., kiedy to spłonął cały kościół św. Marcelego, a ocalał jedynie ten krzyż, nietknięty ogniem. Trzy lata później Rzym został dotknięty epidemią dżumy, a mieszkańcy – wbrew nakazowi wychodzenia z domów – wynieśli krzyż na ulice. Przez 16 dni pielgrzymowano z krzyżem przez wszystkie dzielnice miasta, a tam gdzie docierano, choroba ustępowała. Kiedy krzyż powrócił do kościoła św. Marcelego, epidemia się zakończyła³⁸.

Czy pandemia COVID-19 zmienia świat?

Zaobserwowano już w XI wieku, że rygorystyczne zamykanie ludzi w ich własnych domach, szczególnie w obszarach wysokiego ryzyka, może spowolnić rozprzestrzenianie się zarazy, a w czasie pandemii COVID-19 wykorzystano te doświadczenia³⁹. Ale takie ograniczanie kontaktów fizycznych do niezbędnego minimum rodzi bardzo poważne pytania o następstwa tego stanu rzeczy. Powszechnie staje się w mass mediach stwierdzenie: „nic nie będzie już takie po pandemii COVID-19, jak było przedtem”. Oczywiście, im dłużej potrwa pandemia, tym wywoła poważniejsze skutki. Ale na jaką skalę dokonają się te zmiany? Czy więzi społeczne zaczną zanikać, jaki będzie wpływ na gospodarkę, podróże w dalekie regiony świata? Trudno przewidzieć, zresztą odpowiedni specjaliści też mają różne zdanie na ten temat.

Nie da się wykluczyć, że będziemy musieli się nauczyć żyć przewlekłe z tym zagrożeniem – jako Homo pandemicus – bo nie wiadomo, kiedy pojawi się szczepionka lub skuteczna terapia zakażeń SARS-CoV-2. Indywidualizm, postrzegany dotąd jako szczytowa

³⁸ Papież przypomina o znaczeniu wiary w czasie epidemii, <https://www.vaticannews.va/pl/papiez/news/2020-03/papiez-krzyz-marcelego-matka-boza-wieksza-pielgrzymka-epidemia.html> [dostęp: 13.04.2020].

³⁹ H. Lau, V. Khosrawipour, P. Kocbach i in., *The positive impact of lockdown in Wuhan on containing the COVID-19 outbreak in China*, „Journal of Travel Medicine” 2020, 27(3).

forma samorealizacji człowieka, może nabrać zupełnie nowego znaczenia. Stanie się rodzajem przekleństwa losu w sytuacji, w której fizyczny kontakt z innymi zostanie ograniczony do minimum. Już wcześniej nasza kultura, oferując nowe rozwiązania technologiczne, podążała w stronę zaniku więzi społecznych i była postrzegana jako „bezdotykowa”. Teraz proces ten nabrał rozpędu: praca, szkoła i studia głównie na platformach e-learningowych, kultura w Internecie, znajomi wyłącznie w sieciach społecznościowych, zakupy w wirtualnym sklepie. Czy wyzbędziemy się lęku o możliwość zakażenia i zaczniemy się spotykać i przytulać bez obaw, tym bardziej, że epidemiolodzy i wirusolodzy ostrzegają, że SARS-CoV-2 przetrwa długo w środowisku ludzkim?

Jak pokazują liczby zakażeń i zgonów w krajach, które przed 17 laty dotknęła epidemia SARS – jednak nauka z tamtego okresu nie poszła w las – podczas wybuchu COVID-19 w tych rejonach zorganizowano w błyskawicznym tempie wszystkie metody rozpoznawania choroby i izolacji zakażonych.

Od początku pandemii, jak podawały mass media, wiele osób bogaciło się, zrabiając na handlu maseczkami, kombinezonami i sprzętem służącym do ratowania ludzi, który wielokrotnie nie posiadał odpowiednich atestów. Bardzo zamożni ludzie sprzed pandemii bogacą się jeszcze bardziej – szczególnie firmy zajmujące się Internetem, który stał się nieomal jedynym środkiem łączności pomiędzy ludźmi, miejscem pracy, szkoły, ale też platformą zakupową. Małe firmy w związku z zamknięciem w domach upadają – nie wszystkie dadzą radę się odbudować.

Coraz częściej słyszymy, że pracownicy służby zdrowia pracujący na pierwszej linii frontu walki z pandemią są dyskryminowani przez sąsiadów czy małe społeczności – spotykają się z zarzutami, że roznoszą zarazę.

Niektórzy uważają, że pandemia COVID-19 jest szansą na „przerobienie społeczeństw” i zbudowanie lepszej przyszłości. Inni obawiają się, że mogą się tylko pogorszyć istniejące niesprawiedliwości⁴⁰.

Pewnie po latach będziemy mogli odpowiedzieć, czy czegoś się nauczyliśmy z tych trudnych doświadczeń pandemii COVID-19, na które nie byliśmy przygotowani. Wszak już żyjący w starożytności (106 p.n.e. – 43 p.n.e.) Ciceron napisał, że **historia jest nauczycielką życia** (*historia magistra vitae est* – Cicero, *De Oratore*, II, 36).

⁴⁰ P.C. Baker, „*We can't go back to normal*”: *how will coronavirus change the world?*, <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/31/how-will-the-world-emerge-from-the-coronavirus-crisis> [dostęp: 16.04.2020].

Rozwój telemedycyny

Pandemia COVID-19 zmieniła świat w ciągu zaledwie kilku tygodni – głównie dlatego, że podstawowym działaniem ograniczającym rozprzestrzenianie się wirusa była konieczność izolacji społecznej – a taka sytuacja (tym bardziej w warunkach braku dostatecznej ilości środków ochrony osobistej, co obserwowano na początku pandemii) wymusza rozważenie wskazówek dotyczących kontaktów w zakresie opieki zdrowotnej nad pacjentem, także wtedy, gdy zagrożenie zakażeniami na tak masową skalę ustąpi. Które bezpośrednie porady (wizyty, badania) lekarskie (*face to face*) są konieczne, a które można zamienić na niebezpośrednie (*non face to face*), realizowane poprzez telefon czy Internet?⁴¹ Dlatego sektor ochrony zdrowia już podjął szybkie i zdecydowane kroki zmierzające do jak najszerszego i jak najczęstszego stosowania w każdej placówce zdalnych konsultacji medycznych. Chcąc utrzymać ciągłość działalności leczniczej i realizując zarządzanie kryzysowe placówką ochrony zdrowia, należało dostosowywać wszystkie procedury do sytuacji wywołanej przez pandemię COVID-19, a telemedycyna okazała się doskonałym rozwiązaniem, które pomaga przechodzić przez trudny okres. Placówki ochrony zdrowia muszą stale zwiększać swoje zasoby w zakresie infrastruktury informatycznej, by umożliwiać wszystkim pacjentom zdalny kontakt, co służy bezpieczeństwu epidemiologicznemu, jednocześnie pozwalając na realizowanie świadczeń medycznych.

Jednak przechodzenie do systemu telemedycyny wymaga zmiany przyzwyczajeń – zarówno lekarzy, jak i pacjentów. Dla wielu niezwykle ważna jest relacja, jaką buduje się na linii pacjent – lekarz w bezpośrednim kontakcie. Dlatego telemedycyna nie zastąpi bezpośredniej wizyty lekarskiej w gabinecie, ale w dużej mierze może ją uzupełniać.

Przygotowania do systemu opieki przy użyciu telemedycyny trwały już przed pandemią, ale były wprowadzane dość opieszale i tylko w niektórych placówkach (w czasie pandemii COVID-19 przyspieszono realizację projektu) wprowadzono powszechnie e-skierowania, e-recepty oraz e-zwolnienia lekarskie. Okazuje się, że prawie 90% telekonsultacji za pomocą platformy usług telemedycznych rozwiązuje problemy pacjentów w ramach różnych specjalizacji lekarskich⁴².

⁴¹ B.C. Klein, N.A. Busis, *COVID-19 is catalyzing the adoption of teleneurology*, „Neurology” 2020, Apr 1.

⁴² Telemedico. 8/10 problemów zostaje rozwiązanych w trakcie pierwszej konsultacji, <https://telemedi.co/pl/> [dostęp: 17.04.2020].

Nauka i praca zdalna w Polsce

Już na początku pandemii COVID-19 nie tylko uczniowie, ale też nauczyciele i pracownicy przeszli przyspieszoną edukację, jak wykorzystać Internet w warunkach kwarantanny. Jak twierdzą badacze problemu, istniały plany, by stało się to dopiero w 2030 r. – przygotowania trwały, ale tempo było niewielkie. Choć wiele firm już wdrażało tę metodę pracy, zdarzały się też sytuacje, gdy nauczano na odległość. Wydawało się jednak, że wszyscy mają czas. Koronawirus dał lekcję – jak twierdzą zajmujący się tematem, przeskoczyliśmy o 10 lat do przodu. Po początkowym przerażeniu niektórych, wydaje się, że sytuacja powoli się normalizuje. Ciekawe, czy nauczanie zdalne i praca na odległość przetrwa w czasie uspokojenia po pandemii? Jaki to będzie miało wpływ na zdrowie psychiczne użytkowników, ich rodzin, i w efekcie, jak wpłynie na kształt relacji społecznych – trudno przewidywać. A może zostaną policzone koszty utrzymywania szkół czy biur w sytuacji, gdy jest możliwa praca w domu? Czy te racjonalne ekonomiczne przesłania przeważą nad dbałością o bezpośrednie kontakty ludzi? Odpowiedzi na wiele tych pytań przyniesie czas. Może jednak będziemy już przygotowani na wypadek kolejnej pandemii innym już wirusem, co wieszczą wirusolodzy⁴³.

Pandemia COVID-19 a zdrowie psychiczne

W przeszłości wybuchy epidemii (podobna sytuacja nastąpiła w czasie obecnej pandemii COVID-19) we wstępnym okresie niezmiennie wiązały się ze stanami paniki i poczuciem zagrożenia bezpieczeństwa, co przejawiało się m.in. w masowym dokonywaniu zakupów – zapasów jedzenia, ale też środków odkażających⁴⁴. Opisywano nasilające się zaburzenia psychiczne u ludzi, w tym lęk, bezsenność, notowano zwiększone spożycie alkoholu spowodowane nie tylko stresem związanym z kwarantanną, ale też informacjami w rodzaju fake newsów, że alkohol

⁴³ Nauka online. Ministerstwo radzi, jak prowadzić lekcje, <https://www.portalsamorzadowy.pl/edukacja/nauka-online-ministerstwo-radzi-jak-prowadzic-lekcje,160798.html> [dostęp: 5.06.2020]; Obowiązkowe nauczanie online może na stałe zmienić model edukacji. Nauczyciele przekonują się do używania technologii, <https://biznes.newseria.pl/news/obowiazkowe-nauczanie-p1242536661> [dostęp: 5.06.2020]; Koronawirus cyfryzuje świat, <https://www.sztucznainteligen-cja.org.pl/koronawirus-cyfryzuje-swiat/> [dostęp: 5.06.2020].

⁴⁴ C. Wang, R. Pan, X. Wan i in., *A Longitudinal Study on the Mental Health of General Population during the COVID-19 Epidemic in China*, „Brain Behav. Immun.” 2020, Apr. 13. Najpierw papier toaletowy, teraz alkohol. Hiszpanie robią zapasy w związku z pandemią, <https://zdrowie.wprost.pl/koronawirus/na-swiecie/10311799/najpierw-papier-toaletowy-teraz-alkohol-hiszpanie-robia-zapasy-w-zwiazku-z-pandemia.html> [dostęp: 17.04.2020].

zapobiega zakażeniu⁴⁵. Z tego powodu WHO i inne instytucje prowadzą kampanie edukacyjne tłumacząc, iż spożywanie alkoholu w żaden sposób nie uchroni przed zarażeniem się COVID-19⁴⁶.

Jak w czasie wszystkich epidemii, od początku obecnej pojawiają się niekorzystne stany fobii społecznej – stygmatyzacji, społecznego napiętnowania i ksenofobii. Ofiarami są osoby pochodzenia azjatyckiego, co jest powiązane z faktem, że w Azji właśnie rozpoczęła się pandemia COVID-19, ale też te, które podejrzewa się o większą możliwość przenoszenia zakażenia, np. pracownicy służby zdrowia. Spotyka się to z głośnym odezwem społecznym wspierającym (choćby w mediach społecznościowych) ludzi pracujących bezpośrednio z zakażonymi i potępiającym zachowania, nie tylko irracjonalne, ale i wrogie. Problemem zajmują się od początku pandemii gremia psychologów i socjologów. Podano w publikacjach, że po wstępnym okresie paniki i strachu, spokojnego poddawania się nakazom izolacji ludzie przeżywają teraz nie tylko przyzwyczajenie do trwającej pandemii, ale przestają zachowywać ostrożność – co jest nazywane epidemią buntu. Jest to w pewnej mierze spowodowane utratą pracy lub zagrożeniem tej utraty w zamkniętych na czas pandemii zakładach, ale też potrzebą bezpośrednich kontaktów społecznych. Jest to zjawisko korzystne – gdyż świadczy, że ludzie zachowali swoją naturalną potrzebę przebywania z innymi. Jednocześnie te zachowania mogą sprzyjać szerzeniu zakażeń, kolejnej ich fali zresztą przepowiadanej przez epidemiologów.

Konfrontacja ze stresem, jakim jest wybuch pandemii COVID-19, u niektórych osób skutkuje również obniżeniem sprawności i odporności psychicznej na niespotykaną skalę o trudnych do oszacowania konsekwencjach.

Zespół stresu pourazowego PTSD, opisany po epidemii SARS, może dotyczyć szczególnie osób pracujących bezpośrednio z zakażonymi, a także będących ofiarami prześladowań z powodu podejrzenia o możliwość przenoszenia zakażeń⁴⁷.

Ważnym problemem, którym zajęli się psychologowie od początku pandemii, była ochrona zdrowia psychicznego dzieci. Zalecano na różnych portalach i w mediach, by ograniczać wiadomości przekazywane dzieciom, zachowywać się w domu spokojnie, bo dzieci mające wielką wyobraźnię, przetwarzając informa-

⁴⁵ Przez pandemię Polacy częściej sięgają po alkohol. Nie ma czegoś takiego, jak bezpieczne picie, każde jest ryzykowne, <https://dziendobry.tvn.pl/a/przez-pandemie-coraz-polacy-pija-coraz-wiecej-alkoholu-ekspert-ds-uzaleznien-nie-ma-czegos-takiego-jak-bezpieczne-picie-kazde-jest-ryzykowne> [dostęp: 17.04.2020]; G. Testino, R. Pellicano, *Alcohol consumption in the Covid-19 Era*, „Minerva Gastroenterol Dietol.” 2020, Mar. 27.

⁴⁶ Alcohol and COVID-19: what you need to know, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/437608/Alcohol-and-COVID-19-what-you-need-to-know.pdf [dostęp: 17.04.2020].

⁴⁷ K. Lurka, J. Heitzman, *COVID-19 a zdrowie psychiczne*, „Termedia”, <https://www.termedia.pl/mz/COVID-19-a-zdrowie-psychiczne,37447.html> [dostęp: 17.04.2020].

cje, mogą tracić poczucie bezpieczeństwa, które jest niezbędne dla prawidłowego rozwoju⁴⁸. Opieka, ochrona i miłość to kluczowe rzeczy, które dzieci powinny poczuć w warunkach katastrofy. Podawano, by zachęcać je do twórczych aktywności: malowania, pisanie i rysowania. Dzięki temu wyrażą swoje uczucia w naturalny i łagodny sposób. Ponadto rozpowszechniano profesjonalne materiały edukacyjne dopasowane do wieku, dotyczące zakażenia wirusem⁴⁹.

Interesującym współczesnym zjawiskiem społecznym „oswajania śmierci”, które zaistniało przed laty (od września 2011 r.) były *death cafes* (kawiarnie śmierci). Kawiarnie te szybko się rozprzestrzeniły w 71 krajach Europy, Ameryki Północnej i Australii. Są to miejsca, gdzie ludzie, często nieznajomi, spotykają się, aby zjeść ciasto, napić się herbaty i podyskutować o śmierci. Celem jest „zwiększenie świadomości śmierci w celu pomocy ludziom w jak najlepszym wykorzystaniu (skończonego) życia”. Jest to grupa dyskusyjna, a nie sesja wsparcia żalu lub porady⁵⁰. Okazało się, że już we wstępnym okresie pandemii COVID-19 wyraźnie zaznaczyła się potrzeba mówienia o śmierci i umieraniu i być może ten trend się utrzyma⁵¹.

Ochrona zdrowia psychicznego pracowników medycznych

W czasie pandemii COVID-19 pracownicy służby zdrowia są bardziej narażeni na kontakt z osobami zarażonymi, co powoduje ich znaczące obciążenie psychiczne. Narastające problemy psychologiczne pracowników medycznych, głównie pielęgniarek i częściej kobiet niż mężczyzn, dotyczą wzmożonego poziomu lęku, depresji, bezsenności, uczucia przewlekłego zmęczenia i stresu. Szczególnie obawiają się o zdrowie własne i swoich rodzin, ponoszą ciężar emocjonalnego kontaktu z chorymi, podlegają przeciążeniu zawodowemu z uwagi na niedobory personelu i początkowo niewystarczające osobiste zabezpieczenie ochronne, ale też uciążliwości z jego używaniem. W stanie dekompensacji psychicznej wymagają wiarygodnego wsparcia informacyjnego, zredukowania stresu, odbarczenia napięcia i odpoczynku. W wypadku wielogodzinnej pracy ciągłej powinni mieć zagwarantowane miejsce do samotnego odpoczynku i relaksu oraz zaspokojenie codziennych potrzeb, takich jak: jedzenie, sen, odzież ochronna i kontakt z rodziną⁵².

⁴⁸ J.J. Liu, Y. Bao, X. Huang i in., *Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19*, „Lancet Child Adolesc. Health” 2020, Mar. 27.

⁴⁹ Zdrowie psychiczne w czasie pandemii COVID-19 – jak o nie dbać?, <https://zdrowie.wprost.pl/koronawirus/fakty-o-koronawirusie/10307606/zdrowie-psychiczne-w-czasie-pandemii-covid-19-jak-o-nie-dbac.html> [dostęp: 17.04.2020].

⁵⁰ What is Death Cafe?, <https://deathcafe.com/what/> [dostęp: 3.05.2020].

⁵¹ Death Cafe and Covid-19, <https://deathcafe.com/blog/334/> [dostęp: 3.05.2020].

⁵² Q. Chen, M. Liang, Y. Li i in., *Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak*, „Lancet Psychiatry” 2020, 7(4).

W okresie pandemii COVID-19 pracownicy medyczni w Wuhan (Chiny) zmagali się z ogromną presją, w tym wysokim ryzykiem infekcji i nieodpowiednią ochroną przed zanieczyszczeniem, przepracowaniem, frustracją, dyskryminacją, izolacją, pacjentami z negatywnymi emocjami, brakiem kontaktu z rodziną i wyczerpaniem. Ciężka sytuacja powodowała problemy ze zdrowiem psychicznym, takie jak stres, niepokój, objawy depresyjne, bezsenność, zaprzeczenie, gniew i strach⁵³. Zdarzały się też wśród lekarzy i pielęgniarek samobójstwa wiążące się przyczynowo z pandemią COVID-19⁵⁴.

Niestety, w czasie pandemii COVID-19 pracownicy służby zdrowia spotykali się też z ostracyzmem, gdyż bywali podejrzewani o możliwość przenoszenia zakażenia⁵⁵, ale byli też wspierani przez społeczeństwo, które dostarczało im darmowe posiłki⁵⁶ i pomocą w uzyskiwaniu mieszkań na okres pandemii⁵⁷.

Czy po pandemii COVID-19 wystąpi zespół stresu pourazowego (PTSD)?

Od początku pandemii wielu psychologów i socjologów zajmuje się badaniem stanu psychicznego ludzi w czasie jej trwania. Przez Internet udzielają porad ludziom nie tylko spoza kręgu medycznego, ale też pracownikom służby zdrowia. Z pewnym opóźnieniem w stosunku do etapu pandemii, bo dopiero 9 kwietnia 2020 r. uruchomiono bezpłatną infolinię dla pracowników ochrony zdrowia walczących

⁵³ L. Kang, Y. Li, S. Hu i in., *The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus*, „Lancet Psychiatry” 2020, 7(3).

⁵⁴ Koronawirus a piłka nożna. Tragedia w Stade Reims. Klubowy lekarz popełnił samobójstwo, bo miał COVID-19, <https://sport.tvp.pl/47437850/koronawirus-a-pilka-nozna-ligue-1-francja-lekarz-klubu-stade-reims-popelnil-samobojstwo-bo-byl-zakazony-covid-19> [dostęp: 17.04.2020]; Nie żyje kielecki lekarz, u którego wykryto koronawirusa, „Wyłączną przyczyną była fala hejtu”, <https://zdrowie.wprost.pl/koronawirus/w-polsce/10307765/nie-zyje-kielecki-lekarz-u-ktorego-wykryto-koronawirusa-wylaczna-przyczyna-byla-fala-hejtu.html> [dostęp: 17.04.2020]; Pielęgniarka zakażona koronawirusem popełniła samobójstwo. Miała 34 lata, <https://wiadomosci.radiozet.pl/Swiat/Covid-19.-Daniela-Trezzi-pielegniarka-zakazona-koronawirusem-popelnila-samobojstwo> [dostęp: 17.04.2020].

⁵⁵ Koronawirus. Piekarnia w Poznania nie obsługuje lekarzy. Izba lekarska zawiadomi policję, <https://poznany.wyborcza.pl/poznan/7,36001,25865406,koronawirus-piekarnia-z-poznania-nie-obsluguje-lekarzy-izba.html> [dostęp: 17.04.2020]; Skandal! Sąsiedzi chcą pozbyć się lekarki z bloku! Oblali jej drzwi farbą!, <https://warszawapigulce.pl/skandal-sasiedzi-chca-pozbyc-sie-lekarki-z-bloku-oblali-jej-drzwi-farba/> [dostęp: 17.04.2020].

⁵⁶ Kolejne restauracje wspierają lekarzy darmowym posiłkiem, <https://kulinaria.trojmiasto.pl/Restauracja-Muszla-wspiera-lekarzy-darmowym-posilkiem-n143274.html> [dostęp: 17.04.2020].

⁵⁷ Mieszkania dla lekarzy! Śląska Izba Lekarska będzie pomagała tym, którzy nie chcą wracać do domu po dyżurze, <https://tvs.pl/informacje/mieszkania-dla-lekarzy-slaska-izba-lekarska-będzie-pomagala-tym-ktorzy-nie-chca-wracac-do-domu-po-dyzurze-wideo/> [dostęp: 17.04.2020].

z epidemią SARS-CoV-2⁵⁸. Ale czy ci ostatni, działający często w ekstremalnych warunkach, mają czas, by zajmować się stanem swojej psychiki? Na to pytanie odpowiedzą zapewne specjaliści w bliższej czy dalszej przyszłości.

Na razie przydatne mogą być obserwacje z przebytej epidemii SARS (koronawirus). W czasie tamtej epidemii, która wybuchła w 2003 r. w różnych rejonach świata, w Toronto (Kanada), gdzie poddano kwarantannie 15 000 osób, zaobserwowano po jej zakończeniu niepokojące objawy psychiczne. Grupa psychologów, po uprzednich informacjach w mass mediach i lokalnych wywiadach telewizyjnych, w których brała udział, objęła badaniami ankietowymi wszystkie osoby po odbyciu kwarantanny.

Odpowiedziało 129 ankietowanych. 152 pytania zawarte w ankietach wymagały 20-minutowej odpowiedzi i były tak sformułowane, że psychologowie mogli jednoznacznie na podstawie odpowiedzi ocenić wiedzę badanych o kwarantannie i określić ich stan psychiczny. Wśród respondentów 68% stanowili pracownicy służby zdrowia, 72% miało wykształcenie wyższe lub powyżej. Połowa badanych znała osoby chore na SARS, a 10% dobrze znało kogoś, kto z tego powodu zmarł.

W ankiecie należało także dokonać opisu swojej sytuacji i odczuć w czasie trwania kwarantanny. Za szczególnie trudny podawano brak kontaktu fizycznego z członkami rodziny, brak spotkań z przyjaciółmi, niemożność dokonywania zakupów nawet dla zaspokojenia codziennych potrzeb, zakupów termometrów czy leków. Już samokontrola temperatury powodowała duży niepokój – podawano, że „mierzenie temperatury było trudne psychicznie”.

U 28,9% respondentów rozpoznano typowe objawy stresu pourazowego, a depresję u 31,2%. Częstość i stopień nasilenia objawów były zależne od długości kwarantanny. Po 10 latach od epidemii przeprowadzono badania wśród pracowników służby zdrowia, którzy przeżyli epidemię i kwarantannę. Potwierdzono, że u wielu z nich nadal utrzymywało się wiele elementów PTSD⁵⁹.

⁵⁸ Rusza bezpłatna infolinia psychologiczna dla pracowników ochrony zdrowia walczących z epidemią SARS-CoV-2, „Puls Medycyny”, <https://pulsmedycyny.pl/rusza-bezplatna-infolinia-psychologiczna-dla-pracownikow-ochrony-zdrowia-walczacych-z-epidemia-sars-cov-2-987933> [dostęp: 17.05.2020].

⁵⁹ L. Hawryluck, W.L. Gold, S. Robinson i in., *SARS Control and Psychological Effects of Quarantine*, 11, Toronto, s. 354, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3323345/> [dostęp: 20.03.2020].

Przemoc domowa i Deep Web (Dark Net), pedofilia

Środki ostrożności (np. akcja prewencyjno-edukacyjna #zostań w domu), przyjęte na początku pandemii COVID-19 na całym świecie, nie zawsze były pomocne, nawet w tych domach, w których wcześniej relacje rodzinne były poprawne. Zamknięcie w mieszkaniach, stałe przebywanie ze sobą rodziło konflikty. Ale ta sytuacja **zwiększała niestety ryzyko przemocy domowej** w rodzinach, w których przemoc istniała przed pandemią. Dla większości kobiet i dzieci właśnie dom, w którym przebywa sprawca, jest miejscem strachu i nadużyć, a nakazane środki nadzwyczajne wdrażane w celu walki z COVID-19 zwiększyły ich obciążenie pracą domową i opieką nad dziećmi, starszymi krewnymi i chorymi członkami rodziny. Ponadto wiele z nich musiało pracować zdalnie i pomagać dzieciom w nauczaniu on-line⁶⁰.

Szczególnie narażone na przemoc domową są kobiety z niepełnosprawnościami, imigrantki bez prawa pobytu w danym kraju i ofiary handlu ludźmi.

Ponieważ nie tylko telefonowanie w prośbą o pomoc, ale też rozmowy telefoniczne są niebezpieczne w sytuacji przebywania w domu sprawcy przemocy, pojawiły się postulaty, by zwiększyć nie tylko dostępność telefonu zaufania, ale też zapewnić ofiarom możliwość korzystania z czatów internetowych i usług SMS-owych⁶¹.

W Polsce 11 kwietnia 2020 r. rzecznik praw obywatelskich, dostrzegając nasilający się w czasie pandemii problem przemocy domowej, przypomniał zasady ochrony ofiar (szczególnie dzieci i kobiet) i podał plan postępowania, a także sposób informowania odpowiednich władz i instytucji⁶².

W czasie pandemii COVID-19 **czterokrotnie zwiększyła się liczba zgłoszeń dotyczących wykorzystywania dzieci w Internecie**, jak podała amerykańska organizacja non-profit National Center for Missing & Exploited Children (NCMEC). Dane są alarmujące.

NCMEC w kwietniu 2020 r. odebrało 4,1 miliona zgłoszeń dotyczących wykorzystywania dzieci w Internecie. W tym samym okresie 2019 r. zgłoszeń było cztery razy mniej.

Gdy w czasie obecnej pandemii zarządzono kwarantannę, zamknięte w domach dzieci odbywały lekcje on-line, a rodzice zwykle pracowali też w domu zdalnie. Właściwie niewielu z nich miało czas kontrolować, czym zajmują się ich dzie-

⁶⁰ Przemoc w rodzinie w cieniu COVID-19, <https://lublin.eu/mieszkancy/aktualnosci/przemoc-w-rodzinie-w-cieniu-covid-19,130,464,1.html> [dostęp: 17.04.2020].

⁶¹ Koronawirus: przemoc domowa nasila się przez COVID-19, <https://www.rp.pl/Prawo-karne/304089928-Koronawirus-przemoc-domowa-nasila-sie-przez-COVID-19.html> [dostęp: 17.04.2020].

⁶² Rzecznik Praw Obywatelskich. Plan awaryjny – jak szukać pomocy, gdy doświadczamy przemocy domowej w trakcie epidemii, <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/plan-awaryjny-przemoc-domowa-pomoc-w-epidemii> [dostęp: 2.05.2020].

ci w czasie poza lekcjami. Tę sytuację prawie natychmiast wykorzystali oszuści funkcjonujący w Deep Web czy inaczej Dark Net – tzw. ukrytej sieci, która nie jest indeksowana przez konwencjonalne, standardowe wyszukiwarki internetowe. W czasie pandemii aktywność jej użytkowników znacznie się zwiększyła.

„Najciemniejszym” miejscem Dark Web jest Tor – zbiór utajnionych stron internetowych, do których dostęp wymaga specjalnego oprogramowania. Opis strony informuje, że to sposób „na korzystanie z Internetu przy zachowaniu jak największej prywatności, a pomysł polega na kierowaniu ruchu przez wiele serwerów i szyfrowaniu go na każdym kroku”.

Właśnie tam walczący z pedofilią w sieci John Shehan szuka użytkowników, którzy w jawny sposób rozmawiają o tym, jak czas pandemii i zamknięcia w domach wykorzystać, aby dotrzeć do dzieci i zachęcić je do przysyłania treści o charakterze seksualnym. W ostatnim czasie tego rodzaju treści przeniosły się do głównej sieci.

NCMEC współpracuje z ponad 1400 firmami, aby wyszukiwać i zgłaszać przypadki pornografii dziecięcej przez CyberTipline.

Facebook, Snapchat i Imgur znalazły się w gronie 15 firm, których dotyczy najczęściej dotyczących molestowania dzieci zgłoszeń wysłanych do NCMEC. W 2019 r. Facebook zanotował 15 884 511 zgłoszeń, Snapchat 82 030, a Imgur 73 929, co wynika z publicznie dostępnych danych zamieszczonych na stronie NCMEC.

Wszystkie te firmy zapewniają, że wykorzystują nową technologię, aby pomóc na swoich platformach zidentyfikować obraźliwe treści oraz podmioty budzące wątpliwości.

Sarah Schaaf, współzałożycielka i wiceprezes firmy Imgur podaje, że prowadzą oni politykę zerowej tolerancji dla nielegalnych treści i działań na swojej platformie, a ich raporty reprezentują staranne, proaktywne podejście do identyfikowania, eliminowania i zapobiegania wykorzystywaniu seksualnemu dzieci.

Sam NCMEC, do którego trafiają zgłoszenia dotyczące podejrzanych treści, korzysta z oprogramowania Palantir, aby uzyskać przekazy ukryte we fragmentach treści i ustalić, czy jest to nowy film czy obraz. Inżynier Palantir, Angela Muller, która ściśle współpracowała z NCMEC w celu opracowania tego oprogramowania w ciągu ostatniej dekady, powiedziała, że wyjątkową cechą tego oprogramowania jest jego zdolność do przeszukiwania filmów przedstawiających niewłaściwe traktowanie dzieci i do „wyciągania” obrazów, które mogą identyfikować dzieci i sprawców.

Wspomniany John Shehan, walczący z pedofilią w sieci, podkreśla, że jednym z innych powodów nagłego wzrostu zgłoszeń trafiających do CyberTipline jest

fakt, że do ogólnodostępnej sieci trafiło kilka filmów przedstawiających niewłaściwe traktowanie dzieci, jak przemoc fizyczna, słowna czy psychiczna.

Internauci udostępniając, przekazują takie nagrania dalej w przekonaniu, że takim działaniem przyczynią się do ujęcia sprawcy przemocy. **Tymczasem publikowanie i udostępnianie tego rodzaju treści – nawet w dobrej wierze – w amerykańskim prawie jest przestępstwem federalnym. Sprzyja również intencjom pedofilów.**

Ludzie dzielą się tym materiałem z oburzenia. Nie zdają sobie sprawy, że łamią prawo, rozpowszechniając nielegalne materiały, jak przestrzegł Shehan.

NCMEC apeluje do rodziców o zachowanie szczególnej czujności, jeśli ich dziecko korzysta z sieci. Jeśli zaś padło ofiarą przestępstwa lub nadużycia, należy zgłosić sprawę na policję, a dziecku zapewnić odpowiednią opiekę – medyczną i psychologiczną. Wykorzystanie dziecka, jego wizerunku, manipulacja i przemoc, z jaką mogło mieć do czynienia, może pozostawić w jego psychice trwałe ślady – ostrzegają eksperci⁶³.

⁶³ K. Grzelak, *Groźny skutek pandemii. Lawinowo rośnie liczba dzieci wykorzystywanych w sieci*, <https://www.focus.pl/artykul/grozny-skutek-pandemii-lawinowo-rosnie-liczba-dzieci-wykorzystywanych-w-sieci> [dostęp: 27.05.2020].

Determinanty zdrowia – wiedza ogólna

Determinanty zdrowia (uwarunkowania zdrowia) – to wszelkie czynniki warunkujące stan organizmu, zarówno zdrowie fizyczne, psychiczne, społeczne, jak i duchowe.

Wiele czynników (determinant zdrowia) wpływa łącznie na zdrowie jednostek i społeczności. To, czy ludzie są zdrowi, czy nie, zależy od okoliczności i środowiska. W dużym stopniu czynniki takie, jak: miejsce zamieszkania, stan środowiska, genetyka, wysokość dochodów i poziom wykształcenia, a także relacje z innymi osobami (rodziną, przyjaciółmi), mają znaczący wpływ na zdrowie, podczas gdy oficjalnie – częściej brane są pod uwagę dostępność i korzystanie z usług opieki zdrowotnej, które mają mniejszy wpływ.

Determinanty zdrowia obejmują:

- otoczenie społeczne i gospodarcze;
- środowisko fizyczne;
- indywidualne cechy i zachowania danej osoby.

Bezpieczeństwo zdrowotne i konteksty jakości życia/zdrowia

W cywilizacji XXI wieku coraz częściej pojawia się kwestia związana z bezpieczeństwem – ale jest to pojęcie wielowymiarowe, odnoszące się do różnorodnych czynników, często subiektywnych. Poczucie bezpieczeństwa zależy od wielu elementów, dla przykładu – w jakim miejscu na świecie żyje i funkcjonuje dana osoba, jakie ma wcześniejsze doświadczenia, zabezpieczenie finansowe, dostęp do udogodnień, takich, jak np. służba zdrowia¹.

¹ K. Harasim, *Bezpieczeństwo zdrowotne vs dobrostan psychospołeczny – aspekty aksjologiczne i funkcjonalne*, „Kultura Bezpieczeństwa. Nauka – Praktyka – Refleksje” 2018, 29, s. 57–69.

Całościowy (w tym społeczny, psychologiczny i medyczny) kontekst jakości życia decyduje o zdrowiu, dlatego niewłaściwe jest obwinianie jedynie pojedynczych osób za złe zdrowie lub przypisywanie tylko im dobrego zdrowia. Jednostki prawdopodobnie nie będą w stanie bezpośrednio kontrolować wielu czynników warunkujących zdrowie. Determinanty zdrowia, które mają wpływ na zdrowie ludzi, to także:

- Dochód i status społeczny – wyższy dochód i status społeczny są powiązane z lepszym zdrowiem. Im większa przepaść między najbogatszymi i najbiedniejszymi ludźmi, tym większe różnice w zdrowiu.
- Edukacja – niski poziom edukacji wiąże się ze słabym zdrowiem, większym stresem i niższą pewnością siebie.
- Środowisko fizyczne – bezpieczna woda i czyste powietrze, zdrowe miejsca pracy, bezpieczne domy, społeczności i drogi przyczyniają się do dobrego zdrowia.
- Warunki zatrudnienia i pracy – osoby zatrudnione są zdrowsze, szczególnie te, które mają większą kontrolę nad swoimi warunkami pracy.
- Sieci wsparcia społecznego – większe wsparcie ze strony rodzin, przyjaciół i społeczności wiąże się z lepszym zdrowiem.
- Kultura – zwyczaje i tradycje, a także przekonania rodziny i społeczności, wpływają na zdrowie.
- Genetyka – dziedziczenie odgrywa istotną rolę w określaniu długości życia, stanu zdrowia i prawdopodobieństwa rozwoju niektórych chorób.
- Zachowanie osobiste i umiejętności radzenia sobie – zrównoważone jedzenie, aktywność fizyczna, palenie tytoniu, konsumpcja alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (narkotyków) oraz sposób radzenia sobie ze stresami i wyzwaniami życiowymi wpływają na zdrowie.
- Usługi zdrowotne – dostępność i korzystanie z usług opieki zdrowotnej (zapobieganie chorobom i ich leczenie) wpływają na zdrowie.
- Płeć – kobiety i mężczyźni cierpią odmiennie na szereg chorób; znaczenie ma również wiek².

Wpływ poszczególnych determinant zdrowia

Szacuje się, że wielkość wpływu (oddziaływania) poszczególnych determinant zdrowia (ujęta w procentach) na stan zdrowia populacji – a więc nie poszczególnych osób przedstawiono w poniższym zestawieniu³:

² WHO. The determinants of health, <https://www.who.int/hia/evidence/doh/en/> [dostęp: 23.06.2021].

³ Uwarunkowania stanu zdrowia populacji, <http://ipz.org.pl/uwarunkowania-zdrowia/> [dostęp: 23.06.2021].

<p style="text-align: center;">Styl życia</p> <p>w znacznej mierze zależny od świadomych wyborów człowieka, od jego psychiki, ma największy wpływ na zdrowie, a składają się na niego m.in. dieta – sposób odżywiania, aktywność fizyczna, odporność na stres, stosowanie używek (środki psychoaktywne, nikotyna, alkohol), zachowania seksualne, regularna kontrola własnego stanu zdrowia</p>	50%
<p style="text-align: center;">Środowisko fizyczne</p> <p>czyste powietrze, woda, żywność, bezpieczne warunki pracy i nauki, czynniki ryzyka zdrowotnego i zawodowego, wpływ zanieczyszczenia środowiska</p>	20%
<p style="text-align: center;">Czynniki genetyczne</p>	20%
<p style="text-align: center;">Opieka zdrowotna</p> <p>organizacja i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, a w tym dostępność do świadczeń i ich jakość – najbardziej jest niezbędna w przypadkach poważnych chorób</p>	10%

Zdrowie 2020: Europejska polityka na rzecz zdrowia i dobrego samopoczucia

„Zdrowie 2020: Europejska polityka na rzecz zdrowia i dobrego samopoczucia” – to nowe ramy europejskiej polityki zdrowotnej. Ma ona na celu wspieranie działań rządu i społeczeństwa w celu: „znacznej poprawy zdrowia i dobrostanu ludności, zmniejszenia nierówności zdrowotnych, wzmocnienia zdrowia publicznego i zapewnienia systemów opieki zdrowotnej skoncentrowanych na ludziach, które są uniwersalne, sprawiedliwe, trwałe i wysokiej jakości⁴.

Skupia się na sześciu tematach, z których każdy podkreśla element zdrowia środowiskowego:

- jakość powietrza na zewnątrz;
- jakość wód powierzchniowych i gruntowych;
- substancje toksyczne i odpady niebezpieczne;
- domy i społeczności;
- infrastruktura i nadzór;
- globalne zdrowie środowiskowe.

Tworzenie zdrowego środowiska jest złożone i opiera się na ciągłych badaniach w celu lepszego zrozumienia wpływu zagrożeń środowiskowych na zdrowie ludzi.

Środowisko fizyczne, chemiczne i biologiczne, jak: bezpieczna woda i czyste powietrze, bezpieczne miejsca pracy i domy, społeczności i drogi, przyczyniają się do dobrego zdrowia.

⁴ Health 2020: the European policy for health and well-being, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being> [dostęp: 21.03.2020].

Ważne są warunki zatrudnienia, pracy, ale też szkoły – przy dbałości o to środowisko, osoby zatrudnione czy uczące się, są zdrowsze, szczególnie, jeśli to jest związane z możliwościami kontroli i świadomego wpływania na warunki, w których człowiek przebywa przez wiele godzin każdego dnia.

Na całym świecie 23% wszystkich zgonów i 26% zgonów wśród dzieci poniżej piątego roku życia wynika z możliwych do uniknięcia czynników środowiskowych.

Czynniki środowiskowe są różnorodne i dalekosiężne. Wyróżnia się wśród nich m.in.:

- narażenie na niebezpieczne substancje w powietrzu, wodzie, glebie i żywności;
- katastrofy naturalne i technologiczne;
- zmiany klimatyczne;
- ryzyko zawodowe.

Zwykle **im wyższy dochód i status społeczny, tym lepszy stan zdrowia populacji** – im większa przepaść między najbogatszymi i najbiedniejszymi ludźmi, tym większe różnice w zdrowiu.

Istotny jest też **niski poziom edukacji, wiedzy o zdrowiu, co wiąże się ze słabszym zdrowiem**, większym stresem i niższą pewnością siebie.

Sieci wsparcia społecznego – większe wsparcie ze strony rodzin, przyjaciół i społeczności wiąże się z lepszym zdrowiem.

Kultura – zwyczaje i tradycje, ale też wiedza i przekonania zarówno rodziny, jak i społeczności wpływają na zdrowie.

Usługi zdrowotne – dostęp i korzystanie z usług zapobiegających chorobom i leczących je wpływają na zdrowie.

Płeć – kobiety i mężczyźni – część schorzeń, ale też metod zapobiegania im, różni się u obu płci, a także zależy od wieku.

Struktura demograficzna także ma wpływ na zdrowie. Wzrastająca obecność w populacji ludzi starych z większym doświadczeniem życiowym, choć częściej chorujących, może kształtować postawy młodych. Brak przyrostu naturalnego to nie tylko świadomy wybór osób w wieku rozrodczym, ale też wiele ich problemów związanych ze zdrowiem psychicznym i fizycznym. Przy tym obecnie obserwuje się na całym świecie narastający problem niepłodności – zarówno wśród kobiet, jak i coraz częściej wśród mężczyzn.

Istniejące w świecie olbrzymie nierówności w odniesieniu do gęstości zaludnienia, rozwoju ekonomicznego, z czym wiążą się nierówności społeczne, są udokumentowane w wielu publikacjach.

Z nierównościami społecznymi – nierównym podziałem dóbr materialnych, a także niematerialnych w społeczeństwach, wiążą się wyraźnie różne poziomy zdrowia (nierówności zdrowotne)⁵. Dane z tego obszaru zawiera m.in. **European Health Interview Survey (EHIS)**⁶.

Te nierówności zdrowotne widać wyraźnie, jeśli analizuje się przykładowo mapy świata przedstawiające rankingi: według krajów – przedwczesnych zgonów z powodu nowotworów wśród osób w wieku poniżej 70 lat; liczby osób żyjących z zakażeniem HIV; liczby osób, które zmarły z przyczyn związanych z zakażeniem HIV.

⁵ T.A. Eikemo, E. Øversveen, *Social Inequalities in health: Challenges, knowledge gaps, key debates and the need for new data*, „Scandinavian Journal of Public Health” 2019, 47(6), s. 593–597.

⁶ European Health Interview Survey (EHIS), <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey> [dostęp: 20.04.2020].

Jerzy T. Marcinkowski
Zofia Konopielko

Zdrowie środowiskowe – dziedzina zdrowia publicznego

Definicja

Zdrowie środowiskowe – według WHO – to dziedzina zdrowia publicznego zajmująca się aspektami zdrowia człowieka, które są determinowane przez czynniki biologiczne, chemiczne, fizyczne, a także teorią i praktyką z zakresu oceny, eliminacji i zapobiegania obecności w środowisku tych czynników, które mogą negatywnie wpływać na zdrowie ludzi.

Wieloletnie doświadczenia wskazują, że istnieją silne zależności pomiędzy stanem środowiska i rozwojem społeczno-gospodarczym danego państwa a stanem zdrowia i jakością życia jego obywateli.

WHO definiuje środowisko jako „wszystkie fizyczne, chemiczne i biologiczne czynniki zewnętrzne w stosunku do osoby oraz wszystkie powiązane zachowania”. Zdrowie środowiska polega 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.

Zachorowania i zgony związane z niezdrowym środowiskiem

W raporcie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO): „Zapobieganie chorobom przez poprawę środowiska: globalna ocena wpływu środowiska na choroby”, podano, że

w 2012 r. na całym świecie zmarło 12,6 miliona osób z powodu życia w niezdrowym środowisku. „Zanieczyszczenie powietrza, wody, ziemi, zmiany klimatu, promieniowanie ultrafioletowe czy zatrucia chemiczne są przyczyną ponad 100 chorób”. Dane WHO wskazują, że aż co czwarta osoba umiera z powodu zanieczyszczenia środowiska”. W porównaniu z takimi samymi badaniami przed 10 laty, tj. w 2002 r. – „do 8,2 miliona urosła liczba zgonów spowodowanych zawałem, chorobą serca, nowotworami czy też chorobami płuc, których przyczyną było zanieczyszczenie powietrza”¹.

Według raportu Europejskiej Agencji Środowiska (EEA) z 2019 r. z powodu zanieczyszczenia środowiska w Europie co roku dochodzi do ponad 400 tys. przedwczesnych zgonów². Dziewięć na 10 osób na świecie codziennie oddycha zanieczyszczonym powietrzem i czynnik ten WHO uważa za największe zagrożenie dla ludzkiego zdrowia. Co roku ok. 7 mln ludzi umiera przedwcześnie na wywołane w ten sposób choroby nowotworowe, układu krążenia i płuc oraz udary³.

W 2020 r. podano:

Według gruntownej oceny zdrowia i środowiska, opublikowanej dziś przez Europejską Agencję Środowiska (EEA), zła jakość środowiska przyczynia się do 13% zgonów⁴.

Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organisation for Economic Cooperation and Development – OECD), działająca od 1961 r., do której należy 36 państw, w tym Polska, podała prognozy dotyczące demografii i gospodarki świata pt.: „Perspektywy dotyczące środowiska naturalnego do roku 2050. Konsekwencje braku akcji”.

Do 2050 roku liczba mieszkańców Ziemi zwiększy się z 7 do ponad 9 miliardów. Spodziewany jest niemal czterokrotny wzrost wielkości światowej gospodarki, któremu towarzyszyć będzie rosnące zapotrzebowanie na energię i zasoby naturalne⁵.

W tej sytuacji bez intensywnych działań zapobiegających zanieczyszczeniu środowiska losy ludzkości i planety mogą wysoce niepokoić.

¹ <https://www.politykazdrowotna.com/7454,126-mln-osob-umiera-rocznie-z-powodu-zatrucia-powietrza> [dostęp: 2.03.2021].

² <https://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C79998%2Ceksperti-nie-znamy-ostatecznego-wplywu-zanieczyszczen-na-zdrowie.html> [dostęp: 2.03.2021].

³ <https://pulsmedycyny.pl/who-lista-najwiekszych-zagrozen-dla-zdrowia-w-2019-r-950691> [dostęp: 2.03.2021].

⁴ <https://www.eea.europa.eu/pl/highlights/przeciwdzialanie-zanieczyszczeniu-srodowiska-i-zmianom> [dostęp: 2.03.2021].

⁵ https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/env_outlook-2012-sum-pl.pdf?expires=1614667703&id&accname=guest&checksum=6376B5042749BA3AD658B72E096F43E8 [dostęp: 2.03.2021].

Zanieczyszczenie środowiska jest czynnikiem przyczynowym 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).

Szkodliwe czynniki środowiska są bardzo częstą przyczyną przedwczesnych zgonów i zaburzeń zdrowia ludności. Chociaż większość tego typu problemów dotyczy przede wszystkim krajów szybko rozwijających się, to nie omija krajów wysoko rozwiniętych. Przyczyną jest z reguły nadmierny konsumpcjonizm i związane z nim zanieczyszczenie środowiska.

W krajach biedniejszych przeważają problemy dotyczące chorób spowodowanych **bakteriologicznym** skażeniem wody i żywności, ale też rozprzestrzeniającymi się, m.in. drogą pokarmową, zakażeniami wirusowymi. Wynika to najczęściej z braku właściwych warunków sanitarnych⁶. 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 transgraniczny⁷.

Środowisko życia całej populacji to nie tylko warunki przyrodnicze, ale także miejsca zamieszkania i pracy. Większość ludzi najwięcej czasu spędza bowiem w **pomieszczeniach**. Wiele materiałów budowlanych zanieczyszcza powietrze niekorzystnymi dla zdrowia lotnymi substancjami organicznymi, a wodę metalami cięż-

⁶ Aktualne zagrożenia chorobami zakaźnymi w Afryce. NIZP-PZH, <https://szczepienia.pzh.gov.pl/aktualne-zagrozenia-chorobami-zakaznymi-afryce/> [dostęp: 7.06.2020].

⁷ P. Kozłowski, *Ghana – składowisko zużytej elektroniki*, <https://www.polityka.pl/tygodnik-polityka/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]; M. Kruczkowska, *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://zmiany.naziemi.pl/wiadomosc/koniec-wysylania-odpadow-do-krajow-rozwijajacych-sie-podpisano-porozumienie-ograniczajace> [dostęp: 7.06.2020].

kimi (ołów, chrom, nikiel) czy monomerami uwalnianymi ze złej jakości tworzyw sztucznych (instalacje wewnętrzne wykonane z niewłaściwie dobranych materiałów).

Ostatnie lata to coraz więcej informacji i dyskusji na temat **alergizującego wpływu czynników środowiskowych**. Ich skutek zdrowotny w odniesieniu do populacji Polski jest trudny do oszacowania ze względu na brak wystarczających danych. Coraz częściej badacze skłaniają się jednak do stanowiska, że na wzrost alergii wpływa z jednej strony nadmierne zanieczyszczenie, zwłaszcza żywności i wody pitnej, a z drugiej strony nadmierne higienizacja i antybiotykoterapie, przyczyniające się do 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.

Środowiskowe uwarunkowania zdrowia

Wykaz i krótkie omówienie zagadnień

Według WHO środowiskowe i społeczne uwarunkowania zdrowia obejmują zagadnienia wymienione w tabeli 1.

Tabela 1. Środowiskowe i społeczne uwarunkowania zdrowia

Rodzaj uwarunkowania	Opis
Zanieczyszczenie powietrza	Stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia na całym świecie. Wiele krajów nie ma przepisów dotyczących zanieczyszczenia powietrza.
Bezpieczeństwo chemiczne	Należy zapewniać wczesne ostrzeżenie i zapobieganie szkodliwym skutkom stosowania chemikaliów, na które ludzie są coraz bardziej narażeni, oraz oceniać potencjalne zagrożenia dla zdrowia ludzi.
Zdrowie środowiskowe dzieci	Przetrwanie 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 szeregowi podstawowych elementów dobrego zdrowia, jak np.: czyste powietrze, bezpieczna woda pitna, pełnowartościowa żywność, bezpieczne schronienie; może podważyć dziesięciolecia postępu w dziedzinie globalnego zdrowia.

Tabela 1. – cd.

Rodzaj uwarunkowania	Opis
Promieniowanie elektromagnetyczne	Promieniowanie elektromagnetyczne wszystkich częstotliwości stanowi jeden z najczęstszych i najszybciej rosnących zagrożeń środowiskowych, powodujących niepokój społeczny. Wszystkie populacje są obecnie narażone, a poziom zagrożenia będzie rósł wraz z postępem technologii.
Promieniowanie jonizujące	Narażenie to obejmuje promieniowanie kosmiczne i oddziaływanie materiałów radioaktywnych znajdujących się w glebie, wodzie, żywności, powietrzu, a także w organizmie człowieka. 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 na 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 ważne jest rozsądne ich stosowanie, 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 obciążań chorobowych wynikających z tych zdarzeń wynika z 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 oraz stratami ekonomicznymi.
Społeczne determinanty zdrowia	W szczególności istotne jest wyrównywanie nierówności w dziedzinie zdrowia*.
Higiena sanitarna wody	Zapewnienie bezpiecznej wody, warunków sanitarnych i warunków higienicznych ma zasadnicze znaczenie dla ochrony zdrowia ludzkiego podczas wszystkich epidemii chorób zakaźnych, w tym epidemii COVID-19.

* 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].

Źródło: WHO. Public health, environmental and social determinants of health, https://www.who.int/phe/health_topics/en/ [dostęp: 15.04.2020].

Szczegółowiej o promieniowaniu elektromagnetycznym

Ostatnie postępy technologiczne spowodowały, że naturalne środowisko elektromagnetyczne zostało naruszone 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 obejmuje częstotliwość radiową (RF), czyli fale radiowe i mikrofały (100 kHz – 300 GHz) oraz częstotliwość EMF (50, 60 Hz). Urządzenia emitujące RF są szeroko stosowane w przemyśle (spawarki, grzejniki indukcyjne), telekomunikacji (stacje telewizyjne i radiowe), medycynie (NMR⁸, diatermia) oraz w życiu codziennym (kuchenki mikrofalowe, telefony komórkowe i 5G – najnowsza generacja komunikacji mobilnej).

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 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 nieznanne; wywołane jest przez bliżej nieokreślone czynniki. EHS związana jest 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.⁹

Obserwowany na świecie dramatyczny wzrost korzystania z **telefonów komórkowych**, a zwłaszcza szybkiej ewolucji technologii (pojawienie się 5G), wywołała poważne obawy o potencjalne negatywne skutki PEM dla zdrowia – nie tylko wśród użytkowników telefonów komórkowych (smartfonów)¹⁰ i osób mieszkają-

⁸ NMR (*nuclear magnetic resonance*) – tomografia komputerowa.

⁹ 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].

¹⁰ A. Schoeni, K. Roser, M. Rössli, *Memory performance, wireless communication and exposure to radiofrequency electromagnetic fields: A prospective cohort study in adolescents*, „*Environ Int.*” 2015, Dec, 85, s. 343–351.

cych 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 emitowanego przez stacje bazowe z objawami subiektywnymi wymaga lepszych metodologicznych badań obserwacyjnych niż większość dotychczas opublikowanych danych¹¹.

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 powstania 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 zdecydowanie zapobiegawcze podejście. Biorąc pod uwagę poważne obawy ludności, właściwe instytucje powinny wdrażać programy informacyjne i uświadamiające poprzez odpowiednią komunikację na temat ryzyka¹².

Czynniki środowiskowe a płodność, wpływ na demografię

Lekarze szacują, że problemy z płodnością dotyczyć mogą nawet 20% par, które starają się o dziecko. Z tego też powodu niepłodność często zaliczana jest do schorzeń cywilizacyjnych¹³.

Zwiększenie świadomości odnoszącej się do stanu jakości środowiska zewnętrzznego skutkuje wzrostem popularności badań mających na celu sprawdzenie

¹¹ A. Bortkiewicz, *Health effects of Radiofrequency Electromagnetic Fields (RF EMF)*, „Industrial Health” 2019, 57, s. 403–405.

¹² L. Miligi, *Radiofrequency electromagnetic fields, mobile phones, and health effects: where are we now?*, „Epidemiol. Prev.” 2019, 43(5–6), s. 374–379.

¹³ V. Skrzypulec-Plinta, *Kiedy mówimy o niepłodności?*, <https://www.mp.pl/pacjent/ciaza/lista/66219,kiedy-mowimy-o-nieplodnosci> [dostęp: 20.04.2020].

wpływu aspektów zewnętrznych na problemy z zajściem w ciążę oraz jej późniejszy przebieg¹⁴.

Warto zaznaczyć, że kłopoty z płodnością mogą być skutkiem ekspozycji organizmu na substancje toksyczne¹⁵, w tym leki, używki i stale popularne substancje poprawiające masę mięśniową, które swoim oddziaływaniem, między innymi poprzez zaburzenie równowagi hormonalnej u kobiet i mężczyzn, obniżają ludzką zdolność nie tylko do prozdrowotnych zachowań seksualnych, ale głównie do prokreacji, co stanowi istotne współczesne zagrożenie demograficzne¹⁶.

Konsekwencje zmian klimatycznych

Już w 1992 r. powstał pierwszy alarmujący apel „World Scientists’ Warning to Humanity”, a w 2017 r. drugi¹⁷, w którym aż 1 700 naukowców z całego świata, w tym wielu noblistów, ostrzegło ludzkość, że zmierza ona ku zagładzie, gdyż znajduje się na „kursie kolizyjnym ze światem natury” głównie z powodu: zubożenia warstwy ozonowej w atmosferze, spadku dostępności słodkiej wody, niezrównoważonego rybołówstwa morskiego, martwych stref oceanicznych, utraty lasów, malejącej różnorodności biologicznej, zmian klimatycznych i liczebnego wzrostu populacji.

Odrębnym tematem jest zanieczyszczenie środowiska, zagrożenie istot żywych na wielką, nieznaną dotychczas skalę wskutek niefrasobliwego stosowania opakowań z plastiku. Przekazywana wiedza zawierająca element grozy, jak np. zdjęcia czy filmiki ukazujące „wyspy” plastikowych śmieci na oceanach czy obecność plastiku w organizmach ryb, a także informacje o cząstkach plastiku w układzie oddechowym i przewodzie pokarmowym człowieka, jest rozpowszechniana i bardzo wolno dociera do świadomości ludzi¹⁸.

¹⁴ N.E. Skakkebaek, E. Rajpert-De Meyts, G.M. Buck Louis, *Male Reproductive Disorders and Fertility Trends: Influences of Environment and Genetic Susceptibility*, „Physiological Reviews” 2016, 96(1), s. 55–97.

¹⁵ C. Chiang, S. Mahalingam, J.A. Flaws, *Environmental Contaminants Affecting Fertility and Somatic Health*, „Seminars in Reproductive Medicine” 2017, 35(3), s. 241–249.

¹⁶ J. Rashtian, D.E. Chavkin, Z. Merhi, *Water and soil pollution as determinant of water and food quality/contamination and its impact on female fertility*, „Reproductive Biology and Endocrinology” 2019, 13, 17(1), s. 5.

¹⁷ World Scientists’ Warning to Humanity: A Second Notice https://scientistswarning.forestry.oregonstate.edu/sites/sw/files/Ripple_et_al.%20_7-31-17_scientists_warning.pdf [dostęp: 23.04.2021].

¹⁸ Plastikowe śmieci. Tony śmieci zalegają w oceanach. <https://www.ekologia.pl/srodowisko/zrodla-energii/plastikowe-smieci-tony-smieci-zalegaja-w-oceanach,16277.html> [dostęp: 23.03.2020].

Zmiany klimatu są rzeczywistością: wzrastają temperatury, zmieniają się rozkłady opadów, topnieją lodowce i śnieg, wzrasta średni poziom mórz na świecie. Ocieplenie jest najprawdopodobniej efektem obserwowanego wzrostu stężenia gazów cieplarnianych w atmosferze, za który odpowiadają emisje związane z działalnością człowieka. Aby złagodzić zmiany klimatyczne, konieczne jest zmniejszanie lub zapobieganie ilości tych emisji¹⁹. Wielkie znaczenie ma rozwój alternatywnych źródeł energii. Zajmują się tą problematyką: Międzyrządowy Zespół ds. Zmian Klimatu²⁰, Ramowa Konwencja Narodów Zjednoczonych w sprawie Zmian Klimatu²¹, Dyrekcja Generalna Komisji Europejskiej ds. Działań w Dziedzinie Klimatu²², Europejskie Centrum Tematyczne ds. Zanieczyszczenia Powietrza i Łagodzenia Zmian Klimatu (ETC/ACM)²³ i inne instytucje i towarzystwa naukowe.

Bezpieczeństwo zdrowotne powietrza atmosferycznego

Zanieczyszczenia powietrza są głównymi przyczynami globalnych zagrożeń środowiska²⁴. 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 jesiennie-zimowym²⁵.

Alarmująca sytuacja w Polsce

Podwyższony poziom pyłu PM_{2,5}²⁶ był przyczyną 43 tys. przedwczesnych zgonów w 2019 r. w Polsce. Aż 96% stref podlegających ocenie jakości powietrza w 2018 r. miało przekroczone dopuszczalne stężenia benzo(a)pirenu, a 85% pyłu PM₁₀.

¹⁹ Z.W. Kundzewicz, *Zmiany klimatu – projekcje i rzeczywistość*, http://eko.org.pl/index_trendy.php?dzial=9&kat=11&art=1567 [dostęp: 24.03.2020].

²⁰ The Intergovernmental Panel on Climate Change, <https://www.ipcc.ch/> [dostęp: 24.03.2020].

²¹ UNFCCC Adaptation Committee Meeting Goes Digital, <https://unfccc.int/> [dostęp: 24.03.2020].

²² Climate Action, https://ec.europa.eu/clima/index_en [dostęp: 24.03.2020].

²³ Air Pollution, Transport, Noise and Industrial Pollution, <https://www.eionet.europa.eu/etcs/etc-atni/etc-atni> [dostęp: 24.03.2020].

²⁴ 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].

²⁵ 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].

²⁶ PM_{2,5} to aerozole atmosferyczne, których średnica nie jest większa niż 2,5 mikrometra; uznawane są za najgroźniejsze dla zdrowia, gdyż w tej postaci mogą przedostać się bezpośrednio do krwiobiegu; są odpowiedzialne m.in. za nasilenie astmy, nowotwory płuc, gardła i krtani.

Pod względem zanieczyszczenia powietrza benzo(a)pirenem Polska zajmuje pierwsze miejsce wśród 33 przebadanych krajów europejskich, zaś pod względem średniego stężenia pyłu PM 2,5 jesteśmy na czwartym miejscu.

Zła jakość powietrza w Polsce ma zarówno negatywne skutki zdrowotne, jak i ekonomiczne²⁷. Największym źródłem smogu w Polsce jest niezmiennie od wielu lat węgiel i drewno spalane w gospodarstwach domowych, a następnie przemysł, rolnictwo i transport drogowy. Dlatego energetyka w Polsce nieuchronnie musi się zmieniać²⁸ – najlepiej w kierunku odnawialnych źródeł energii²⁹.

Monitoring jakości powietrza

Prowadzony **monitoring jakości powietrza** w skali całego świata jest zobrazowany w World's Air Pollution: Real-time Air Quality Index³⁰, a Polski – Air Pollution in Poland: Real-time Air Quality Index Visual Map³¹. W Polsce Główny Inspektorat Ochrony Środowiska prowadzi: portal jakości powietrza³² i badania stanu warstwy ozonowej nad Polską oraz pomiary natężenia promieniowania UV.

Bezpieczeństwo zdrowotne wody

Zasoby/deficyty wody pitnej na świecie i w Polsce; problemy z tym związane

Większość wód na Ziemi jest słona. Choć aż niemal 71% jej powierzchni pokrywa woda, to tylko w 2,5% to woda słodka. Wielkość zasobów wody słodkiej na Ziemi szacuje się na 35 mln m³. Największe skupisko wody słodkiej (lodowce i pokrywy śnieżne) znajduje się na Antarktydzie; stanowią 61% wszystkich wód słodkich świata. Pozostałe lodowce i śniegi gromadzą 9%. Z kolei wody gruntowe do głębokości 100 m stanowią 29,6% objętości wszystkich wód słodkich, a rzeki, słodkie jeziora,

²⁷ Polski Instytut Ekonomiczny: Smog w Polsce i jego konsekwencje, http://pie.net.pl/wp-content/uploads/2020/03/PIE-WP_5-2019.pdf [dostęp: 20.03.2020].

²⁸ Jaka powinna być polska energetyka przyszłości, <https://energia.rp.pl/akcje-specjalne/walka-o-klimat/18903-jaka-powinna-byc-polska-energetyka-przyszlosci> [dostęp: 20.03.2020].

²⁹ Przyszłość energetyki w Polsce. NIK, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/gospodarka/przyszlosc-energetyki-w-polsce-relacja.html> [dostęp: 20.03.2020].

³⁰ World's Air Pollution: Real-time Air Quality Index, <https://waqi.info/> [dostęp: 24.03.2020].

³¹ Air Pollution in Poland: Real-time Air Quality Index Visual Map, <https://aqicn.org/map/poland/> [dostęp: 24.03.2020].

³² Mapa jakości powietrza w Polsce – bieżące dane pomiarowe, <http://powietrze.gios.gov.pl/pjp/current> [dostęp: 24.03.2020].

bagna i płytkie wody podziemne jedynie 0,4%. Człowiek jako źródło wody pitnej wykorzystuje wodę słodką, pochodzącą z wód powierzchniowych i podziemnych, która stanowi niecały 1% całkowitych zapasów wody.

Według WHO codziennie z powodu chorób związanych z niedostatkim 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.

Większość krajów na **świecie** zmaga się z deficytem wody. Szacuje się, że ponad 1,2 mld osób ma utrudniony dostęp do wody, a 200 mln cierpi z pragnienia. 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. Jesteśmy w grupie państw, którym grozi deficyt wody³³.

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.

W ujęciu krajowym wśród ocenionych naturalnych jednolitych części wód rzecznych 0,5% osiągnęło stan bardzo dobry, a 16% dobry stan ekologiczny (spośród 1974 jednolitych części wód powierzchniowych rzecznych przebadanych w latach 2011–2016). Wśród sztucznych i silnie zmienionych JCWP potencjał maksymalny osiągnęło 0,25%, a dobry 9%. Stan chemiczny badany był w 1029 JCWP rzecznych, z czego w 507 (49%) stwierdzono dobry stan chemiczny, a w 522 (51%) stwierdzono stan zły³⁴.

Oceny ogólnego stanu dokonano w przypadku 1752 JCWP rzecznych, z czego tylko w przypadku 127 (7,25%) stwierdzono stan dobry, natomiast w przypadku 1625 (92,75%) stwierdzono stan zły.

³³ Zasoby wodne w Polsce. Global Compact – Network Poland, <https://ungc.org.pl/info/zasoby-wodne-polsce/> [dostęp: 30.03.2020].

³⁴ Ocena stanu jednolitych części wód za rok 2017. Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Poznaniu, <http://poznan.wios.gov.pl/monitoring-srodowiska/wyniki-badan-i-oceny/monitoring-wod-powierzchniowych/rzeki/ocena-stanu-jednolitych-czesci-wod-za-rok-2017/> [dostęp: 30.03.2020].

Na podstawie badań przeprowadzonych w latach 2011–2016 dla jednolitych części wód jezior co najmniej dobry stan ekologiczny stwierdzono w 33,5% naturalnych jezior. Co najmniej dobry potencjał ekologiczny osiągnęło 24,5% silnie zmienionych jezior. Dobry stan chemiczny osiągnęło 80,1% przebadanych jezior, a dobry stan JCWP stwierdzono w 15,7%.

W latach 2011–2016 dokonano monitorowania i oceniano jednolite części wód powierzchniowych przejściowe i przybrzeżne. Żadna z monitorowanych wód przejściowych i przybrzeżnych nie została oceniona jako będąca w bardzo dobrym lub dobrym stanie (lub maksymalnym potencjale) ekologicznym, spośród ocenianych pod tym kątem 19 JCWP. Ocena stanu chemicznego tych wód wykonana w tych samych latach wykazała, że 8 JCWP znajdowało się w stanie dobrym chemicznym, a 7 poniżej dobrego.

Problemy związane z deficytem zasobów wodnych

Zwiększające się deficyty wód podziemnych wynikają z okresów suszy – naturalnych, związanych z globalnym ociepleniem klimatu, ale też związanych z działaniami ludzi (brak świadomości problemu, niekontrolowane zużycie), m.in. projektowaniem i budową miast z uszczelnianiem powierzchni ziemi, co zwiększa parowanie wody deszczowej³⁵.

Zjawiskiem naturalnym w przyrodzie jest zmienność pogody, okresy tzw. mokre i suche oraz związane z tym wahania zasilania wód podziemnych, które obserwuje się sezonowo, ale też w cyklach np. 11-letnich. W okresach suchych obserwuje się tzw. niżówkę hydrogeologiczną z obniżeniem lustra wody (początek lat 90. XX wieku), potem wystąpił okres powodzi (szczególnie znana z 1997 r.), suszy w pierwszej dekadzie XXI wieku i obecnie. Nakładający się na obecny stan suszy zwiększony pobór wody może prowadzić do katastrofy ekologicznej. Od końca 2014 r. Polska jest nieustannie w „stanie po suszy”. Na stan wód podziemnych wpływa zmienność warunków klimatycznych, ale też działalność człowieka. 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 Chełmińskim³⁶.

³⁵ M. Kępińska-Kasprzak, *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].

³⁶ 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].

Fakt, że Polska ma dość duże rezerwy wody podziemnej, nie zwalnia od obowiązku dbałości o jej zasoby, bo wobec gwałtownego ocieplania klimatu potem może być już za późno. Konieczne jest przemyślane gospodarowanie wodą, a w tym zakresie Polska działa zdecydowanie za mało. 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, wyrażające się w dużym uproszczeniu w zaleceniu: „złap wodę i ją zatrzymaj”³⁷.

Woda w organizmie człowieka i zapotrzebowanie na wodę

Zdrowie i życie człowieka zależy w dużej mierze od rodzaju i jakości wody, którą na co dzień pije.

prof. Julian Aleksandrowicz³⁸

Woda stanowi 80% masy ciała noworodka, a człowieka starego nawet poniżej 50%. Uwodnienie tkanek także zmienia się z wiekiem. Zawartość wody w tkance bez tłuszczowej jest stała i stanowi 75% jej masy, podczas gdy tkanka tłuszczowa zawiera 10–20% wody. Z tego powodu zawartość procentowa wody u ludzi otyłych jest mniejsza niż u posiadających prawidłową masę ciała. Warunkiem koniecznym dla organizmu jest m.in. równowaga wodna. Zdarza się, że pacjentom zaleca się ograniczanie podaży płynów przy obrzękach (przewlekłe choroby wątroby, niewydolność układu krążenia) czy ściśle bilansowanie w schyłkowej niewydolności nerek, moczowce prostej itp. Zapotrzebowanie na wodę zależy od płci, wieku, masy ciała, ale też temperatury i wilgotności powietrza, aktywności fizycznej, stanów

³⁷ Czy przez suszę zabraknie wody pitnej? Ekspert odpowiada. Państwowy Instytut Geologiczny. Państwowy Instytut Badawczy, <https://www.pgi.gov.pl/aktualnosci/display/11567-czy-przez-upaly-i-susze-zabraknie-wody-pitnej-ekspert-odpowiada.html> [dostęp: 30.03.2020].

³⁸ Julian Aleksandrowicz (1908–1988) – polski lekarz internista, profesor nauk medycznych, filozof medycyny i hematolog. Wieloletni kierownik Kliniki Hematologicznej Akademii Medycznej w Krakowie. Autor wielu książek, m.in.: *Nie ma nieuleczalnie chorych*, *Sumienie ekologiczne*, *Wszechstronna nadzieja*, *Kuchnia i medycyna* (wspólnie z Ireną Gumowską), *Wiedza stwarza nadzieję* (1975, t. 278 serii wydawniczej „Omega”) oraz ostatniej *U prognozy medycyny jutra* (wspólnie z Harrym Dudą). Wspomnienia z okresu okupacji zawarł w wydanej w 1962 r. książce *Kartki z dziennika doktora Twardego*. Pisał także artykuły medyczne w „Przekroju”. Był przyjacielem i lekarzem poetki Haliny Poświatowskiej. Pomógł jej w organizacji wyjazdu na operację serca do Ameryki. Bezinteresownie pomagał jej i wspierał w walce z chorobą. Zmarł w Krakowie w 1988 r. po długich zmaganiach z chorobą nowotworową. Został pochowany na cmentarzu wojskowym przy ul. Prandoty. Kraków uhonorował go poprzez nadanie jednej z ulic nazwy „Doktora Twardego”.

gorączkowych i chorobowych. Przyjmuje się, że dorosły zdrowy człowiek powinien przyjmować dziennie średnio 1,5–2,5 litra wody (30 ml/kg masy ciała). Do wyliczenia przydatny jest poniższy wzór:

$$\text{Podstawowe zapotrzebowanie na wodę [l]} = 1,5 + \frac{\text{masa ciała} - 20}{50}.$$

Przykładem sytuacji, w której nie powinno się uwzględniać tego wzoru, jest stan znacznego pocenia się w warunkach pracy fizycznej przy wysokiej temperaturze otoczenia. Bywa, że człowiek może wtedy stracić około 4 litry wody na dobę, zatem musi ją uzupełniać. Szczególnie ważne jest zapotrzebowanie na płyny u dzieci, o czym często się zapomina, skupiając się na białku, kaloriach i witaminach. Najlepszymi napojami dla dzieci są: woda, soki i inne płyny niezawierające kofeiny, np. mleko, rozcieńczona herbata i rzadziej, z ograniczeniami, najlepiej po konsultacji z lekarzem – napary ziołowe. Nie należy podawać sztucznie słodzonych soków³⁹.

Objawy odwodnienia organizmu (wzmózone pragnienie, wysuszenie śluzówek, tachykardia, zaburzenia koncentracji, bóle głowy, bezsenność) zależą od wieku i stanu przytomności pacjenta. Należy zauważyć, że u osób starszych wygasa uczucie pragnienia, co wiąże się z częstym odwodnieniem. Poważna utrata wody (ubytek powyżej 9% masy ciała) może powodować znaczny spadek objętości krwi (hipowolemię), istotne hemodynamicznie obniżenie ciśnienia tętniczego krwi, zaburzenia świadomości i sytuację zagrożenia lub utraty życia.

Ponad połowa niezbędnej wody przyjmowana jest w postaci napojów, pozostała jest czerpana z pokarmów stałych i przemian metabolicznych. Ważne jest zwrócenie uwagi na skład przyjmowanego napoju. Zdarza się, że odczuwanie pragnienia może być mylnie rozpoznawane jako uczucie głodu, co bywa przyczyną spożycia pokarmów o nadmiernej ilości kalorii. Ugaszenie pragnienia płynami nie oznacza też, że organizm osiągnął prawidłowy stan nawodnienia.

Uważa się, że przy prawidłowo funkcjonujących nerkach po zaspokojeniu pragnienia powinno się wypić dodatkowo 300–500 ml wody.

Odwodnienie organizmu szybko może przejść w stan zagrożenia życia – szczególnie w przypadku małych dzieci i osób starszych, na co należy zwracać uwagę w szczególności w okresie upałów.

³⁹ E. Kuchar, *Zapotrzebowanie na płyny u dzieci*, <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/lista/70761>, zapotrzebowanie-na-plyny-u-dzieci [dostęp: 31.03.2020].

Najważniejsze zasady na okres upałów są następujące:

- Nigdy nie wychodź z domu bez butelki wody.
- Unikaj przebywania na słońcu między godziną 10:00 a 14:00.
- Zawsze zakładaj nakrycie głowy, żeby uchronić się przed udarem ciepłym.
- Na obiad wybierz zupę, zamiast tradycyjnego posiłku z dużą zawartością tłuszczu i węglowodanów.
- Jak najczęściej sięgaj po owoce i warzywa bogate w wodę. Idealnie sprawdzą się arbuz, ogórki, cytrusy.
- Nigdy nie ignoruj pragnienia, gdyż wzmożone pragnienie jest pierwszym objawem odwodnienia.
- Jeżeli spędzasz czas aktywnie, nie zapomnij o tym, że musisz wypić więcej wody.

Istotne jest – dla zachowania czystości biologicznej wody – spożycie jej po otwarciu zamkniętego naczynia najwyżej w ciągu kilkunastu godzin. „Najzdrowsze” są niewielkie pojemniki szklane.

Płyny, które powinien przyjmować człowiek, mogą być **hipotoniczne** (niskomineralizowane, korzystne w nawadnianiu osób wykonujących niezbyt nasilony wysiłek fizyczny, ale też wskazane w zapobieganiu kamicy układu moczowego). **Napoje izotoniczne**, zbliżone pod względem osmolarności do płynów ustrojowych, poza uzupełnieniem niezbędnych soli i minerałów, „gubionych” w czasie intensywnego wysiłku fizycznego, mają też pewne znaczenie w odbudowaniu glikogenu w wątrobie u osób aktywnych fizycznie. **Napoje hipertoniczne** wchłaniają się wolniej, zawierają znaczne ilości węglowodanów, w pierwszej kolejności dostarczają energii; nie są polecane jako produkt bezpośrednio nawadniający.

Aby szybko zaspokoić pragnienie, najlepiej sięgnąć po napój hipotoniczny. W przypadku wzmożonej utraty wody przez organizm, spowodowanej np. nadmierną potliwością wynikającą ze wzmożonego wysiłku fizycznego lub długotrwałej ekspozycji na wysokie temperatury, warto sięgnąć po napój izotoniczny. W napój hipertoniczny warto natomiast się zaopatrzyć w sytuacji narażenia organizmu na wysokie straty energetyczne, pamiętając jednocześnie o równoczesnym nawadnianiu ciała innym płynem.

W czasie upałów utrata, poza wodą, także składników mineralnych może być przyczyną poważnych objawów klinicznych. Poza nawodnieniem (najwłaściwszy jest płyn izotoniczny) ważne jest stosowanie odpowiedniej diety. Pożądane są soki warzywne, owocowo-warzywne, zupy, kremy. Dostarczają nie tylko wielu niezbędnych składników mineralnych i wody, ale poprzez zawartość błonnika dają uczucie sytości. Potrawy tłuste, ciężkostrawne są przyczyną przemian metabolicz-

nych związanych z dużym wydatkiem energetycznym, co pogarsza równowagę biologiczną ustroju⁴⁰.

Bezpieczeństwo wody pitnej. Wytyczne WHO, uregulowania prawne w UE i w Polsce

O tym, że woda może być czynnikiem wywołującym wiele chorób, wiedzano już w czasach starożytnych. W XIX wieku John Snow (1813–1858), w trakcie rozprzestrzeniania się cholery w dzielnicy Soho w Londynie, przeprowadził pierwsze dochodzenie epidemiologiczne udowadniając, że źródłem zagrożenia była studnia ujmująca wodę z Tamizy, z miejsca poniżej zrzutu ścieków z miasta⁴¹.

Rozwój nauki, możliwości badawczych i doświadczalnych sprawił, że po kilkudziesięciu latach rozpoznano podstawowe dla bezpieczeństwa wody zagrożenia. Są to zagrożenia biologiczne, fizyczne, chemiczne, radiologiczne. Należą do nich może także brak wody w odpowiedniej ilości i o odpowiedniej jakości.

Światowy Dzień Wody (World Water Day) – święto ustanowione przez Zgromadzenie Ogólne ONZ rezolucją z 22 grudnia 1992 r., obchodzone jest corocznie 22 marca. Powodem jego ustanowienia był fakt, że ponad miliard ludzi na świecie cierpi z powodu braku dostępu do czystej wody pitnej. Ideą obchodów jest uświadomienie państwom członkowskim i innym społeczeństwom wpływu prawidłowej gospodarki wodnej na ich kondycję gospodarczą i społeczną.

Zarządzanie bezpieczeństwem wody pozwoliło znacznie zminimalizować wiele zagrożeń.

Czynniki biologiczne (mikroflora wodna) mogące pojawiać się w wodzie do spożycia można podzielić na:

- autochtoniczne – naturalnie żyjące i rozmnażające się w środowisku wodnym, z reguły niechorobotwórcze – np. bakterie psychrofilne z rodzajów *Vibrio*, *Pseudomonas*, *Aeromonas*, *Spirillum*, oraz bakterie nitryfikacyjne (*Nitrosomonas*, *Nitrobacter*), siarkowe, żelazowe;
- allochtoniczne – przedostają się do wody wraz ze ściekami, także z gleby, powietrza (opady atmosferyczne); nie namnażają się w wodzie, ale okres przeżywania w tym środowisku czasami jest bardzo długi, zwykle zależy od temperatury i dodatkowych substancji chemicznych znajdujących się w wodzie. Dotyczy to zarówno m.in. bakterii mezofilnych, jak *Campylobacter*, *Clostridium perfrin-*

⁴⁰ Jak mądrze pić wodę? Uniwersytet Jagielloński, https://nauka.uj.edu.pl/aktualnosci/-/journal_content/56_INSTANCE_Sz8leL0jYQen/74541952/143300118 [dostęp: 30.03.2020].

⁴¹ John Snow, https://en.wikipedia.org/wiki/John_Snow [dostęp: 15.07.2020].

gers *Escherichia coli*⁴², *Shigella*, *Salmonella*⁴³, różnych wirusów⁴⁴, np. rotawirusów, które mogą przeżyć w wodzie wodociągowej nawet przez dwa miesiące⁴⁵, czy pierwotniaków pasożytniczych (cysty *Giardia* i *Cryptosporidium*), helmity (*Ascaris*) o nawet kilkuletniej przeżywalności w środowisku⁴⁶.

Wskaźniki mikrobiologiczne kałowego zanieczyszczenia wody w wodociągu

Wskaźnikami mikrobiologicznymi kałowego zanieczyszczenia wody są:

- *Escherichia coli* oraz termotolerancyjne bakterie grupy *coli*;
- enterokoki.

Pozostałe wskaźniki nieprawidłowości w procesach uzdatniania lub dystrybucji wody to:

- bakterie grupy *coli*;
- ogólna liczba mikroorganizmów;
- *Clostridium perfringens*.

Do kałowego zanieczyszczenia wody dochodzi w wyniku skażenia wody ujmowanej lub awarii w systemie uzdatniania i dystrybucji, rzadko w przypadku instalacji wewnętrznej (zdarzyć się może zassanie brudnej wody do instalacji wodociągowej); może to skutkować biegunkami bakteryjnymi lub wirusowymi, niebezpiecznymi zwłaszcza dla dzieci, osób starszych i o obniżonej odporności⁴⁷.

Zagrożeniem dla zdrowia są kałowe bakterie chorobotwórcze, namnażające się w organizmie człowieka (wywołują biegunki). Pozostałe wskaźniki świadczą jedynie o odkładaniu się w zbiornikach i przewodach biofilmu, co powoduje stworzenie sprzyjających warunków dla namnażania się bakterii. Dotyczy to w szczególności instalacji ciepłej wody w budynkach, w których namnażają się bakterie z rodzaju *Legionella*, będącej przyczyną legionelozy, gorączki Pontiac lub z rodzaju *Mycobacterium*, także wywołującej choroby płuc. Zanieczyszczenia wody pitnej mikroorganizmami pochodzenia ściekowego można łatwo usuwać dostępnymi metodami uzdatniania, w tym dezynfekcji wody. W coraz większej ilości przypadków

⁴² <http://www.pis.lodz.pl/poddebice/files/siwi.pdf> [dostęp: 2.03.2021].

⁴³ <https://bezpieczenstwozywnosci.wip.pl/nr-6-maj-2019/drobnoustroje-wywolujace-zakazenia-i-zatrucia-pokarmowe-3703.html> [dostęp: 1.03.2021].

⁴⁴ <https://www.pkn.pl/informacje/2017/07/efektywniejsze-wykrywanie-wirusow-w-wodzie> [dostęp: 1.03.2021].

⁴⁵ http://www.os.not.pl/docs/czasopismo/2002/Kocwa_1-2002.pdf [dostęp: 1.03.2021].

⁴⁶ <http://www.phie.pl/pdf/phe-2014/phe-2014-4-795.pdf> [dostęp: 2.03.2021].

⁴⁷ Bakterie grupy coli w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Znaczenie i zagrożenia dla bezpieczeństwa zdrowotnego. Postępowanie w przypadku podwyższonych wartości stężeń. Główny Inspektorat Sanitarny 2018, <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/04/Bakterie-grupy-coli-w-wodzie-przeznaczonej-do-spozycia-przez-ludzi.pdf> [dostęp: 15.07.2020].

czynnikiem etiologicznym nie są bakterie kałowe, ale wirusy i pierwotniaki, które nie są rutynowo badane i opracowywane epidemiologicznie, a także wywołują choroby biegunkowe.

Substancje chemiczne występujące w wodzie do picia

Substancje chemiczne występujące w wodzie do picia (do spożycia, pitnej) w zależności od pochodzenia można podzielić na:

- naturalnie występujące w wodach – najczęściej np. żelazo, mangan, chlorki, węglany; na terenie Polski rzadko może wystąpić arsen, chrom, fluorki lub radionuklidy;
- zanieczyszczenia przedostające się do wody w wyniku:
 - działalności rolniczej lub przemysłowej (np. pestycydy, azotany, pochodne węglowodorów, metale ciężkie),
 - wymywania z materiałów kontaktujących się z wodą (np. ołów, nikiel, chrom, pochodne węglowodorów)⁴⁸.

W Polsce zdecydowana większość zanieczyszczeń chemicznych stwierdzanych w wodzie wodociągowej to żelazo i mangan. W ilościach spotykanych w wodzie nie stanowią one zagrożenia dla zdrowia. Wartości parametryczne zostały ustalone ze względu na organoleptyczne odczucia konsumentów i niekorzystny wpływ na urządzenia korzystające z wody⁴⁹.

W pojedynczych przypadkach wystąpienia substancji mogących mieć wpływ na zdrowie konsumentów (arsen, fluorki, radionuklidy) udzielono kilkuletnich odstępstw od wymagań w celu zmiany źródła zaopatrzenia lub sposobu uzdatniania wody. W przypadku pojawienia się tych i innych zanieczyszczeń (np. tri- czy tetrachloroetenu) należy każdorazowo rozważyć zagrożenie dla zdrowia i ustalić okres udzielenia odstępstwa.

Na terenie Polski zdecydowana większość społeczeństwa korzysta z wody dostarczanej z wodociągów publicznych, która jest zazwyczaj bezpieczna dla zdrowia. Czasami może ulec wtórnemu zanieczyszczeniu w instalacjach wewnętrznych w budynkach. Bardzo często woda wodociągowa zawiera węglany wapnia i magnezu, które z jednej strony są korzystne dla zdrowia ze względu na dostarczanie cennych mikroelementów. Z drugiej strony jest to przyczyną braku akceptacji wody przez konsumentów, ze względu na wytrącający się kamień kotłowy. Nie zaleca się stosowania filtrów na instalacjach, bowiem ich niewłaściwa eksploatacja może sta-

⁴⁸ Odpowiedź na interpelację nr 31695 w sprawie złego stanu wód w polskich rzekach. Ministerstwo Środowiska. Sejm RP, <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=505D32D4> [dostęp: 15.07.2020].

⁴⁹ Zanieczyszczenia wody, https://pl.wikipedia.org/wiki/Zanieczyszczenia_wody [dostęp: 15.07.2020].

nowić większe zagrożenie dla zdrowia. Można stosować dzbanki filtracyjne przed gotowaniem wody na herbatę. Spożywanie wody surowej nie wymaga filtrowania. Należy jednak pamiętać, aby spuszczać wodę z instalacji przed pobraniem jej do spożycia. Do wody stagnującej (pozostającej w bezruchu) przedostawać się mogą substancje chemiczne z materiałów kontaktujących się z wodą lub namnażać się bakterie z biofilmu.

Problemy zdrowotne może natomiast powodować woda ze studni przydomowych, która może wyglądać na czystą, jednak w przypadku niekorzystnej lokalizacji i nieprawidłowej eksploatacji może zawierać chorobotwórcze mikroorganizmy lub substancje chemiczne związane z działalnością rolniczą (azotany, pestycydy).

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-epidemiologicznych⁵⁰. Dane są aktualizowane w zależności od aktualnych badań⁵¹.

W wytycznych WHO podano:

Zdecydowana większość rzeczywistych problemów zdrowotnych związanych z wodą jest wynikiem mikrobiologicznego (bakteryjnego, wirusowego, pochodzącego od pierwotniaków lub innego biologicznego) skażenia.

„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,

⁵⁰ Jakość wody przeznaczonej do spożycia. GIS. Stan Sanitarny Kraju, <https://stansanitarny.gis.gov.pl/index.php/rozdzial/woda> [dostęp: 15.07.2020]; A. Kamińska, A. Strzemieczna (red.), *Woda przeznaczona do spożycia przez ludzi. Compendium*, Główny Inspektorat Sanitarny, Warszawa wrzesień 2018 r., <https://www.kzgw.gov.pl/files/Pliki%20do%20pobrania/Kompendium%20Woda.pdf> [dostęp: 15.07.2020].

⁵¹ Wytyczne WHO dotyczące jakości wody do picia. Pierwsze uzupełnienie do wydania czwartego. Główny Inspektorat Sanitarny, Warszawa, <https://gis.gov.pl/zywnosc-i-woda/wytyczne-w-ho-dotyczace-jakosci-wody-do-picia-pierwsze-uzupelnienie-do-wydania-czwartego/> [dostęp: 15.07.2020]; B. Mulik, J.T. Marcinkowski, *Bezpieczeństwo zdrowotne wody, Water safety health*, w: *Bezpieczeństwo zdrowotne – ujęcie interdyscyplinarne. T. 2. Bezpieczeństwo żywności i w żywieniu – szanse i zagrożenia*, H. Marek, A. Zduniak (red. nauk.), Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, Poznań 2015, s. 69–81.

- dyrektywy Rady 2013/51/EURATOM z dnia 22 października 2013 r. określającej wymogi dotyczące ochrony zdrowia ludności w odniesieniu do substancji promieniotwórczych w wodzie przeznaczanej do spożycia przez ludzi. [...] ⁵².

Nadzór nad jakością wody przeznaczanej 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 2021 r. poz. 195), jak również na podstawie:

- 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 przeznaczanej do spożycia przez ludzi (Dz.U. poz. 1989). [...]

Jakość wody przeznaczanej do spożycia powinna odpowiadać wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczanej 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.

Podstawą 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 [...]

⁵² *Wytyczne dotyczące jakości wody do picia*, wyd. IV, Bydgoszcz 2014 [*Guidelines for Drinking-water Quality*, 4th edition, World Health Organization 2011], s. 7; Jakość wody przeznaczanej do spożycia. Stan Sanitarny Kraju w 2016 r., <https://stansanitarny.gis.gov.pl/index.php/rozdzial/woda> [dostęp: 16.07.2020].

Substancje promieniotwórcze w wodzie przeznaczony 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 przeznaczony do spożycia przez ludzi przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczony do spożycia przez ludzi (Dz.U. poz. 1989)⁵³.

Kąpieliska, pływalnie i inne miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpeli

Ustawa z dnia 20 lipca 2017 r. Prawo wodne (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 310 z późn. zm.) 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 i stanowiących zagrożenie dla zdrowia kąpiących się; art. 16 pkt 76), a także zasady przeprowadzania kontroli przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej⁵⁴.

Dane dotyczące stanu sanitarnego kąpielisk i pływalni, aktualizowane na bieżąco, są podawane na stronach internetowych Głównego Inspektoratu Sanitarnego oraz wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych⁵⁵.

Wprowadzanie zakazu kąpeli. Sinice – temat poznany przez wczasowiczów

Sinice, przedtem postrzegane jako rośliny, aktualnie są zaliczane do świata bakterii – prokariotów. Bytują w zbiornikach wód słodkich i słonych. Zakwitają w wysokiej temperaturze, ich metabolizm przyspiesza falowanie wody, ale też przedostawanie się z gleby związków chemicznych nawozów sztucznych – azotanów i fosforanów.

W Bałtyku występuje ok. 30 różnych gatunków fitoplanktonu, które opisano jako szkodliwe. Jednak dominuje sinica nietoksyczna *Aphanizomenon flos-aquae* i zakwitająca najczęściej w lipcu *Nodularia Spumigena*, która produkuje toksyny szkodliwe dla człowieka.

⁵³ Jakość wody przeznaczony do spożycia. Stan Sanitarny Kraju w 2016 r., <https://stansanitarny.gis.gov.pl/index.php/rozdzial/woda> [dostęp: 16.07.2020].

⁵⁴ Pobieranie próbek wody z kąpielisk i miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli. Główny Inspektorat Sanitarny, <https://gis.gov.pl/wypoczynek/pobieranie-probek-wody-z-kapielisk-i-miejsc-okazjonalnie-wykorzystywanych-do-kapieli/> [dostęp: 19.07.2020].

⁵⁵ Kąpieliska. Główny Inspektorat Sanitarny, <https://gis.gov.pl/zywnosc-i-woda/kapieliska-podstawowe-akty-prawne/> [dostęp: 19.07.2020]; Kąpieliska i pływalnie. Główny Inspektorat Sanitarny, <https://gis.gov.pl/kategoria/wypoczynek/formy-wypoczynku/kapieliska-i-plywalnie/> [dostęp: 19.07.2020]; Serwis kąpieliskowy. Główny Inspektorat Sanitarny, <https://sk.gis.gov.pl/> [dostęp: 19.07.2020].

Toksyny wytwarzane przez sinice zagrażają nie tylko poprzez kontakt ze skórą czy przypadkowe wypicie wody podczas kąpieli, ale też poprzez wdychanie powietrza unoszącego się nad kąpieliskiem, w którym zakwitły sinice, także przy uprawianiu sportów wodnych.

Sinice wytwarzają liczne **toksyny**, m.in.:

- hepatotoksyny (mikrocystyny, nodularyna i cylindrospermopsyna);
- neurotoksyny (anatoksyna-a, anatoksyna-a(s) i saksytostyna);
- dermatotoksyny (lyngbyatoksyna-a, aplysiatoksyna i debromoaplysiatoksyna).

Charakterystycznym objawem zakwitania sinic jest nieprzyjemny zapach wody, czasem gęste „kożuchy” na jej powierzchni, pojawianie się piany przy brzegu.

Po kontakcie z sinicami może wystąpić: rumień skóry, nudności, wymioty, świąd skóry, ból głowy, brzucha, bóle mięśni, dreszcze, duszności, podrażnienie spojówek, podwyższona ciepłota ciała. Nierzadko mogą pojawiać się pęcherze w obrębie śluzówek jamy ustnej, a w przypadku masywnego kontaktu z toksynami – uszkodzenie wątroby, porażenia mięśni i inne objawy zależne od toksyn. Objawy zależą od długości przebywania w wodzie i od tego, czy nastąpiło połknięcie wody. W przypadku wystąpienia podanych powyżej objawów, warto poinformować lekarza o fakcie kąpieli czy przebywania nad określonym zbiornikiem wodnym. Część objawów po pewnym czasie znika, leczenie jest objawowe. Kontakt z sinicami jest szczególnie niebezpieczny dla dzieci.

Jak podano, nie wszystkie sinice produkują toksyny. Część z nich, tzw. algi niebieskie lub z gatunku *Spirulina*, ma właściwości łagodzenia stanów zapalnych⁵⁶.

Stałe monitorowanie stanu wody w kąpieliskach zabezpiecza użytkowników. Stacje sanitarno-epidemiologiczne decydują o okresowym zamykaniu kąpielisk⁵⁷ i warto słuchać zaleceń podawanych w mediach, można to sprawdzać też na stronie Głównego Inspektoratu Sanitarnego lub na specjalnej mapie⁵⁸.

⁵⁶ B. Wańczyk-Dręczewska, *Sinice – czym są? Dlaczego stanowią niebezpieczeństwo dla człowieka?*, Medonet, <https://www.medonet.pl/zdrowie,sinice---wystepowanie--objawy-zetknienia-z-sinicami--profilaktyka,artykul,1729417.html> [dostęp: 20.07.2020].

⁵⁷ Wprowadzenie zakazu kąpieli. Prawo wodne – art. 346, <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/prawo-wodne-18625895/art-346> [dostęp: 20.07.2020].

⁵⁸ Kąpieliska. Główny Inspektorat Sanitarny, <https://sk.gis.gov.pl/index.php/strona/content/7> [dostęp: 20.07.2020].

Bezpieczeństwo zdrowotne gleby

Nie ma granic, nie ma państw,
jest tylko spalona ziemia, na której brat szuka brata.

Ryszard Kapuściński⁵⁹

Przerazająca jest ta wizja dla świata stworzona przez Ryszarda Kapuścińskiego – polskiego reportażysty, publicysty, poety i fotografa zwanego „cesarzem reportażu”. Wędrując przez długie lata po afrykańskiej ziemi tak ją postrzegał i poprzez swą twórczość przesyłał ostrzeżenie dla krajów cywilizowanych. Czy jest możliwe, by odwrócić tę tendencję – czy jeszcze mamy czas? To pytanie nie tylko do zwykłych obywateli, ale też władz.

Międzynarodowa Unia Towarzystw Gleboznawczych (International Union of Soil Sciences, IUSS) w 2002 r. ustanowiła Światowy Dzień Gleby (World Soil Day⁶⁰), którego coroczne obchody w dniu 5 grudnia od 2012 r. organizowane są przez FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations⁶¹) i Globalne Partnerstwo dla Gleb (Global Soil Partnership, GSP).

Gleba składa się w 45% z minerałów, 25% z wody, 25% z powietrza oraz 5% z materii organicznej. Dla wytworzenia się 1 cm gleby potrzebne jest niemal 1000 lat – co oznacza, że jest ona zasobem praktycznie nieodnawialnym, a tymczasem co godzinę w Europie aż 11 hektarów gleb zostaje „szczelnie zamkniętych” pod powierzchnią rozszerzających się miast. Szacuje się, że 33% gleby na świecie jest zdegradowane, a każdego roku 50 000 km² gleb zupełnie zanika⁶².

Aby chronić glebę, konieczna jest natychmiastowa zmiana przemysłowego modelu rolnictwa i hodowli, bo obecny system prowadzi do katastrofy poprzez zaburzenie równowagi w przyrodzie – zanika różnorodność biologiczna, nasilają się wyjąłwanie gleby, zanieczyszczenia wód, występują zmiany klimatyczne, zagrożenie bezpieczeństwa żywności, spadek populacji pszczoł i innych owadów – zapylaczy, co w konsekwencji może spowodować brak urodzajów nie tylko owoców, ale też wielu warzyw. Niestety w rolnictwie przemysłowym zaniechano wypracowanych przez wieki zdrowych metod, które same w sobie ograniczały choroby roślin, takich jak tworzenie miedzy, płodozmian. Utworzono wielkie obszary upraw jednorodnych roślin; 71% ziemi rolnej

⁵⁹ Ryszard Kapuściński (1932–2007). R. Kapuściński, *Heban*, Czytelnik, Warszawa 2020.

⁶⁰ World Soil Day – 5 December, <https://www.un.org/en/observances/world-soil-day> [dostęp: 22.03.2020].

⁶¹ Food and Agriculture Organization of the United Nations, <http://www.fao.org/home/en/> [dostęp: 22.03.2020].

⁶² Komisja Europejska. Gleba, https://ec.europa.eu/environment/basics/natural-capital/soil/index_pl.htm [dostęp: 22.03.2020].

w UE przeznaczonych jest na paszę dla zwierząt hodowlanych. Wprowadzony przemysłowy chów zwierząt – również zwykle jednego gatunku – powoduje zaburzenie równowagi pomiędzy gatunkami i ma znaczny negatywny wpływ na zdrowie ludzi, środowisko i klimat⁶³. W Polsce w 2000 r. było jeszcze 3 mln niewielkich gospodarstw rolnych, a w 2017 r. już tylko 1,4 mln. Rolnictwo przemysłowe funkcjonuje na zasadzie masowego wykorzystania toksycznych środków ochrony roślin (pestycydów) i nawozów sztucznych, które zaburzają równowagę składników gleby i wody oraz zatrują te środowiska. Wysokie już wcześniej w Polsce zużycie nawozów sztucznych⁶⁴ oraz pestycydów od okresu integracji z UE nadal dynamicznie wzrasta⁶⁵.

Bezpieczeństwo zdrowotne budynków, materiałów budowlanych i przedmiotów użytkowych

Pierwotne prawa budowlane pojawiły się w czasach starożytnych. Najstarszy znany spisany zbiór przepisów budowlanych zawarty został w Kodeksie Hammurabiego z około 1772 roku przed naszą erą.

W Stanach Zjednoczonych główne obowiązujące zbiory prawne stanowią: International Building Code (IBC), prawo elektryczne i hydrauliczne oraz prawo mechaniczne. W Kanadzie państwowe kodeksy regulowane są przez National Research Council of Canada.

Głównym celem tych przepisów jest ochrona zdrowia publicznego, bezpieczeństwa i ogólnego dobrostanu⁶⁶.

Aktualnie odpowiednie przepisy można znaleźć m.in. na stronach internetowych⁶⁷, a także w wielu innych miejscach znanych specjalistom.

Rys historyczny dwóch problemów związanych z materiałami używanymi w życiu codziennym

Interesująca historia rzymskich wodociągów, ale też przedmiotów codziennego użytku, jak sztucce, naczynia, biżuteria, a nawet do produkcji wina i kosmetyków, wykonywanych z **ołowiu** i ich wpływ na zdrowie ludzi, jest szeroko opisywana

⁶³ Większość naszych pól służy produkcji paszy – raport Greenpeace „Tuczenie problemu”, <https://www.greenpeace.org/poland/raporty/924/wiekszosc-naszyc-pol-sluzy-produkcji-paszy-raport-greenpeace-tuczenie-problemu/> [dostęp: 22.03.2020].

⁶⁴ GUS. Nawozy, <https://stat.gov.pl/wyszukiwarka/?query=tag:nawozy> [dostęp: 22.03.2020].

⁶⁵ GUS. Środki 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].

⁶⁶ https://pl.wikipedia.org/wiki/Prawo_budowlane [dostęp: 20.10.2020].

⁶⁷ <https://www.pkn.pl/normalizacja/sektory-normalizacji/budownictwo-i-konstrukcje-budowlane> [dostęp: 20.10.2020]; <https://www.iso.org/home.html> [dostęp: 20.10.2020].

– uważa się, że powszechna w tamtych czasach ołowica była przyczyną wielu problemów zdrowotnych i śmierci, a nawet upadku Rzymu. Niejakim potwierdzeniem mogą być współczesne badania dawnych kości rzymskich patrycjuszy, w których wykazano znacznie przekroczone stężenie ołowiu⁶⁸.

Historia eternitu

Niewiele minerałów wykorzystywanych przez człowieka – od starożytności do czasów współczesnych – przeszło od stanu zachwyty nad tym materiałem i używania na skalę masową do aktualnych zakazów i nakazów usuwania, np. z dachów, które jednak nie wszędzie są realizowane. Nadzwyczajne cechy eternitu powstałego z połączenia azbestu z cementem, stały się obecnie uciążliwe, gdyż duże nagromadzenie w środowisku nadal ma wpływ na zdrowie człowieka⁶⁹.

Azbest to naturalne włókna znane i wykorzystywane już od czasów starożytnych, stosowano go głównie do wyrobu niepalnych, tzw. wiecznych knotów do lampek oliwnych, stąd pochodzi obecna nazwa azbestu – „asbestion”, co oznacza – „nieugaszony”.

Od chwili zauważenia właściwości azbestu wydobywanego z ziemi, zaczęto stosować gumowo-azbestowe uszczelki do silników parowych, w połowie XIX w. dodawany był do ogniotrwałych farb, a na początku wieku XX połączono azbest z cementem i tak powstał eternit (łac. *aeternum* – wieczność). Od tej pory rozpoczęła się jego złota era. Szczytowy okres popularności nastąpił w latach 70. XX wieku – nie tylko pokrywano nim dachy, ale powszechnie okładano ściany domów mieszkalnych oraz budynków gospodarczych, produkowano rury cementowo-azbestowe, używano azbestu do produkcji ubrań ochronnych, np. dla strażaków, do klocków i tarcz hamulcowych, uszczelki ogniotrwałych⁷⁰.

Jednak po wielu latach okazało się, że wszystkie formy azbestu są rakotwórcze i odkładają się w płucach, trwale je uszkadzając⁷¹.

⁶⁸ <https://ciekawostkihistoryczne.pl/2020/05/24/olowiane-szalenstwo-czy-przez-ten-pierwiastek-upadl-rzym/> [dostęp: 20.10.2020]; <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/nauka/1728818,1,wodociagowe-szlaki-rzymu.read> [dostęp: 20.10.2020].

⁶⁹ <https://portalkomunalny.pl/historia-azbestu-od-euforii-zakazu-314159/2/> [dostęp: 20.10.2020].

⁷⁰ H. Maciołek, A. Zielińska, T. Domarecki, *Oddziaływanie azbestu na środowisko przyrodnicze i organizm człowieka*, „Journal of Ecology and Health” 2012, 16, 3.

⁷¹ A. Krychniak-Soszka, S. Wesołowski, J. Kuś, *Zmiany płucne i opłucnowe wywołane ekspozycją na azbest*, „Nowa Medycyna” 2000, 4, <http://www.czytelniamedyczna.pl/1560,zmiany-pucne-i-opucnowe-wywoane-ekspozycj-na-azbest.html> [dostęp: 20.10.2020]; D. Wayne Berman, K.S. Crump, *A meta-analysis of asbestos-related cancer risk that addresses fiber size and mineral type*, „Critical Reviews in Toxicology” 2008, 38, suppl. 1, s. 49–73, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18686078/> [dostęp: 20.10.2020].

Dramatycznym, ale też spektakularnym przykładem jest historia miasteczka Wittenoom w Australii Zachodniej. W latach 30. XX wieku w tym, kiedyś pasterskim regionie Pilbara, odkryto azbest, a w latach 50. XX w. rozpoczęto produkcję eternitu, co spowodowało dynamiczny rozwój miasta. Do lat 60. XX wieku było jedynym dostawcą azbestu dla całej Australii. Pierwszy przypadek pylicy zauważono w 1948 r., nie przywiązując do tego uwagi. Jednak dalsze zachorowania, już na masową skalę, na pylicę i nowotwory spowodowały, że mieszkańcy zaczęli opuszczać ten region i kopalnie zamknięto.

Uważa się, że z około 20 tysięcy osób, które pracowały i mieszkały w Wittenoom, z powodu chorób spowodowanych azbestem zmarło do tej pory od dwóch do trzech tysięcy z nich⁷².

Nazwa miasta została usunięta z map, planowano też zamknięcie dróg i wdrożono działania zapobiegawcze, by nikt nie trafił na obszary skażone.

W 2002 r. Polska przyjęła plan, aby w trzy dekady zutylizować wszystkie materiały budowlane zawierające azbest. Według Najwyższej Izby Kontroli w obecnym tempie nie poradziły sobie z tym jeszcze przez najbliższe 200 lat⁷³.

Doświadczenia związane z wykorzystaniem azbestu w przemyśle powinny być ważną przestrogą na przyszłość, aby **przy wprowadzaniu nowych materiałów uwzględnić wszystkie aspekty, szczególnie bezpieczeństwa, związane z użytkowaniem tych produktów**

– przestrzegają specjaliści⁷⁴.

Bezpieczeństwo zdrowotne otoczenia – gospodarowanie odpadami

Ważnym problemem bezpieczeństwa zdrowotnego jest bezpieczeństwo otoczenia człowieka. Jest to obszar zainteresowań i działań **higieny komunalnej**. Zajmuje się ona czynnikami środowiska zurbanizowanego, w szczególności 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.

⁷² Kiedyś tętniło życiem. Dziś właściwie nikt tam nie mieszka. Miasto, które zostało usunięte z map, 2020, <https://podroze.gazeta.pl/podroze/7,114158,23579738,kiedys-tetniło-zyciem-dzis-wlasciwie-nikt-tam-nie-mieszka.html> [dostęp: 20.10.2020].

⁷³ D. Pawłowska, *Azbest. Tony raketwórczego surowca nie znikną przez 200 lat. Gdzie jest go najwięcej?*, <https://biqdata.wyborcza.pl/biqdata/7,159116,24636668,azbest.html> [dostęp: 20.10.2020].

⁷⁴ W. Urbaniak, *Historia azbestu – od euforii do zakazu*, 2015, <https://portalkomunalny.pl/historia-azbestu-od-euforii-zakazu-314159/2/> [dostęp: 20.10.2020].

Podział i dane liczbowe

Odpady – według stopnia szczególnego zagrożenia – dzieli się na:

- grożące zakażeniem – zawierające drobnoustroje chorobotwórcze, jaja pasożytów itp.;
- grożące skażeniem – zawierające substancje promieniotwórcze;
- szczególnie szkodliwe dla środowiska – zawierające substancje uznane przez ministra zdrowia za truczyny lub środki szkodliwe;
- surowe produkty i inne materiały uznane za nieprzydatne do wykorzystania gospodarczego.

Odpady medyczne

Przez odpady medyczne rozumie się odpady powstające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzeniem badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny⁷⁵.

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 (t.j. Dz.U. 2021 poz. 888). Ważne znaczenie w tym obszarze (z przyczyn sanitarno-epidemiologicznych) ma także Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz.U. 2020 poz. 1947).

Eurostat szacuje, że średnia ilość odpadów komunalnych wytworzonych w UE wynosi rocznie 486 kg na osobę. Liczba ta pozostaje niezmienną od 2016 r. i jest o 7% niższa niż najwyższa wartość z 2002 r., kiedy to na jednego mieszkańca przypadało 525 kg odpadów. Państwa członkowskie UE, które wygenerowały najwięcej odpadów komunalnych na osobę w 2017 r., to Dania (781 kg), Cypr (637 kg) i Niemcy (633 kg).

Na drugim końcu są trzy państwa, które wytworzyły mniej niż 350 kg odpadów komunalnych na osobę w 2017 r.; były to kolejno Rumunia (272 kg), Polska (315 kg) i Czechy (344 kg).

Wobec podjętych akcji umożliwiających recykling odpadów, ale też apeli, by nie wyrzucać żywności, obserwuje się niewielki spadek ich ilości.

Wielkim aktualnym, narastającym problemem jest **import odpadów do Polski** (w tym radioaktywnych) z krajów Zachodu, szczególnie z Niemiec. Odsetek importu z tego kraju wzrósł z 38,64% w 2017 r. do 67,81% w 2019 r. Śmieci przywożone są także z Włoch, Austrii, Danii, Słowenii czy Wielkiej Brytanii. W la-

⁷⁵ Ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz.U. 2021 poz. 779).

tach 2018–2019 przywóz odpadów do Polski z zagranicy przekroczył 400 tys. ton. W 2015 r. ilość ta wynosiła niewiele ponad 150 tys. ton⁷⁶.

Według raportu Banku Światowego, w 2016 r. na całym świecie wytworzono ponad dwa miliardy ton odpadów. Bez podjęcia pilnych działań, do 2050 r. ilość odpadów wytwarzanych na świecie wzrośnie – w porównaniu z obecnym poziomem – o 70%. W 2016 r. świat wyprodukował 2,01 mld ton odpadów, a przy obecnej tendencji wartość ta do 2050 r. wzrośnie do 3,4 mld ton⁷⁷.

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 r. 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%. W skali całego świata ok. 37% wysypuje się na legalnych składowiskach, 33% trafia na nielegalne, 19% poddaje się recyklingowi, a 11% jest spalane⁷⁸.

Bezpieczeństwo żywnościowe, problem wyrzucania żywności i głodu na świecie

Bezpieczeństwo żywnościowe to sytuacja, w której wszyscy ludzie przez cały czas mają fizyczny, społeczny i ekonomiczny dostęp do wystarczającej, bezpiecznej i odżywczej żywności, zaspokajającej ich potrzeby żywieniowe i preferencje dla prowadzenia aktywnego i zdrowego życia [World Food Summit – Światowy Szczyt Żywności, 1996]⁷⁹.

Aktualnie toczony są „trzy wielkie bitwy o globalną politykę żywnościową”⁸⁰. Walką z biedą i głodem oraz działaniami na rzecz poprawy dystrybucji żywności zajmuje się

⁷⁶ Import odpadów do Polski przekroczył 400 tys. ton rocznie. Najwięcej śmieci jest z Niemiec, <https://portalkomunalny.pl/import-odpadow-do-polski-przekroczy-400-tys-ton-najwiecej-smieci-jest-z-niemiec-400783/> [dostęp: 24.03.2020].

⁷⁷ What a Waste 2.0: A Global Snapshot of Solid Waste Management to 2050, <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/30317> [dostęp: 24.03.2020].

⁷⁸ Niedługo utoniemy w śmieciach. Co się dzieje z odpadami, które produkujemy? Aleteia, <https://pl.aleteia.org/2018/11/06/niedlugo-utoniemy-w-smieciach-co-sie-dzieje-z-odpadami-ktore-produkujemy/> [dostęp: 21.03.2020].

⁷⁹ <http://www.fao.org/worldfoodsummit/english/index.html> [dostęp: 18.10.2020].

⁸⁰ Three Big Battles for Global Food Policy Looming, <https://www.etcgroup.org/content/three-big-battles-global-food-policy-looming> [dostęp: 21.03.2020].

Organizacja Narodów Zjednoczonych do spraw Wyżywienia i Rolnictwa (Food and Agriculture Organization of the United Nations, FAO) prowadząca działania w 130 krajach świata. W jej skład wchodzi 194 państwa. W 1979 r. FAO ustanowiła Światowy Dzień Żywności, który jest obchodzony 16 października. W tym dniu 2020 r. banki żywności opublikowały raport z badań nad przyczynami marnowania żywności i nad tym, jak globalna pandemia COVID-19 wpływa na nawyki konsumenckie⁸¹.

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 środowiskowe – reakcja społeczeństw na zanieczyszczenie środowiska, edukacja z zakresu prozdrowotnego kształtowania środowiska

W Polsce, pomimo zaleceń WHO i doświadczeń innych krajów, zdrowie środowiskowe w niewielkim stopniu jest uwzględniane w krajowych planach i strategiach. Postępująca degradacja środowiska w wielu rejonach kraju spowodowała, że społeczeństwo zaczęło gwałtownie protestować, zwłaszcza przeciwko smogowi i zanieczyszczeniu powietrza, wycinaniu lasów, jako że są najbardziej spektakularne i widoczne. Należy jednak mieć na względzie fakt, że działalność rolnicza, przemysłowa czy niewłaściwe składowanie odpadów, powodują niewidoczne gołym okiem zanieczyszczenia gleby i wody, a co za tym idzie żywności i wody ujmowanej na cele zaopatrzenia ludności.

Extinction Rebellion (skrcający swą nazwę do **XR**)⁸² – to globalny ruch środowiskowy, którego celem jest wykorzystanie pokojowego nieposłuszeństwa obywatelskiego do zmuszenia władz do podjęcia działań w celu uniknięcia punktów krytycznych w systemie klimatycznym, utraty różnorodności biologicznej oraz ryzyka społecznego i ekologicznego. Ruch ten został ustanowiony w Wielkiej Brytanii w maju 2018 r.; około stu naukowców podpisało wezwanie do działania popierającego tenże ruch.

⁸¹ World Food Summit 2020 – Better Food for More People, <https://bfmp.dk/themes/> [dostęp: 21.03.2020]; <https://bankizywnosci.pl/ponad-53-polakow-przyznaje-ze-zdarza-im-sie-wyrzucic-zywnosc/> [dostęp: 29.04.2021].

⁸² Extinction Rebellion, <https://rebellion.earth/> [dostęp: 23.03.2020].

Istotnym wyzwaniem **w zakresie prozdrowotnego kształtowania środowiska** jest **edukacja**; pożądane jest, aby w tym obszarze udzielali się lekarze i inni pracownicy służby zdrowia.

Ważne jest prowadzenie działań z obszaru edukacji prozdrowotnej wśród dzieci i młodzieży.

Architektura – znaczenie dla zdrowia psychofizycznego człowieka

Architektura polega na zachowaniu trzech zasad:
trwałości, użyteczności i piękna⁸³.
Marcus Vitruvius Pollio

Pojęcie architektura (gr. *archi* – naczelny, *tekon* – budowniczy i łac. *architector* – buduję) jest rozumiane dwojako:

- jako ogół obiektów tworzonych przez człowieka związanych z określonym miejscem na ziemi, do których należą nie tylko budynki, ale też mosty, wiadukty, a nawet ławki czy ogrodzenia; wszystkie mają służyć zaspokajaniu potrzeb osobistych i społecznych⁸⁴;
- jako dyscyplina, która kształtuje środowisko w jakim przebywamy. Według Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development) architektura nie jest odrębnie sklasyfikowana jako dziedzina czy dyscyplina nauki, a wchodzi w skład podanych tam dyscyplin, takich jak np. inżynieria lądowa⁸⁵.

Istnieje jeszcze jedna dyscyplina – obecnie blisko powiązana z podstawowymi, tj. z architekturą, urbanistyką i planowaniem przestrzennym – zwana **architekturą krajobrazu**, która znana jest od czasów starożytnych (Egipt, Daleki Wschód, Cesarstwo Rzymskie). Współcześnie jako odrębna dziedzina powstała w XIX wieku. Według Charlesa Eliota jest to sztuka sama w sobie, tworzy i ochrania piękno w otoczeniu ludzkich siedzib⁸⁶.

⁸³ M. Witruwiusz, *O architekturze ksiąg dziesięć*, tłum. K. Kumaniecki, PWN, Warszawa 1956.

⁸⁴ „Architecture”, w: *Encyclopaedia Britannica. T. 2*, William Benton, Chicago, Londyn, Toronto, Genewa 1961.

⁸⁵ <https://www.oecd.org/> [dostęp: 17.10.2020].

⁸⁶ „Architecture”..., op. cit.

Zapewne wszyscy zauważają, że są miejsca nawet w dużych miastach, w których czujemy się dobrze, bezpiecznie, prawie „domowo”, do których chcemy wracać, a inne są nam obojętne lub powodują niepokój, czy nawet „odpychają”. Czasem sobie tego nie uświadamiamy, ale większość ludzi, może szczególnie starszych, to wyraźnie odczuwa. Bez wątplenia architektura może mieć wpływ na nasze zdrowie psychiczne. Otoczenie człowieka – a szczególnie wysokość i kształt budynków, ich zagęszczenie, przebieg i szerokość ulic, place, parki, a też obecność zieleni w różnych miejscach mogą wywoływać szereg emocji, odczuć, takich jak: poczucie piękna, ładu, spokoju, bezpieczeństwa, zadowolenia czy radości, ale też przytłoczenie, zagubienie, rozdrażnienie, a nawet stany lękowe czy depresyjne z myślami samobójczymi. Efekt ten jest jakby subtelną grą pomiędzy intencjami, gustem architekta czy urbanisty a wrażliwością odbiorcy. Do wyrazistych obiektów, przy których zwykle się zatrzymujemy, należą świątynie – zwłaszcza te budowane przed wiekami, uosabiające odwieczną trwałość, stabilność, dostojne i zwykle w jakiś sposób piękne. O tym, że ich budowa, czasem trwająca przez bardzo wiele lat, była często opłacone krwią i potem zwykłych ludzi, raczej nie myślimy. Może wielu osobom przychodzi wtedy na myśl dość prawdopodobna idea architekta – by jego dzieło nie tylko przyciągało ludzi, dawało odpowiednie warunki do skupienia i modlitwy, ale też pokazywało człowiekowi jego małość i skromność wobec majestatu Boga (władcy), która wymaga ugięcia kolan i ukorzenia się. Dla niektórych taka „sceneria” może dawać nadzieję i pocieszenie, że w tak dostojnym miejscu zostanie wysłuchana ich modlitwa czy prośba. W celu swoistego naznaczania jednakowych, zwykle współczesnych budowli indywidualnym rysem, a także kierowania wzroku przechodniów na posadowione na wysokości jego wzroku piękno, z pomocą spieszy tzw. mała architektura – należy do niej zieleń, małe formy pomników czy choćby przyjazne miejsca do odpoczynku często z możliwością wypicia kawy, a czasem obecność zwierząt. Niezapomniane wrażenie z Centrum Onkologii w Warszawie jest ulokowanie w obrębie budynków miejsca otoczonego ławkami i roślinami z centralnie ułożonym oczkiem wodnym i leniwymi, żywymi żółtami lub akwaria z wielobarwnymi rybami, na które można patrzeć godzinami, zapominając o bólu lub strachu, widziane w innym szpitalu. To nasze odczucia, własne, prywatne, lekarzy z pokolenia baby boomers. Przeglądając piśmiennictwo, widzimy, że nie jesteśmy sami w takim myśleniu, że zajmują się tym problemem architektki, a także psychologowie i socjologowie całego świata.

Historia myśli architektów i urbanistów

Podstawowe zasady projektowania, realizowane przez architektów i urbanistów przez kolejne wieki podał w I w. p.n.e. rzymski architekt Marcus Vitruvius Pollio – Witruwiusz – twórca „człowieka witruwiańskiego”, który jest powszechnie znany dzięki zobrazowaniu przez Leonarda da Vinci (1452–1519). Jest to wizerunek nagiego mężczyzny wpisanego w okrąg i kwadrat, co miało symbolizować nie tylko ruch, ale idealne proporcje, uwzględniając odczucia pojedynczego człowieka w świecie przez niego tworzonym – dotyczyło to budynków, placów czy zabudowy miast. Albrecht Dürer (1471–1528) cytował Witruwiusza:

ktokolwiek chce budować, powinien zyskać wiedzę o doskonałości człowieka, gdyż w niej znajduje się ukryta tajemnica proporcji. I dlatego zanim powiem o budynkach, chcę opowiedzieć, jaki powinien być dobrze ukształtowany człowiek, potem postać kobiety, dziecko i koń. W taki sposób możesz wymierzyć każdą rzecz⁸⁷.

Słynne i powtarzane są słowa Witruwiusza zawarte w jego dziele *O architekturze ksiąg dziesięć*: „Architektura polega na zachowaniu trzech zasad: trwałości, użyteczności i piękna”⁸⁸.

Od tego czasu przez wieki projektowano z myślą, by wpływać na emocje odbiorców i użytkowników budynków.

Sztandarowym przykładem tego typu podejścia jest architektura sakralna średniowiecznego gotyku. Strzelistość katedr, wysokie sklepienia, przydymione witrażami światło, tajemniczy półmrok, to zestaw przemyślanych zabiegów stosowanych przez ówczesnych projektantów. Z kolei budynki minimalistycznego modernizmu, z ich prostotą formy i kolorystyczną powściągliwością, miały potęgować poczucie ładu, spokoju i porządku⁸⁹.

Czasoprzestrzeń architektoniczna kształtowała się w sposób ewolucyjny i spokojny przez tysiąclecia, była ściśle związana z rozwojem kultury – rozciągała się na pokolenia, sięgając czasu uprzemysłowienia. Tamta czasoprzestrzeń architektoniczna w znacznym stopniu zabezpieczała ład psychiczny (dobrostan) człowieka, gdyż charakteryzowała się harmonią między fizyczną a duchową przestrzenią życia.

Miasta, gdzie relacje społeczne zwykle były ograniczone do różnych grup, miały określoną wielkość i były budowane kompleksowo według całościowych pro-

⁸⁷ J. Białoostocki, *Albrecht Dürer*, Wydawnictwo „Ruch”, Warszawa 1970.

⁸⁸ M. Witruwiusz, *O architekturze ksiąg dziesięć*, op. cit.

⁸⁹ https://architektura.info/wiadomosci/aktualnosci/psychologia_i_architektura_nierozzerwalny_duet [dostęp: 29.04.2021].

jektów uwzględniających zasady: „zasięg wzroku”, „dzwon” i „dojście piesze”. Człowiek mógł się tam czuć dobrze, gdyż zwykle powielały one jego proporcje zauważone przez Witruwiusza, a wszystkie elementy miasta zapewniały trwałość, ponadczasowość, z wielkim szacunkiem i wyraźnym podziwem nawiązywały do dokonań przodków.

Budowla stanowiła stały, nieomal wieczny element czasoprzestrzeni architektonicznej; o jej wartości decydowały ślady drugiego człowieka, nawet żyjącego przed wielu laty i łączył ją z użytkownikiem stosunek emocjonalny, związany też z szacunkiem dla budowniczego lub wcześniejszego właściciela.

Stopniowo zmieniały się relacje pomiędzy czasem budowy danego ważnego obiektu (bywało, że trwała przez wiele pokoleń), czasem jej istnienia (nierzadko wieki) a długością życia człowieka.

Życie współczesnych budowli architektonicznych jest znacznie krótsze niż życie pokolenia budowniczych (uważa się, że po 30 latach użytkowania bardziej się opłaca wyburzać niż remontować) i jeden człowiek w czasie swojego życia może zauważać budowę obiektu, jego wyburzenie i kolejny obiekt wyrastający na tym samym miejscu. Jest to powodem zagubienia człowieka i czasem nieuświadomianej utraty poczucia bezpieczeństwa. Zanika jeden z trzech podstawowych elementów wymienionych przez Witruwiusza – trwałość.

Podobnie oddziałuje na człowieka krótkie życie przedmiotów, których używa – często jest to związane z tempem przemian technologicznych, ale też ogólnym nastawieniem na szybki zarobek producentów, a bywa, że modą i chęcią posiadacza imponowania tym, że posiada najnowszy model produktu. Minał czas, gdy przedmioty codziennego użytku przechodziły na kolejne pokolenia i – jak napisał jeden z niewielu współczesnych architektów traktujących przeszłość jako podstawę twórczej kontynuacji – Stanisław Niemczyk:

Przedmioty, zwłaszcza ulubione, bywają naznaczone uczuciami ich użytkowników. Wiem, że za każdym stoi jakaś historia. Są przedłużeniem czasu człowieka, który je posiadał⁹⁰.

Podobne zjawisko występuje przy projektowaniu i produkcji przedmiotów użytkowych (auta, sprzęt elektroniczny), których nie warto naprawiać. Obecnie przedmioty jedynie zaspokajają potrzebę posiadania, a nie budzą żadnych pozytywnych uczuć i doznań.

Wszystko to, co wyżej wymieniliśmy, może być istotnym powodem zaburzenia poczucia ładu psychicznego człowieka, które wynika z utraty identyfikacji z miej-

⁹⁰ S. Niemczyk, *Sztuka Architektury*, 2010, <https://sztuka-architektury.pl/article/4683/stanislaw-niemczyk> [dostęp: 12.07.2020].

scelem, a także z braku związku emocjonalnego i przywiązania się do sprzętów. Jednocześnie występuje zjawisko globalizacji, co sprzyja tendencjom do ignorowania tradycji, tożsamości kulturowej i dokonań poprzednich pokoleń.

Człowiek w takim świecie czasem czuje się jak przedmiot, nie nadąża nie tylko fizycznie, ale też emocjonalnie i duchowo za wielkim tempem przemian cywilizacyjnych, co może powodować zaburzenie harmonii pomiędzy fizyczną a mentalną przestrzenią życia, stanowiąc nierzadko przyczynę zachwiania dobrostanu (ład psychicznego) z wyraźnymi wpływami na zdrowie fizyczne.

Wspomniane zjawiska powodują, że słynne i powtarzane słowa ojca architektów Witruwiusza o zachowaniu trzech zasad: trwałości, użyteczności i piękna (*firmitas, utilitas, venustas*), czyli witruwiańska triada, która przez wieki była teoretyczną podstawą architektury, przestała być realizowana.

W takiej sytuacji jakże znamienne brzmią słowa prof. B. Szmidta w książce *Ład przestrzeni*⁹¹.

Wielka kompozycja, której ukoronowaniem jest ład przestrzenny, wymaga wielkiego potencjału twórczego, wielkiego umiłowania ziemi i człowieka, a jej rękojmią jest nie to, co posiadamy, lecz to, czym jesteśmy⁹².

Psychologia architektury

W 2015 r. dwaj amerykańscy autorzy – architekt Ann Sussman i Justin B. Hollander, profesor z Tuft University (Wydział Urbanistyki i Planowania Przestrzennego) opublikowali wyniki badań oceniających wpływ architektury na psychikę człowieka⁹³. Zauważyli, że współcześni architekci, dążąc do coraz większych ulepszeń technologicznych, zwiększając wymiary budowli, a także planując gęste zabudowy miast wynikające ze stale rosnących cen terenów miejskich, utracili zainteresowanie, a nawet wrażliwość na to, jaki mają wpływ ich zrealizowane projekty na zdrowie fizyczne, ale przede wszystkim psychiczne, ludzi. Autorzy określili wiek XIX okresem inżynierii, XX – chemii i zasugerowali, że wiek XXI ma być wiekiem biologii, stwierdzając fakt, że architekci pomimo że twierdzą, iż czerpią wzorce z natury – nadal nie realizują dzieł, które sprzyjają wrażliwości, emocjom i potrzebom du-

⁹¹ F.B. Szmidt, *Ład przestrzeni*, PWN, Warszawa 1981.

⁹² Opracowano m.in. na podstawie: Z. Pelczarski, *Relacje pomiędzy psychologicznym i fizycznym ładem współczesnej przestrzeni architektonicznej*, „Architecturae et Artibus” 2014, 2, s. 35, <https://docplayer.pl/11504673-Relacje-pomiedzy-psychologicznym-i-fizycznym-ladem-wspolczesnej-przestrzeni-architektonicznej.html> [dostęp: 22.10.2020].

⁹³ A. Sussman, J.B. Hollander, *Cognitive architecture: Designing for how we respond to the built environment*, Taylor & Francis Group, Routledge, London 2015.

chowym człowieka, nie zabezpieczając jego dobrostanu, co wielokrotnie przekłada się na zdrowie fizyczne, choćby przez gorsze radzenie sobie ze stresem cywilizacyjnym. Wszystkie miasta na całym świecie, czy to w Chinach, USA, Niemczech, Albanii, Egipcie lub Polsce, stały się do siebie podobne – wyrastają tam jednakowe wieżowce, budowane są podobne osiedla, obiekty użyteczności publicznej, a przestrzeń pomiędzy budynkami projektowana jest według podobnego klucza.

To podobieństwo form miejskich, które można zauważać w wielu krajach, i ich monotonia sprawia, iż wygasza się ludzką wrażliwość zmysłów i emocji, ogranicza możliwość percepcji, powoduje poczucie zagubienia się człowieka, brak bezpieczeństwa, a ostatecznie zubożenie. Jednak człowiek dla prawidłowego funkcjonowania i rozwoju, dla swojego dobrostanu psychicznego potrzebuje bodźców różnorodnych, urozmaiconych, oryginalnych, niepowtarzających się krajobrazów, także miejskich. Autorzy przekonują, że takiego rodzaju architektura nie tylko teraz ma negatywny wpływ na psychikę, ale że takie oddziaływanie będzie narastało. Sugerują nawet, by przy opracowywaniu projektów byli zatrudniani psycholodzy, a nawet neuropodolodzy.

Interesujące są wyniki badań neuropsychologa Colina Ellarda nad wpływem urbanistyki na psychikę człowieka. Zauważył on, że monotonna, ujednolicona zabudowa nie tylko nuży, ale i męczy. Natomiast obiekt, nawet nieciekawym architektonicznie, potrafi budzić podekscytowanie, jeśli urozmaicony jest różnorodnymi sklepikami czy barami.

Charles Montgomery, w książce *Happy City: Transforming Our Through Urban Design*, wydanej w 2014 r., podał wyniki własnych obserwacji mieszkańców kilku nowojorskich dzielnic, zauważając, że ludzie żyjący w przestrzeni nawet mniej zadbanej, ale różnorodnej, która wielokrotnie przyjmuje postać chaosu – są bardziej szczęśliwi niż żyjący w uporządkowanym, schludnym, ale monotonnym otoczeniu⁹⁴.

Amerykańscy psychologowie – Colleen Merrifield i James Danckert, korzystając z badania EEG, udowodnili pozytywny wpływ ciekawych obrazów na aktywność mózgu ludzi znudzonych obrazami smutnymi czy nudnymi⁹⁵.

Brendan Walker, profesor Creative Industries na Middlesex University, główny pracownik naukowy w dziedzinie informatyki na Uniwersytecie w Nottingham, wykładowca projektowania przemysłowego w Central Saint Martins – uznany międzynarodowy twórca interaktywnych urządzeń i eksperymentów naukowych

⁹⁴ <https://www.livablecities.org/articles/book-review-charles-montgomerys-happy-city-transforming-our-lives-through-urban-design> [dostęp: 29.04.2021].

⁹⁵ E. Malkovsky, C. Merrifield, Y. Goldberg, J. Danckert, *Exploring the relationship between boredom and sustained attention*, „Experimental Brain Research” 2012, 221(1), s. 59–67.

zaliczanych do dziedzin sztuki i jednocześnie nauki (często określane jako jedyny na świecie „inżynier emocji”) przekonuje, że ludzie doświadczający pozytywnych, zróżnicowanych bodźców estetycznych są mniej materialistyczni, chętniej pomagają innym, są też bardziej cierpliwi⁹⁶.

Problemem podnoszonym od XIX w. jest wpływ architektury na zdrowie psychiczne ludzi, które w ujęciu holistycznym jest ściśle powiązane ze zdrowiem fizycznym. Tak interesująco pisze o tym Paulina Czuryk, właścicielka jednego z biur projektowych:

Zdolny architekt jest jak powieściopisarz. Prowadzi użytkownika projektu zgodnie ze swoją narracją – wpływa na jego samopoczucie, pobudza lub odpręża. Umiejętne operowanie emocjami jest szczególnie ważne w budynkach publicznych, takich jak urzędy, sądy czy szpitale. [...] Dobry projekt miejsca zamieszkania z pewnością podnosi jakość życia i powoduje, że każdy spędzony w nim dzień będzie upływał z takimi emocjami, na których zależy jego odbiorcy.

Tonacją kolorów czy **doborem materiałów** możemy wprawić odbiorcę w zadumę, refleksję lub radość i ekscytację. **Światłem** możemy kreować poczucie tajemniczości, zagadkowości lub lekkości i relaksu. **Dobór wielkości szklenia** będzie natomiast tworzyć klimat transparentności, otwartości, bądź wyciszenia, zamknięcia⁹⁷.

Ponadto na człowieka – szczególnie starszego, chorego lub „czującego się niepewnie we własnym ciele” ma wpływ izolacja od hałasu, ale też otoczenie przedmiotów, a nawet zapachy. Te wszystkie wrażenia można odczuwać nawet podświadomie. Dzieci odbierają bodźce znacznie intensywniej niż zdrowi dorośli.

Psychologia przestrzeni (architektury) powstała nieomal równocześnie z psychologią. Choć już w 1886 r. ukazała się publikacja Henricha Wolffina pt. *Prolegomena zu einer Psychologie der Architektur*⁹⁸. Nauka ta jeszcze nie jest znana wszystkim. Jedną z przyczyn było XX-wieczne odejście od dawnych reguł – projektowano masowo i często anonimowo, nie kontaktując się z bezpośrednim odbiorcą. Aktualnie obserwuje się powrót do nieco zapomnianej psychologii architektury.

To nowy nurt łączący w sobie elementy dwóch głównych dziedzin – architektury i psychologii, która wywodzi się z psychologii środowiskowej, analizującą wpływ człowieka na kształtowanie przestrzeni i przestrzeni na kształtowanie ludzi, oceny zależności pomiędzy miejscem, gdzie mieszka i pracuje człowiek a efek-

⁹⁶ BBC. Coast, <https://www.bbc.co.uk/programmes/profiles/4J164wvx3LgS62PNsP4g0NS/brendan-walker> [dostęp: 28.03.2020].

⁹⁷ <https://www.architekturaibiznes.pl/psychologia-architektury,3573-strona3.html> [dostęp: 19.10.2020].

⁹⁸ https://www.kunstgeschichte-ejournal.net/44/2/W%C3%B6lflin_Prolegomena.pdf [dostęp: 21.10.2020].

tywnością jego działań, samopoczuciem – ogólnie dobrostanem wpływającym na zdrowie fizyczne⁹⁹.

Tak więc współczesna architektura

[...] czasem bywa niesłusznie traktowana jako dziedzina techniki, w rzeczywistości to połączenie artyzmu oraz inżynierii, materiałoznawstwa (klimat termiczny, akustyczny, estetyczny i ergonomiczny budynku) i psychologii. To umiejętność zorganizowania przestrzeni w taki sposób, aby jej odbiór pozostawał w zgodzie z wymogami środowiska naturalnego (np. topografii) i kulturowego oraz ukrytymi lub wyrażanymi potrzebami, wartościami oraz motywacjami człowieka. W sposób naturalny architektura i psychologia wychodzą więc sobie naprzeciw.

Architektura to także kwestia umowy społecznej, schematy ustalano i łamano, stosownie do funkcji i konwenansów. W najstarszym prawdopodobnie na świecie mieście odnalezionym w Turcji (osada Catal Huyuk z ok. 7300–7200 przed Chr.) nie było ulic, domy ściśle przylegały do siebie, poruszano się po dachach, a drzwi wejściowe znajdowały się nie w ścianach, ale na dachu. W jednym z belgijskich akademików największym wzięciem cieszył się apartament o konstrukcji pionowej, to znaczy wąski, ale wysoki (2,4 m × 2,7 m × 7 m) rozmieszczony na kilku kondygnacjach (architektem był Lucien Kroll)¹⁰⁰.

Zdzisław Pelczarski, profesor Politechniki Białostockiej, w publikacji pt. *Relacje pomiędzy psychologicznym i fizycznym ładem współczesnej przestrzeni architektonicznej*¹⁰¹, podaje, że architektura ma wymiar dualny – z jednej strony fizyczny, a z drugiej psychologiczny (charakter antropogeniczny i antropocentryczny) i stanowi układ odniesienia dla każdego człowieka. Już przed ponad 30 laty prof. Bolesław Szmidt opublikował pracę będącą jednym z najważniejszych dzieł teorii architektury pt. *Ład przestrzeni*. Prof. Pelczarski uzupełnił omawiany termin pojęciem „czas”, używając określenia czasoprzestrzeń architektoniczna i jednocześnie nawiązując do prac psychologa prof. Augustyna Bańki, a szczególnie jednej z jego publikacji pt. *Architektura psychologicznej przestrzeni życia: behawioralne podstawy projektowania* (1999)¹⁰² i korzystał z jego określeń, m.in.: psychologiczna przestrzeń życia, ład psychologiczny, a także fizyczna i psychologiczna przestrzeń architektoniczna.

⁹⁹ Czym jest psychologia przestrzeni?, 2019, <https://architeka.co/porada/czym-jest-psychologia-przestrzeni-2/> [dostęp: 21.10.2020].

¹⁰⁰ Agnieszka Marianowicz-Szczygieł (psycholog, projektant wnętrz i ogrodów, dziennikarz-popularyzator nauki, zaangażowany społecznik). Czy architektura kocha psychologię? [wg autorki artykuł ukazał się w czasopiśmie „Charaktery”], http://lufcik.info/?page_id=409 [dostęp: 21.10.2020].

¹⁰¹ Z. Pelczarski, *Relacje pomiędzy psychologicznym...*, op. cit.

¹⁰² Architektura psychologicznej przestrzeni życia: behawioralne podstawy projektowania https://www.researchgate.net/publication/308903684_Architektura_psychologicznej_przestrzeni_zycia_Behawioralne_podstawy_projektowania_2016 [dostęp: 28.03.2020].

Dobrostan człowieka, czyli ład psychiczny w „czasoprzestrzeni architektonicznej”, tworzą trzy składowe:

- **wzorce pierwotne** (archetypowe) wspólne dla wszystkich ludzi – odziedziczone symbole, wyobrażenia i paradygmaty zawierające szczegóły, które mają określone znaczenia i wartości;
- **potrzeba trwałości układu odniesienia**, czyli niezmienności (lub tylko niewielkiej zmienności) świata, w którym żyjemy – architektury i przyrody; poczucie trwałości układu odniesienia daje nam stabilność i pewność, że świat nie zmieni się tak radykalnie, by wymagało to od nas uczenia się relacji z nim od nowa;
- **tożsamość kulturowa**, czyli łączność ze środowiskiem kulturowym, w którym się urodziliśmy i wychowaliśmy; jest to najistotniejszy element ładu wewnętrznego człowieka, determinowany przez genetykę, ale też związany ze świadomością dziedziczenia dorobku kulturowego przodków.

W zaspokajaniu tych trzech potrzeb człowieka, warunkujących jego ład psychiczny (dobrostan), ważną rolę odgrywa przestrzeń architektoniczna, w której żyjemy¹⁰³.

Podwaliną architektury są nauki ścisłe, ale obiekty wysokiej jakości zawsze są połączeniem myśli technicznej ze sztuką, pewnym artyzmem i wiedzą czerpaną z psychologii i socjologii właśnie. Poprzez strukturę i rodzaj użytych materiałów, skalę i wielkość poszczególnych elementów budowlanej czy też dobór kolorystyki architekci mogą wywoływać konkretne emocje i wpływać na sposób, w jaki odbieramy ich finalne dzieło¹⁰⁴.

Przykładem takiej spójnej myśli technicznej, psychologicznej i socjologicznej architektury, może być zrealizowany projekt budynku Gdyńskiej Szkoły Filmowej oraz otaczającego ją placu Grunwaldzkiego. Tak mówił prezes biura architektonicznego – Zbigniew Reszka:

Całość została zaprojektowana jako nowoczesny miejski salon. Wszechobecna, ale utrzymana w minimalistycznym porządku zieleń, skontrastowana z białą bryłą budynku przykuwa oko i każe przechodniowi zatrzymać się, choć na chwilę. Przemysłana kompozycja przestrzenna – w tym podcięcie bryły w parterze, zapraszające pieszych na plac – sprawia, że w pogodne dni miejsce to zawsze jest pełne ludzi [...]. Sam budynek to oddzielna historia, „napisana” – jak mówią twórcy – niemal jak scenariusz filmowy. Jasna, szklana fasada budynku przełamana jest czerwienią zewnętrznych, tarasowych schodów służących do siedzenia, z południową ekspozycją. Wybór koloru to nawiązanie do ulubionej barwy świata festiwalu i gal filmowych oraz czerwonego dywanu. Zresztą kolor ten przewija się również we wnętrzach centrum: na klatce schodowej czy w salach kinowych. [...]

¹⁰³ Z. Pelczarski, *Relacje pomiędzy psychologicznym...*, op. cit.

¹⁰⁴ <https://sztuka-architektury.pl/article/13640/czy-psychologia-i-architektura-to-nierozdzielny-duet> [dostęp: 2.03.2021].

Naszą intencją było łagodne wkomponowanie siedziby centrum w krajobraz modernistycznego miasta – Jednak w miarę zbliżania się do budynku czerwone akcenty zaczynają zdradzać jego drugą naturę, wywołując ciekawość. Kolor działa coraz intensywniej z każdym krokiem, by swoją największą siłą osiągnąć wewnątrz sal kinowych. Tak zaplanowany odbiór budynku inspirowany był klasycznym scenariuszem filmowym, który na początku buduje szerszą narrację i wprowadza napięcie, zmierzając ku scenie finałowej. [...]

Czas wolny to w dzisiejszych czasach niemal świętość. Nie chcemy marnować go na przebywanie w źle zaprojektowanych budynkach i miejscach, które nie wywołują w nas pozytywnych emocji. To zjawisko bardzo wyraźnie obrazuje trend powstawania coraz piękniejszych, ciekawszych i lepiej przemyślanych wnętrz hotelowych¹⁰⁵.

Podobna myśl humanistyczna (zabezpieczenie indywidualnych, ale różnych upodobań ludzi) kierowała architektami projektującymi hotele. Dobrym przykładem jest Gwiazda Morza we Władysławowie.

Znajdziemy tam meble wolnostojące – fotele, pufy czy stoliki, które mają różne wykończenia i materiały. Dzięki takiemu zabiegowi osiągnęliśmy efekt zamierzonego chaosu. Goście mogą dowolnie dopasować konfigurację pewnych elementów do własnych potrzeb i upodobań. Możliwość ta sprawia, że czujemy się jak w domu, jak u siebie¹⁰⁶.

– napisał Kamil Kowalik projektujący ten obiekt.

Odrębnym problemem jest rewitalizacja starych obiektów tak, by istniał dialog pomiędzy starym a nowym, został zachowany duch tego obiektu, respektować przywiązanie ludzi do tego miejsca, uwzględniać aspekty zabytkowe, a także zapewnić „ludzką skalę projektu”, ale też wygodę i atrakcję dla nowych użytkowników. Przykładem może być Stocznia Cesarska i jej nowe otoczenie, jak nadwodna promenada i dookolne obszerne tereny zielone w Gdańsku. O tym projekcie tak właśnie opowiadał architekt prowadzący Mateusz Mastalski.

Na obrzeżach gdańskiego Młodego Miasta realizowana jest też kolejna inwestycja – Apartamenty Chlebova, w miejscu pierwszej przemysłowej fabryki chleba w północnej Polsce, która funkcjonowała nieprzerwanie od 1905 r. do końca II wojny światowej – Germania Brotfabrik. Nowoczesne bryły z elewacjami z naturalnych klasycznych materiałów mają zachować ciągłość historyczną tego miejsca, a mała architektura i rekreacyjna zieleń może być kreowana przez użytkowników.

¹⁰⁵ https://architektura.info/wiadomosci/aktualnosci/psychologia_i_architektura_nierozzerwalny_duet [dostęp: 2.03.2021].

¹⁰⁶ <https://biznes.newseria.pl/biuro-prasowe/psychologia-i-architektura,b1660659535> [dostęp: 2.03.2021].

Architektoniczne środowisko szkolne

Już w połowie lat 60. XX wieku Tadeusz Izbicki zauważał potrzebę odejścia od tradycyjnego wyobrażenia szkoły, chciał wprowadzać reformatorskie koncepcje dotyczące środowiska szkolnego twierdząc, że:

kierunek zmian określa organizacja przejawów życia w szkole, oraz że konieczna jest popularyzacja problematyki pedagogicznej w środowisku architektów [...] w celu ściślejszego powiązania projektowania architektonicznego z praktyczną działalnością dydaktyczną¹⁰⁷.

Jednak te śmiałe koncepcje dopiero od niedawna zaczynają inicjować podobne spojrzenie na projektowanie obiektów szkolnych.

Współczesne postmodernistyczne nurty pedagogiczne, wywodzące się z Pedagogiki Nowego Wychowania, są w dużej mierze pochwałą otwarcia systemu, samokształcenia i aktywnego udziału uczniów w życiu społeczno-kulturowym, uznając tym samym wartość wiedzy (również nienaukowej), zdobywanej w praktyce poprzez obserwację, komunikację i interpretację znaczeń.

Koncepcje te w architekturze współczesnej realizowane są coraz częściej np. poprzez świadome zacieranie granic między wnętrzem i zewnątrzem poprzez fizyczne i funkcjonalne otwarcie przestrzeni szkolnych¹⁰⁸.

Projektowanie szpitali

Wyzwaniem dla architektów jest projektowanie szpitali. Poza problemami technicznymi, jak niezliczona liczba urządzeń, instalacji i kanałów, coraz częściej uwzględnia się fakt, iż architektura, projektowanie wnętrz (powierzchnie, oświetlenie, barwy), ale też otoczenia, zmniejszają poziom stresu u chorych, u osób odwiedzających, ale też personelu, co się ostatecznie przekłada na lepsze wyniki terapii. Dla podniesienia dobrostanu chorych, istotne nawet jest, by przebywający w łóżkach mogli obserwować to, co dzieje się za oknem. Idea humanizowania przestrzeni szpitalnej to zielone patia-ogrody dostępne z wewnątrzszpitalnych głównych tras komunikacyjnych, ale też umieszczane w pobliżu pokoje dziennego pobytu, kawiarnie czy lokale usługowe przy centralnym patio. Za przykład takich

¹⁰⁷ T. Izbicki, *Zagadnienia z praktyki architektonicznej i pedagogicznej w szkołach podstawowych*, „Architektura” 1964, 7/8.

¹⁰⁸ C. Szpytma, *Rola architektury w tworzeniu aktywnego środowiska edukacji*, „Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja”, 19, 1(73), https://www.academia.edu/35449597/Rola_architektury_w_tworzeniu_aktywnego_%C5%9Brodowiska_edukacji [dostęp: 19.10.2020].

rozwiązań podaje się Centrum Medycyny Inwazyjnej i Nieinwazyjnej w Gdańsku oraz Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku¹⁰⁹.

Aranżowanie wnętrz – elementy mieszkania a samopoczucie

W projektowaniu wnętrz szczególne znaczenie ma psychologia wnętrza. Z doświadczeń tej dziedziny wynika, iż ważne są:

- **skala, proporcja, forma**, np. meble i inne dodatki nie mogą zajmować całej powierzchni danego pomieszczenia; musi pozostać wolna przestrzeń, bo inaczej człowiek czuje się przytłoczony;
- **ergonomia i praktyczność** – rozwiązania ułatwiające poruszanie się w obrębie mieszkania w celu zaoszczędzenia sił, ale też dla „uporządkowania” czynności;
- **oświetlenie** – barwa i natężenie światła muszą być dostosowane do danego pokoju, np. w sypialni, salonie i gabinecie są potrzebne zupełnie inne typy oświetlenia;
- **odpowiednie barwy i faktura** dobierane wg gustu właściciela, choć bezpieczniejsze są neutralne, gdyż wybrane barwy mogą się znudzić lub powodować niezamierzone reakcje emocjonalne;
- **naturalne tkaniny** powinny dominować, gdyż połyskliwe i śliskie materiały mogą stworzyć poczucie chłodu¹¹⁰.

Współcześni architekci, ustalający te elementy z przyszłymi właścicielami mieszkań, mówią:

Dom marzeń dla klienta, to niełatwy mariaż często ścierających się osobowości i temperamentów. Obie strony muszą mieć do siebie ogromne zaufanie, które jest podstawą zdrowych relacji. Przede wszystkim trzeba umieć ze sobą rozmawiać, by projekt w pełni odpowiadał potrzebom i odzwierciedlał wnętrze mieszkańców [...]¹¹¹.

¹⁰⁹ <https://www.architekturaibiznes.pl/psychologia-architektury,3573-strona3.html> [dostęp: 19.10.2020].

¹¹⁰ <http://www.kongres-samorzadowy.pl/jak-architektura-oddzialuje-na-czlowieka/> [dostęp: 22.10.2020].

¹¹¹ <https://www.akademiaarchitekta.org/wspolczesny-architekt-artysta-psycholog-socjolog-wywiad-owcawizjoner-twardo-stapajacy-po-ziemi/> [dostęp: 19.03.2021].

Wynika z tego, że architekt musi być też dobrym psychologiem, a „czasami (po wielu rozmowach) nawet wie więcej o przyzwyczajeniach i osobowości właściciela niż on sam”¹¹².

Impulsy sensoryczne – kolory

O wpływie kolorów na nastrój, reakcje, aktywność człowieka wiadomo od dawna, jednak od stosunkowo niedawna rozpoczęto leczenie kolorami, kontynuując tradycję Egipcjan, Chińczyków czy Hindusów. Dziś, wspólnie ze zdobyciami nowoczesnej techniki, jest to jedna z najpopularniejszych metod medycyny niekonwencjonalnej¹¹³.

Wiedzę tę wykorzystuje się także w projektowaniu reklam. Celem jest swoiste manipulowanie ludźmi poprzez pobudzenie ich zmysłów zachęcające do zainteresowania reklamą i ostatecznie zakupu produktu¹¹⁴.

Barwami operuje też architektura wnętrz, łącząca obserwacje psychologów, dostosowując kolory do potrzeb przyszłych użytkowników mieszkań, biur, szkół i innych obiektów.

Poniżej przedstawiono wpływ poszczególnych barw na zdrowie psychofizyczne człowieka.

1) **Kolor biały:**

- łagodzi emocje, przynosi spokój i odprężenie;
- nie ogranicza aktywności osób dynamicznych i zdecydowanych;
- na osoby samotne i pozbawione energii zbyt duże płaszczyzny białe mogą działać drażniąco (zbyt stymuluje);
- w „rozbielonym” mieszkaniu łatwo zebrać myśli i dać odpocząć oczom;
- biały doskonale odbija światło, powiększając tym samym przestrzeń.

2) **Kolor niebieski:**

- symbol harmonii, spokoju, pozytywnego działania, elegancji;
- uspokaja umysł i wzmacnia koncentrację;
- świadczy o dobrej komunikacji i pomysłowości osoby decydującej się na używanie tej barwy.

¹¹² Współczesny architekt – artysta, psycholog, socjolog, wywiadowca, wizjoner twardo stąpający po ziemi? [Wywiad z projektantem wnętrz – Adamem Żarczyńskim], <https://grupamo.pl/porady/wspolczesny-architekt-artysta-psycholog-socjolog-wywiadowca-wizjoner-twardo-stapajacy-po-ziemi/> [dostęp: 22.10.2020].

¹¹³ <https://medica.pl/terapia-kolorami/> [dostęp: 22.10.2020].

¹¹⁴ <https://www.projektowaniegraficzne.pl/znaczenie-kolorow-w-reklamie-teoria-barw-psychologii-kolorow/> [dostęp: 23.10.2020].

3) Kolor różowy:

- dla pewnych siebie, odważnych, niebojących się ryzykować;
- dla osób, które potrzebują bliskości, ciepła, miłości i zainteresowania ze strony innych;
- osoby wybierające tę barwę charakteryzują się skłonnością do wzruszeń i uczuciowości;
- dowodzi przywiązania, łatwości w okazywaniu uczuć oraz niezmiernej życzliwości;
- czasami może pogłębiać złe samopoczucie.

4) Kolor żółty:

- to barwa słońca, budzi radość, dodaje pozytywnej energii i pobudza do działania;
- wzmacnia kreatywność i pomaga w podejmowaniu decyzji, dlatego jest szczególnie polecany do pomieszczeń przeznaczonych do nauki, choć z uwagi na działanie pobudzające nie nadaje się do sypialni;
- rozładowuje napięcia, jednak za dużo elementów w tym kolorze może irytować;
- doskonały do chłodnych, niedoświetlonych wnętrz, pozbawionych dostępu do słońca.

5) Kolor pomarańczowy:

- pozytywna barwa – kojarzy się z ciepłem, komfortem;
- pobudza do działania;
- pozwala pozbyć się złych emocji;
- przebywanie w pomieszczeniach utrzymanych w tej kolorystyce powoduje wydzielanie soków trawiennych i wzmaga poczucie głodu – dobry do jadalni (w tonacji jaśniejszej) i w kuchni (bardziej intensywny), dlatego bardzo często ten kolor jest wykorzystywany w restauracjach;
- dla osób odchudzających się nie jest najlepszy w jadalni;
- ściany malowane na ten kolor przytłaczają i pomniejszają wnętrza (jeżeli pomarańczowy kolor – to raczej w dodatkach).

6) Kolor fioletowy:

- symbolizuje zainteresowanie sferą duchową;
- lubią go introwertycy;
- lubią go ludzie o skłonności do luksusu;
- stymuluje do rozwoju”¹¹⁵.

¹¹⁵ <https://internityhome.pl/odkrywaj/psychologia-architektury-czyli-swiat-kolorow-a-nasze-samo-poczucie/> [dostęp: 30.04.2021].

Zauważa się, że pomimo obserwacji Ertela z 1973 r. o wpływie kolorów na uczniów czy studentów, w szkołach nadal używane są barwy białe, czarne i brązowe – dotyczy to także sprzętu – choć wiadomo, że nie ułatwiają skupienia, nie pobudzają do kreatywności, ale też nie pomagają się relaksować i ostatecznie pogarszają wyniki w nauce. Postuluje się, by używać kolorów żółtego, zielonego, pomarańczowego i niebieskiego, które pomagają w przyswajaniu wiedzy.

Nadal używany w biurach kolor biały nie jest w tych miejscach wskazany¹¹⁶.

Architektura związana z naturą – *biophilic design*

Jeden z najsłynniejszych polskich architektów – Romuald Loeger, przed otwarciem swojej wystawy „Romuald Loegler. Tworzenie architektury – od wolnej myśli do skonsolidowanej formy” w Krakowie, mówił o projektowaniu miast przyjaznych ludziom, apelował o walkę ze smogiem. Następnie w radio w 2018 r. padły jego znamienne słowa – „Architektura ma dawać ludziom zdrową przestrzeń do życia. Nie jest oddzielną od społeczeństwa dziedziną”¹¹⁷, a „ludzie powinni rozumieć architekturę i stawiać wymagania wobec polityków, architektów, urbanistów – „by ich projekty nie były pomnikami autorów, ale służyły człowiekowi”.

Warto podkreślić ostatnie zdanie wypowiedzi tego projektanta. Jakże mądre i pełne pokory wobec człowieka. To swoiste credo prawdziwego architekta.

W latach 90. XX wieku powstała **konceptcja projektowania i budowania biophilnego (*biophilic design*)**, której ideą jest umożliwianie ludziom kontaktu ze środowiskiem naturalnym w przestrzeni miejskiej, w celu zachowania dobrostanu i wzmacniania siły w radzeniu sobie ze stresem¹¹⁸.

Do tej idei nawiązuje niedawno oddany do użytku kolejny ośrodek organizacji dobroczynnej – Maggie’s Centre dla chorych onkologicznych w Oldham (Anglia). Przyjęto założenie, że użyty materiał i bliskość żywej przyrody ma moc uzdrawiania¹¹⁹. Do budowy użyto wyłącznie drewna liściastego – tulipanowca amerykańskiego, które charakteryzuje się wytrzymałością i ciepłą barwą, podwieszając cały obiekt

¹¹⁶ K. Kocięda, *Psychologia architektury: Świat kolorów a biochemia człowieka*, <https://kraftmagazyn.pl/psychologia-architektury-swiat-kolorow-a-biochemia-czlowieka/> [dostęp: 29.04.2021].

¹¹⁷ Wystawa „Romuald Loegler. Tworzenie architektury – od wolnej myśli do skonsolidowanej formy”, <https://sztuka-architektury.pl/article/10893/wystawa-romuald-loegler-tworzenie-architektury-od-wolnej-mysli-do-skonsolidowanej-formy-do-110318> [dostęp: 28.03.2020].

¹¹⁸ S.R. Kellert, E.O. Wilson, *The Biophilia Hypothesis*, Island Press, 1993; E. Gullone, *The Biophilia Hypothesis and Life in the 21st Century: Increasing Mental Health or Increasing Pathology?*, „Journal of Happiness Studies” 2000, 1, 3, s. 293–322, <https://www.terrabinbrightgreen.com/report/economics-of-biophilia/> [dostęp: 12.07.2020].

¹¹⁹ Maggie’s Centres, https://en.wikipedia.org/wiki/Maggie%27s_Centres [dostęp: 28.03.2020].

nad gruntem i zachowując na zewnątrz i wewnątrz żyjące drzewa. W 2017 r. został on nagrodzony prestiżową nagrodą Wood Awards. Zauważa się, że ten projekt ma znaczenie przełomowe w myśleniu i realizacji dla współczesnej architektury.

Zalety domów drewnianych, znanych od wieków, potwierdzono badaniami w Australii, zauważając, że ich wpływ na stan zdrowia i dobrostan człowieka jest znacznie bardziej korzystny niż innych materiałów budowlanych¹²⁰.

Hygge – filozofia życia dotycząca też projektowania przyjaznych wnętrz

Koncepcja zrodziła się w XIX w. w Danii i jest uważana za odpowiednik francuskiego *joie de vivre*. Hygge oznacza komfort bycia ze sobą i z innymi, wygodę, przytulność, jak i stan wewnętrznej równowagi, bezpieczeństwa i szczęścia. Używa się też formy czasownikowej *at hygge* i przymiotnika *hyggelig*.

Hygge nie jest kojarzone z wartościami materialnymi, konsumpcjonizmem, a wręcz znajduje się w opozycji do tych pojęć, odnosząc się do stanów ducha i nastrojów, a jeśli dotyczy rzeczy, to tylko drobnych, których nie należy sobie odmawiać. Obrazują go np.: klimat wieczoru spędzonego w ciepłym pokoju, spotkania rodzinnego w czasie Świąt Bożego Narodzenia, wieczoru przy świecach, również ciepłe miękkie skarpetki na stopach i przyjemność ich dotyku przy zakładaniu, ale też smak i zapach drożdżówki z cynamonem. Jak bywa w przypadku każdej myśli filozoficznej, są też krytycy zarzucający, że jest to apoteoza przeciętności, zadowalanie się czymś małym i w gruncie rzeczy nieistotnym. Hygge było postrzegane jako moda, która przeminie.

Filozofia hygge wyraża się też w aranżowaniu wnętrz poprzez dobór barw, a także wygodnej organizacji przestrzeni i stylowych dodatków. Projektanci realizujący projekty zgodne z tą filozofią przede wszystkim biorą pod uwagę elementy wspierające rodzinę i możliwość kameralnych spotkań towarzyskich¹²¹.

¹²⁰ Maggie's Centre – Gartnavel, <https://oma.eu/projects/maggie-s-centre-gartnavel> [dostęp: 28.03.2020]; Wood. Housing, Health, Humanity, <https://makeitwood.org/documents/doc-1253-wood--housing--health--humanity-report-2015-03-00-final.pdf> [dostęp: 28.03.2020].

¹²¹ Jak stworzyć wnętrze w stylu hygge, <https://homelandscapes.pl/blog/jak-stworzyc-wnetrze-w-stylu-hygge/> [dostęp: 26.07.2020]; J. Cartner-Morley, *Hygge – a soothing balm for the traumas of 2016*, „The Guardian”, <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2016/oct/18/hygge-a-soothing-balm-for-the-traumas-of-2016> [dostęp: 26.07.2020].

Zdobywanie zawodu psychologa architektury

Poznanie wpływu architektury na zdrowie psychiczne człowieka stało się przyczyną zapraszania psychologów do zespołów projektantów, a także otwarcia specjalizacji, takich jak praktyczna psychologia społeczna i środowiskowa na wydziałach psychologii. Interesujące dane dotyczące zakresu zajęć, a także możliwości zatrudnienia po studiach oraz aktywnego uczestniczenia w kształtowaniu środowiska zawarto na stronie internetowej tych studiów¹²².

Na ponad 20 uczelniach w Polsce istnieją wydziały architektury¹²³. Na wielu z nich można wybierać seminaria dotyczące wzajemnych związków między dyscypliną architektury a różnymi obszarami badań psychologicznych: psychologii poznawczej, psychologii społecznej i środowiskowej, neuropsychologii i neuronauki.

W trakcie zajęć studenci mają okazję zapoznać się z oddziaływaniem fizycznych, psychologicznych i kulturowych uwarunkowań ludzkiej percepcji (wielozmysłowej) wpływających na postrzeganie form architektonicznych i przestrzeni miejskiej. [...]

Embodiment czyli ucieleśnianie w architekturze – przegląd czynników warunkujących wielozmysłową percepcję przestrzeni w doświadczeniu architektonicznym. Badanie uwarunkowań percepcji wzrokowej oraz możliwości oddziaływania poprzez wizualną perswazję. Analizowanie budynków i przestrzeni publicznych pod kątem doświadczenia wielozmysłowego.

Definiowanie czynników kształtujących dobrostan psychiczny, interakcje społeczne i wzorce zachowań w przestrzeni architektonicznej i urbanistycznej¹²⁴.

Rośliny a zdrowie psychofizyczne człowieka;
„leczenie ogrodami” (hortitoterapia); zieleń w miastach

O zieleni można nieskończenie.

Julian Tuwim¹²⁵

Od najdawniejszych czasów rośliny stanowią źródło pożywienia, są używane jako materiał budowlany, do produkcji odzieży czy leków. Tworzą nasze naturalne

¹²² <http://psychologia.umk.pl/studia/specjalizacje> [dostęp: 19.10.2020].

¹²³ https://www.otouczelnie.pl/artukul/599/Studia-architektoniczne#studia_architektoniczne [dostęp: 19.10.2020].

¹²⁴ <https://arch.pg.edu.pl/katedra-architektury-miejskiej-i-przestrzeni-nadwodnych/psychologia-i-architektura> [dostęp: 19.10.2020].

¹²⁵ J. Tuwim, *Treść gorejąca. Zieleń*, 1936, https://poezja.org/wz/Tuwim_Julian/ [dostęp: 17.10.2020]; <https://wroclaw.wyborcza.pl/wroclaw/10,88292,20319815.prof-jan-miodek-czyta-wiersz-zielen-juliana-tuwima-z-ktorego.html> [dostęp: 17.10.2020].

środowisko, dostarczają niezbędnego do życia tlenu oraz pozytywnie oddziałują na zdrowie i samopoczucie ludzi. Od niedawna zaczęto je wykorzystywać również w celach terapeutycznych, jako uzupełnienie tradycyjnych form rehabilitacji osób z określonymi problemami zdrowotnymi. „Praca jest u pewnych natur lekarstwem na każdą boleść”¹²⁶.

Hortiterapia (łac. *hortus* – ogród, park; gr. *therapeuēin* – terapia, opiekowanie się, leczenie) jest metodą leczenia osób z problemami zdrowia psychicznego wykorzystującą pozytywny wpływ kontaktu z przyrodą i pracy związanej z pielęgnowaniem roślin. Zapewne od zarania dziejów człowiek dobrze się czuł w otoczeniu roślin, znajdując ukojenie dla zmysłów przed niepokojem, który przynosił świat, coraz bardziej cywilizowany. „Drzewa – to chmur zgęszczenia, / Pod nimi dzwoni ziemia / Nad nimi rwą wezbrane / Planety z brązu lane”¹²⁷.

Informacje o pierwszym celowym wykorzystaniu zieleni dla leczenia zaburzeń psychicznych można odnaleźć w starych zapiskach, np. starożytni lekarze egipscy zalecali członkom rodziny władców spacerować po ogrodach. Na przełomie wieków XVIII i XIX wprowadzono tę metodę leczenia w klinikach w USA, Anglii i Hiszpanii. Pierwszym w tej dziedzinie w USA był doktor Benjamin Rush, który leczył osoby chore umysłowo pracą w polu i w ogrodzie. Na początku XIX wieku z jego doświadczeń korzystali już terapeuci hiszpańscy. Starano się umieszczać ośrodki dla osób z problemami psychicznymi na terenach wiejskich.

Ważnym krokiem w rozwoju hortiterapii było utworzenie w 1817 r. przy klinice psychiatrycznej w USA rozległego parku z lasem i łąkami. Pod koniec XIX wieku terapia ogrodnicza była coraz szerzej wykorzystywana do leczenia wielu niekorzystnych objawów u dzieci z zaburzeniami umysłowymi; z czasem zaczęto również doceniać możliwości ogrodnictwa w rehabilitacji osób dorosłych, szczególnie ofiar działań wojennych.

W 1936 r. w Anglii ogrodnictwo zostało uznane za oficjalną metodę terapii dla fizycznie i psychicznie chorych. Natomiast pierwsze kursy terapeutyczne zostały wprowadzone w Milwaukee Downer Center w 1942 r. W 1951 r. terapię ogrodniczą

¹²⁶ A. Dumas, *Hrabia Monte Christo*, t. III, s. 239, <https://wolnelektury.pl/media/book/pdf/hrabia-monte-christo.pdf> [dostęp: 17.10.2020].

¹²⁷ **Krzysztof Kamil Baczyński** herbu Sas (ps. Jan Bugaj, Emil, Jan Krzyski, Krzysztof, Piotr Smugosz, Krzysztof Zieliński, Krzyś, ur. 1921 r. w Warszawie, zm. 4 sierpnia 1944 r. w Warszawie) – polski poeta czasu wojny, podchorąży Armii Krajowej, podharcistrz Szarych Szeregów, jeden z przedstawicieli pokolenia Kolumbów; w czasie okupacji związany z pismem „Płomienie” oraz miesięcznikiem „Droga”. Zginął czwartego dnia Powstania Warszawskiego jako żołnierz batalionu „Parasol” Armii Krajowej. Cytat z wiersza *Drzewa* opublikowanego 22 listopada 1941 r., https://poezja.org/wz/Baczy%C5%84ski_Krzysztof_Kamil/ [dostęp: 17.10.2020]; https://poezja.org/wz/Baczy%C5%84ski_Krzysztof_Kamil/457/Drzewa [dostęp: 17.10.2020].

czą, jako oficjalną metodę leczenia, wdrożono w szpitalu geriatrycznym Michigan State Hospital. W latach 50. XX wieku dziedzina ta stała się przedmiotem studiów uniwersyteckich. Z czasem zaczęły pojawiać się nowe metody pracy z pacjentami, nowe formy zajęć terapeutycznych oraz opracowania pierwszych podręczników z tej dziedziny.

Hortiterapia jest stosowana także w **Polsce jako jeden ze sposobów rehabilitacji**. Nie należy wprowadzić do metod standardowych, ale uzupełnia i niejako łączy formy leczenia, takie jak: ergoterpia (leczenie przez pracę), aromoterapia (leczenie zapachami), fototerapia (leczenie światłem), chromoterapia (leczenie kolorami) czy arteterapia (leczenie przez sztukę).

Hortiterapię można podzielić na: bierną (przebywanie wśród roślin, co w sposób często nieświadomiony pobudza zmysły, wycisza, uspokaja, ale też oddziałuje na człowieka, także obserwacja czy dotykanie roślin) i czynną – związaną z różnymi pracami, jak pielęgnowanie ogrodów, ale też wykonywanie dekoracji, np. florystyka.

Korzyści z pracy w ogrodach są nie do przecenienia. Prace ogrodnicze zwiększają siłę mięśni, poprawiają koordynację, ograniczają stres i agresję, ułatwiają kontakty społeczne, pomagają osobom niepełnosprawnym, starszym zaakceptować swoją sytuację, a uzależnionym ułatwiają wyjście z nałogu¹²⁸.

Szczególnie wrażliwe na kontakt z przyrodą są **małe dzieci**; udowodniono, że obcowanie z naturą wpływa na prawidłowy ich rozwój, usprawnia pamięć, zwiększa poczucie własnej wartości, rozwija wyobraźnię i kreatywność, motywuje do zdobywania nowych wiadomości, a także poprawia relacje z rówieśnikami.

Badania naukowe i obserwacje prowadzone w **więzieniach** dla mężczyzn w USA i Wielkiej Brytanii wykazały pozytywne efekty resocjalizacji poprzez hortiterapię. Ogrody przywięzienne – czasem prowadzone jak profesjonalne gospodarstwo rolnicze – często stają do konkursów na najpiękniejsze ogrody prowadzone przez więźniów.

Już w polskich uczelniach działają stosunkowo nowe kierunki nauczania (zwykle podyplomowe dla terapeutów) i badań nad hortiterapią. Absolwenci mogą znaleźć zatrudnienie w niektórych społecznych i prywatnych placówkach służby zdrowia (szpitalach psychiatrycznych, domach opieki, domach starców i hospicjach). Prowadzą też indywidualne zajęcia z chorymi dziećmi, osobami starszymi i niepełnosprawnymi.

Tematem hortiterapii zajmują się liczne organizacje, jak: American Horticultural Therapy Association, Japan Horticultural Therapy Society, Plant-People Council, Thrive UK czy Australian Horticultural Therapy Association. Do rozwoju

¹²⁸ Hortiterapia, czyli zbawienny wpływ roślin na zdrowie człowieka, <https://rme.cbr.net.pl/index.php/archiwum-rme/356-wrzesien-pazdziernik-nr-69/wiadomosci-rolnicze/800-hortiterapia-czyli-zbawienny-wplyw-roslin-na-zdrowie-czlowieka> [dostęp: 28.05.2020].

tej formy działalności przyczyniają się również lokalne towarzystwa ogrodnicze i ogrody botaniczne¹²⁹.

Zieleń w miastach. Zaobserwowano, że ludzie, którzy przeprowadzili się do dzielnicy miasta, gdzie jest więcej zieleni, w ciągu pierwszych trzech lat zamieszkania doświadczali znacznej poprawy samopoczucia. Natomiast w sytuacji planowanej przeprowadzki do części miasta z gęstą zabudową odczuwali spadek nastroju, który pojawiał się już w momencie podjęcia tej decyzji. Ponieważ istnieją dowody naukowe wskazujące, że zamieszkanie na terenach zielonych ma korzystny wpływ na zdrowie psychiczne ludzi, to wskazane jest, aby projektanci miast tworzyli nowe przestrzenie zielone¹³⁰. W tym miejscu warto cytować i pamiętać piękne, śpiewane słowa poety Jonasza Kofty: „Pamiętajcie o ogrodach / Przecież stamtąd przyszlście / W żar epoki użyczą wam chłodu / Tylko drzewa, tylko liście”¹³¹.

Zwierzęta – wpływ na jakość życia opiekunów i udział w leczeniu

O zwierzętach wiemy mniej niż o aniołach. O aniele wiemy, że jest posłańcem Boga, ale czym jest zwierzę? Zwierzę jest nam bliższe niżli anioł, choć bardziej niepojęte. Aniołowie spełniają wolę Boga świadomie, zwierzęta – nieświadomie. Ciekawe, iż w języku angielskim na zwierzę mówi się animal, a słowo to wywodzi się z łacińskiego rzeczownika anima, czyli dusza. Zwierzę ma więc nie tylko ciało, ale i ducha, którego tchnął w niego Bóg. Nigdy zatem nie powiem: pies zdechł, lecz wyzionął ducha, o koniu mówię, że padł, o pszczole, że usnęła.

ks. Jan Twardowski¹³²

Powszechnie się uważa, że ludzie decydują się zamieszkać ze zwierzęciem, bo chcą w ten sposób walczyć z samotnością, by zastąpiło osobę bliską, która odeszła, albo dzieci, które „wyfrunęły” z gniazda rodzinnego (syndrom pustego gniazda)¹³³.

¹²⁹ Hortiterapia z dyplomem, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C412680%2Chortiterapia-z-dyplomem.html> [dostęp: 28.05.2020].

¹³⁰ Nauka w Polsce. Zieleń dobrze wpływa na zdrowie psychiczne człowieka, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C398679%2Czielen-dobrze-wplywa-na-zdrowie-psychiczne-czlowieka.html> [dostęp: 28.03.2020].

¹³¹ <http://wiersze.doktorzy.pl/ogrody.htm> [dostęp: 17.10.2020]; Jonasz Kofta, właśc. Janusz Kafta (1942–1988) – polski poeta, dramaturg, satyryk, piosenkarz i malarz, https://pl.wikipedia.org/wiki/Jonasz_Kofta [dostęp: 17.10.2020].

¹³² <https://www.psy.pl/o-zwierzetach-wiemy-mniej-niz-o-aniolach/> [dostęp: 17.10.2020].

¹³³ Syndrom pustego gniazda – czym jest? Jak sobie z nim radzić? <https://www.poradnikzdrowie.pl/psychologia/zdrowie-psychiczne/syndrom-pustego-gniazda-czym-jest-jak-sobie-z-nim-radzic-aa-RaU7-nAst-gJq8.html> [dostęp: 28.05.2020].

Okazuje się jednak, że osoby posiadające zwierzęta są bardziej towarzyskie, mają bogatsze życie społeczne, są bardziej aktywne fizycznie i pewne siebie niż osoby zwierząt nieposiadające. Jest wiele badań, które potwierdzają te obserwacje, wskazując, że kontakt lub opieka nad zwierzętami znacząco podnosi jakość ich życia¹³⁴.

Wykazano też, że zwierzęta uspokajają i łagodzą stres, a oksytocyna, która się wytwarza już na widok pupila, nie mówiąc o bezpośrednim kontakcie, jak głaskanie czy słuchanie jego mruczenia, daje poczucie szczęścia. W tym samym czasie obniża się poziom kortyzolu, czyli hormonu m.in. odpowiadającego za stres.

Jak pokazują badania, właściciele psów spacerują tygodniowo dwa razy dłużej niż osoby, które nie mają psa za towarzysza. Zbadano też, że taki tryb życia obniża poziom cholesterolu, ciśnienie tętnicze i łagodzi stres, co znacznie zmniejsza ryzyko chorób układu krążenia; osoby te rzadziej chorują w ogóle. Głaskanie psa lub kota, przytulanie zwierzęcia, odwraca uwagę od ewentualnie odczuwanego bólu także poprzez wytwarzanie endorfin. Okazało się, że osoby po operacji wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego brały mniej leków przeciwbólowych, jeśli miały w domu zwierzę lub decydowały się na terapię z udziałem zwierząt, np. dogoterapię (z udziałem psów) lub felinoterapię (z udziałem kotów)¹³⁵.

Jednoznacznie też udowodniono, że dzieci wychowywane pod jednym dachem ze zwierzęciem, a szczególnie, jeśli przebywają razem przed szóstym miesiącem życia, rzadziej chorują na alergię – katar sienny czy egzemy w starszym wieku; ich układ immunologiczny też jest silniejszy niż u dzieci wychowywanych bez zwierząt¹³⁶.

Już w XVIII wieku po raz pierwszy podjęto próby wykorzystania zwierząt w leczeniu chorych. William Tuke, dyrektor angielskiego szpitala psychiatrycznego, zezwolił na obecność w szpitalu królików, kurcząt i kóz. Lekarz ten twierdził, że opieka nad słabszymi i mniejszymi istotami pomoże chorym panować nad swoimi zachowaniami. Jego przypuszczenia sprawdziły się i dziś już nikogo nie dziwi wykorzystanie zwierząt w leczeniu chorych.

¹³⁴ A.I. Qureshi, M.Z. Memon, G. Vazquez i in., *Cat ownership and the Risk of Fatal Cardiovascular Diseases. Results from the Second National Health and Nutrition Examination Study Mortality Follow-up Study*, „Journal of Vascular and Interventional Neurology” 2009, 2(1), s. 132–135, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3317329/> [dostęp: 28.05.2020].

¹³⁵ H. Cutt, B. Giles-Corti, M. Knuiaman i in., *Understanding Dog Owners' Increased Levels of Physical Activity*, „American Journal of Public Health” 2008, 98(1), s. 66–69, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2156050/> [dostęp: 29.05.2020].

¹³⁶ A.R. McConnell, C.M. Brown, T.M. Shoda i in., *Friends With Benefits: On the Positive Consequences of Pet Ownership*, „Journal of Personality and Social Psychology” 2011, 101, 6, s. 1239–1252, <http://www.apa.org/pubs/journals/releases/psp-101-6-1239.pdf> [dostęp: 29.05.2020].

Od lat 70. XX wieku prowadzone są badania nad wpływem zwierząt na samopoczucie człowieka. Dzięki kolejnym odkryciom powstała nowa metoda leczenia – **animoterapia**, a więc terapia poprzez kontakt ze zwierzętami, którą stosuje się głównie przy problemach psychicznych i emocjonalnych. Najlepszym przykładem takiego działania terapeutycznego zwierząt jest kontakt z kotem.

Felinoterapia – bo tak nazywa się **terapia lecznicza z kotami** – wykorzystywana jest np. u dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi i lękowymi, autyzmem, zespołem Downa oraz dotkniętych ADHD. Tę formę terapii stosuje się także u dorosłych – koty uzdrawiają nie tylko ich psychikę (badania wykazały, że **głaskanie** tego **zwierzęcia** jest pomocne w walce z depresją), ale również ciało – głaskanie jest świetnym ćwiczeniem ruchowym dłoni dla osób cierpiących na zmiany zwyrodnieniowe czy reumatyczne.

Mówi się, że pies jest najlepszym przyjacielem człowieka. Obcowanie z nim nie tylko poprawia nasz nastrój, ale może być pomocne w leczeniu różnych dolegliwości, zwłaszcza u dzieci.

Dogoterapia, nazywana także **kynoterapią** lub **caisterapią**, to interwencja terapeutyczna z udziałem odpowiednio wyszkolonych i wyselekcjonowanych psów. Została zapoczątkowana przez amerykańskiego psychiatrę dziecięcego – Borisa Levisona. W Polsce znana jest dopiero od kilkunastu lat. Metoda ta wspomaga proces rehabilitacji i rozwoju, ma charakter rekreacyjny, edukacyjny i terapeutyczny. **Przebywanie z psem** pomaga wykształcić pozytywne emocje u osób niepełnosprawnych lub nieprzystosowanych społecznie. Zajęcia mają na celu usprawnienie sfery poznawczej i intelektualnej.

Terapia we współpracy z końmi – hipoterapia stanowi jedną z form rehabilitacji wieloprofilowej stosowanej zarówno u dzieci, jak i u dorosłych. Hipoterapia poprawia funkcjonowanie człowieka w wielu sferach. Fizjoterapia na koniu normalizuje napięcia mięśniowe, polepsza równowagę oraz sprawność. Pacjent, nawiązując relację ze zwierzęciem, poprawia swoją komunikację ze światem zewnętrznym, co wpływa na percepcję wzrokową oraz słuchową, pamięć, uwagę, mowę i myślenie.

Jazda konna umożliwia aktywność ruchową osobom niepełnosprawnym – pacjent bez wykonywania ćwiczeń poddawany jest biernym ruchom konia, co wpływa na pracę jego mięśni i układu kostnego, a ponadto wyrabia potrzebę własnej aktywizacji. Hipoterapię z powodzeniem wykorzystuje się wspomagająco w leczeniu dzieci z porażeniem mózgowym lub zespołem Downa.

Seanse terapeutyczne z wykorzystaniem **delfinów** (delfinoterapia) przeprowadza się już od lat 70. XX wieku, obecnie głównie w USA, Australii i na Ukrainie. Inteligencja oraz przyjazne nastawienie tych zwierząt sprawiają, że są one dosko-

nałymi terapeutami dla dzieci. Podczas zabawy mali pacjenci wykonują szereg ćwiczeń z delfinami, które starają się utrzymać ich uwagę. Animoterapia z udziałem delfinów polecana jest dzieciom dotkniętym autyzmem. Zdarza się, że dzieci, które nie mówiły do tej pory, po kilku seansach z udziałem tych zwierząt zaczynają wydawać dźwięki, a te z czasem przeistaczają się w słowa.

Delfiny emitują wiązki ultradźwiękowe, które – przenikając przez ludzkie ciało – wywołują drobne, pozytywne zmiany w zniszczonych przez chorobę komórkach. Ponadto, dzięki zabawie z delfinami w organizmie człowieka wydzielane są endorfiny nazywane „hormonami szczęścia”, które nie tylko poprawiają ogólne samopoczucie, ale także łagodzą ból i ułatwiają oddychanie¹³⁷.

¹³⁷ A. Sternowska, *Wpływ zwierząt na zdrowie człowieka*, <https://portal.abczdrowie.pl/wpływ-zwierząt-na-zdrowie-czlowieka> [dostęp: 29.05.2020].

Jerzy T. Marcinkowski
Zofia Konopielko
Paulina Rosińska
Aneta Klimberg

Społeczne uwarunkowania działań medycyny

Kryzys demograficzny

Jak wspomniano, struktura demograficzna ma wpływ na zdrowie populacji, ale też musi być uwzględniana w doborze metod działania profilaktycznego adresowanego do poszczególnych grup wiekowych z uwzględnieniem płci. Wiedza na temat stanu zdrowia, zmieniającego się stylu życia tych grup, jest niezbędna, by na bieżąco modyfikować i zmieniać te programy.

Należy też uwzględnić działania w zakresie wzajemnego zrozumienia się ludzi w różnym wieku, by wzmocnić więzi międzyludzkie, tolerancję i życzliwość, a także wskazywać możliwości czerpania z zasobów i doświadczeń innych osób. Obserwowana od lat nie tylko w Polsce, ale też w krajach o dobrze rozwiniętej gospodarce, wzrastająca obecność w populacji ludzi starych z większym doświadczeniem życiowym, choć częściej i inaczej chorujących, może kształtować postawy młodych.

Niepokojące jest to, że obecnie obserwuje się na całym świecie narastający problem niepłodności – zarówno wśród kobiet, jak i coraz częściej wśród mężczyzn.

Prognozy GUS sprzed pandemii COVID-19 dotyczące Polski

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) liczba ludności w Polsce w przeszłości systematycznie się zwiększała. Jednak okazało się, że w końcu 2018 r. ta liczba – która wówczas wynosiła 38 mln 411 tys. – spadła o 22 tys. osób względem roku poprzedniego, a w końcu 2019 r. (38 mln 383 tys.), o kolejne 28 tys. Zanotowano ujemny przyrost naturalny – liczba urodzeń była o 35 tys. niższa od liczby zgonów¹. Wynika z tego, że Polska wkroczyła w okres kryzysu demograficznego². Jednak taka sytuacja, choć przejściowa, miała już miejsce w latach 1997–2007. GUS prognozuje, że obecnie tendencja może być wydłużona w czasie i do 2040 r. liczba ludności zmniejszy się aż o 2,8 mln. Szczególnie dotyczy to województw opolskiego, lubelskiego, łódzkiego i śląskiego, a najmniej mazowieckiego, pomorskiego i małopolskiego³. Największy wpływ na ten stan rzeczy będzie miała umieralność (przed pandemią COVID-19 przewidywało się, że np. w 2040 r. liczba zgonów sięgnie 440 tys.), bowiem znacznie wymierać wyż demograficzny z drugiej połowy lat 50. XX wieku.

Podstawowym warunkiem stabilności demograficznego rozwoju kraju jest liczba urodzeń⁴. Na każde 100 kobiet w wieku 15–49 lat powinno przypadać co najmniej 210–215 urodzonych dzieci. W Polsce liczba ta wynosiła w 2018 r. wyraźnie mniej, bo 143 urodzeń na 100 kobiet w tym wieku.

Przed wystąpieniem pandemii COVID-19, w 2019 r. (jak podaje GUS), zarejestrowano w Polsce 375 tys. urodzeń żywych, czyli o ok. 13 tys. mniej niż w roku poprzednim – liczba urodzeń była o 35 tys. niższa niż liczba zgonów. Była to największa różnica od czasów II wojny światowej. W styczniu 2021 r. podano dane wstępne dotyczące roku 2020 – liczba urodzeń wyniosła mniej niż 360 tys. Oznacza to, że była niższa o ok. 122 tys. niż liczba zgonów. Zmarło ok. 477 tys. osób, czyli o ok. 67 tys. więcej niż przed rokiem. Liczba ludności w Polsce spadła o ok. 115 tys.

W ostatnich dwóch dekadach zwiększyła się średnia wieku kobiet rodzących pierwsze dziecko. Podczas gdy w latach 1990 i 2000 było to 26 lat, w 2018 r. 30, a w 2019 r. – zarówno w Unii Europejskiej jak i samej w Polsce – 29,4 lata.

¹ Liczba ludności Polski spada. Nowe dane GUS, <https://tvn24.pl/biznes/z-kraju/liczba-ludnosci-polski-dane-gus-ra1002760-4495435> [dostęp: 25.04.2020].

² Sytuacja demograficzna Polski do 2018 r. Tworzenie i rozpad rodzin, file:///C:/Users/user/Downloads/sytuacja_demograficzna_polski_do_2018_roku_tworzenie_i_rozpad_rodzin.pdf [dostęp: 25.04.2020].

³ Polska wkroczyła w okres kolejnego kryzysu demograficznego. Niepokojący raport GUS, <https://tvn24.pl/biznes/z-kraju/sytuacja-demograficzna-w-polsce-raport-gus-ra957625-4509955> [dostęp: 25.04.2020].

⁴ Współczynnik płodności (*general fertility rate*): stosunek liczby urodzeń żywych w danym okresie do liczby kobiet będących w wieku rozrodczym (15–49 lat).

Obserwuje się też, że rodzi się więcej chłopców niż dziewczynek. W grupach do ok. 50 roku życia występuje przewaga liczby mężczyzn (na 100 przypada 97 kobiet)⁵.

Współczynnik dzietności (płodności całkowitej) – określający przeciętną liczbę dzieci, które urodziłaby kobieta w ciągu całego okresu rozrodczego (15–49 lat), przy założeniu, że w poszczególnych fazach tego okresu rodziłaby z intensywnością obserwowaną wśród kobiet w badanym roku – jest bardzo uważnie obserwowany⁶ i wykazuje on bardzo duże zróżnicowanie w skali świata; najwyższy jest w Afryce⁷.

Opisywany w Polsce kryzys demograficzny wynika także z odkładania na później przez ludzi młodych decyzji o założeniu rodziny, co zostało zapoczątkowane w latach 90. XX wieku, a następnie o posiadaniu mniejszej liczby dzieci lub nawet o samotnym życiu⁸. Należy podkreślić, że nie można oczekiwać powrotu do wysokiego poziomu dzietności sięgającego istotnie ponad wartość 2. Jednakże utrzymywanie przez długi czas niskiej dzietności grozi wejściem w tzw. pułapkę niskiej płodności, z której wyjście jest bardzo trudne.

Prognoza GUS nie przewiduje wzrostu liczby urodzeń. Co prawda zakłada wzrost współczynnika dzietności, ale liczebność potencjalnych matek (obecnie są to kilkuletnie dziewczynki) spowoduje, że liczba urodzeń nie będzie znacząca (np. ok. 240 tys. w 2040 r.).

Proces starzenia się ludności stawia trudne wyzwania o wielopłaszczyznowym wymiarze, a więc nie tylko w sferze ekonomicznej, lecz i psychologicznej, medycznej, socjalnej. Polska, dla której prognozy są obecnie niesprzyjające, będzie musiała zmierzyć się ze wszystkimi problemami wynikającymi z niekorzystnych dla niej trendów demograficznych⁹.

⁵ <https://businessinsider.com.pl/wiadomosci/demografia-polski-zgony-i-urodzenia-w-2020-r-w-pandemii/c2vvjkj> [dostęp: 29.04.2021]; <https://forsal.pl/gospodarka/demografia/artykuly/810-8578,pierwsze-dziecko-wiek-kobiet-polska-europa-dane-eurostatu.html> [dostęp: 30.04.2021].

⁶ Wskaźnik dzietności wyższy niż przed wprowadzeniem programu Rodzina 500+, <https://www.gov.pl/web/rodzina/wskaznik-dzietnosci-wyzszy-niz-przed-wprowadzeniem-programu-rodzina-500> [dostęp: 25.04.2020].

⁷ Lista państw świata według współczynnika dzietności, https://pl.wikipedia.org/wiki/Lista_pa%C5%84stw_%C5%9Bwiata_wed%C5%82ug_wsp%C3%B3%C5%82czynnika_dzietno%C5%9Bci [dostęp: 25.04.2020].

⁸ Dzietność w Polsce. Czy uda się wrócić do demograficznego boomu?, <https://forsal.pl/artykuly/1406621,dzietnosc-w-polsce-wczoraj-i-dzis-czy-uda-sie-wrocic-do-demograficznego-boomu-30-latwolnosc.html> [dostęp: 25.04.2020].

⁹ Starzenie się społeczeństw – problem demograficzny czy wyzwanie współczesności?, <https://epale.ec.europa.eu/pl/blog/starzenie-sie-spoleszenstw-problem-demograficzny-czy-wyzwanie-wspolczesnosci> [dostęp: 25.04.2020].

Teoria pokoleń, podział współczesnych pokoleń, milenialsi – odrębności

Twórcy teorii pokoleń¹⁰ – amerykańscy historycy, ale też pisarze William Strauss (1947–2007) i Neil Howe (ur. 1951) – w 1992 r. wydali książkę, w której podają wyniki swoich obserwacji dotyczących przemian społecznych w różnych grupach wiekowych. Dotyczyło to m.in. stylu życia, potrzeb życiowych i pragnień. W związku z tym badacze wprowadzili podział pokoleń¹¹. Od tej pory temat jest analizowany przez wielu kolejnych specjalistów – nie tylko historyków, socjologów, ale też zajmujących się środowiskiem szkoły czy pracy, bankowców, przedsiębiorców i powinien być uwzględniany w pracy całej służby zdrowia. Pokolenia żyjące przed współczesnymi i obecne otrzymały nawet swoje nazwy¹². Podziały społeczeństwa na grupy wiekowe i przypisywane każdej z nich cechy wielokrotnie wzbudzają kontrowersje w ocenach i są powodem gorących dyskusji, a także kierowania wzajemnych zarzutów żyjących pokoleń względem siebie¹³.

Zadaniem trudnym, choć możliwym, jest integrowanie pokoleń za pomocą wzajemnej edukacji i poszukiwanie wspólnych platform porozumienia m.in. poprzez pokazywanie zależności i korzyści w dążeniu do wspólnego celu¹⁴.

Podawany przez wielu poniższy, **najprostszy podział pokoleń** jest tylko zarysem granic wiekowych. Poszczególni badacze podają ich różne, choć zbliżone wartości. Warto jednak brać pod uwagę nie tylko wiek kalendarzowy ludzi, ale i biologiczny – co nie jest określeniem jedynie zdrowia fizycznego, lecz też sprawności umysłowej, elastyczności postrzegania i myślenia, ciekawości świata i zainteresowania różnymi nowościami, także technicznymi, np. cyfrowymi. W obrębie każdego, nawet najmłodszego pokolenia znajdują się ludzie, którzy tych warunków nie

¹⁰ Teoria pokoleń – koncepcja historii, według której dzieje zachodniego kręgu kulturowego powtarzają się w mniej więcej osiemdziesięcioletnich cyklach, dzielących się na cztery fazy. Pokoleniom wychowanym w określonej fazie cyklu przypisane są specyficzne cechy.

¹¹ W. Strauss, N. Howe, *Generations. The history of America's future, 1584 to 2069*, Harper Perennial, New York 1991.

¹² Młodzi vs starzy, czyli konflikt pokoleń na rynku pracy, <https://studia.pl/mlodzi-vs-starzy-czyli-konflikt-pokolen-na-ryнку-pracy/> [dostęp: 17.05.2020].

¹³ R.S. Rauvola, C.E. Rudolph, H. Zacher, *Generationalism: Problems and implications*, „Organizational Dynamics” 2019, 48, s. 4, https://www.researchgate.net/publication/325158163_Generationalism_Problems_and_Implications [dostęp: 29.04.2021]; Wspólne potrzeby różnych pokoleń, <https://www.ican.pl/c/zarządzanie-i-przywództwo/bxZ1vrG> [dostęp: 29.04.2021]; <https://www.hbrp.pl/b/wspolne-potrzeby-roznych-pokolen/P1DRltPoG> [dostęp: 29.04.2021]; B. Hysa, Zarządzanie różnorodnością pokoleniową, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej” 2016, z. 97, https://www-arch.polsl.pl/wydzialy/ROZ/ZN/Documents/z97/30_po_rec_034_Hysa.pdf [dostęp: 29.04.2021].

¹⁴ K. Hurrelmann, *Koniec konfliktu pokoleń?*, <https://charaktery.eu/artikul/koniec-konfliktu-pokolen> [dostęp: 17.05.2020].

spełniają, ponadto różnie odbierają i inaczej radzą sobie ze stresem – dla niektórych jest on nadmierny w stosunku do ich własnych możliwości. Jest to przyczyną nie tylko problemów rodzinnych, w szkole czy pracy, sięgania po alkohol lub inne używki, ale też zaburzeń zdrowia fizycznego, a w przypadku choroby – gorszego jej znoszenia, co ma wpływ na efekty terapii.

Oto zarys podziału pokoleń¹⁵:

- ciche pokolenie (*silent generation*) – urodzeni w latach 1927–1946;
- *baby boomers* – urodzeni w latach 1946–1964, powojenne pokolenie wyżu demograficznego;
- pokolenie X – synowie i córki *baby boomers* – urodzeni w latach 1965–1979;
- pokolenie Y – milenialsi, urodzeni w latach 1981–1995;
- pokolenie Z (inaczej C) – urodzeni po 1995 r.

Osoby, które urodziły się w latach 1981–1995, a wg niektórych to roczniki urodzone pomiędzy latami 1980–2000 lub 1982–2004, nazywane są pokoleniem Y, „następną generacją”, „pokoleniem cyfrowym”, „pokoleniem milenium”. W mass mediach najczęściej używany jest skrót – milenialsi¹⁶.

Po raz pierwszy to pokolenie zostało tak nazwane w 1993 r. w tygodniku „Advertising Age”. Według różnych badaczy problemu (m.in. socjologów, psychologów, ale też pracowników banków czy obserwatorów rynku) w obrębie tej grupy zauważa się różnice, co niektórym pozwala na wyodrębnienie dwóch podgrup: milenialsów młodszych – urodzonych w latach 1990–2000 i starszych – urodzonych w latach 1980–1989. Do niedawna na podstawie stałej łączności tych osób z Internetem obserwowano podobieństwo pomiędzy pokoleniem poprzednim tzw. X¹⁷. Jednak dalsze badania wskazują, że milenialsi bardziej oswoili nowinki techniczne i aktywniej korzystają z mediów społecznościowych – są uznawani za generację zuchwałą, pewną siebie i otwartą na nowe wyzwania. W każdej dziedzinie życia korzystają z technologii cyfrowych, żyją w „globalnej wiosce” dzięki sieci internetowej, która zabezpiecza w pełni kontakty na całym świecie. Często długo mieszkają z rodzicami – co jakby opóźnia ich dorosłość, choć jednak częściowo

¹⁵ M. Walków, *Pokolenia na rynku pracy w Polsce – kim są baby boomers, X, Y i C?*, <https://businessinsider.com.pl/rozwoj-osobisty/kariera/milenials-pokolenie-x-y-z-i-baby-boomers-kim-sa-na-ryнку-pracy/6e53lmr> [dostęp: 17.05.2020].

¹⁶ Lifecourse Associates. *Generations in History*, [https://www.lifecourse.com/assets/files/gens_in_history\(1\).pdf](https://www.lifecourse.com/assets/files/gens_in_history(1).pdf) [dostęp: 25.04.2020]; Milenialsi, generacja Z... Skąd wiadomo, do którego pokolenia się należy?, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/ludzieistyle/1654918,1,milenialsi-generacja-z-skad-wiadomo-do-ktorego-pokolenia-sie-nalezy.read> [dostęp: 17.05.2020].

¹⁷ S. Radzięta, *Czego spodziewać się po pokoleniu Y?*, <https://rynekpracy.pl/artykuly/czego-spodziewac-sie-po-pokoleniu-y> [dostęp: 25.04.2020].

wynika z trudnego dostępu do własnych mieszkań z uwagi na stale rosnącą ich cenę. Jednak jak sami twierdzą – ważniejsza jest dla nich jakość życia a nie stan posiadania. Na wiele postaw milenialsów według niektórych socjologów wpływa fakt, że nie poznali czasów komunizmu w Europie Środkowo-Wschodniej, a także „zimnej wojny” pomiędzy USA i ZSSR, nie pamiętają czasów PRL, wychowywali się w rzeczywistości tzw. wolnego rynku. Według badań University of New Hampshire, jest to pokolenie przekonane o własnej wyjątkowości, umiejętnościach, mające nadmierne oczekiwania, ale też nieznoszące krytyki. Niezbyt przywiązują się do pracy, bywają nielojalni, przełożonych traktują jak równych sobie, choć jednak doceniają ich większe kompetencje; oczekują, by pracodawca wyznaczał im cele i kontrolował. Są świetnie przygotowani do pracy w realiach wolnego rynku i globalizacji, dobrze rozwiązują problemy, choć w sytuacjach nietypowych radzą sobie trudniej¹⁸. Przywiązują znaczną rolę do życia prywatnego.

Zauważa się, że w USA ok. 40% milenialsów tatuuje sobie ciało, co prawdopodobnie jest oznaką wyzwolenia i chęcią manifestowania odrębności od poprzedniego pokolenia.

Pewnym zagrożeniem dla rozwoju osobniczego omawianego pokolenia jest fakt nieustannego korzystania z Internetu, co wprawdzie jest źródłem wielu nieustannie napływających informacji, ale poprzez szybkość, a także zmienność może ograniczać czas na własne przemyślenia, interpretację i wyrobienie sobie własnych poglądów¹⁹. Obserwuje się też pewną izolację (poza rodzicami) od poprzednich pokoleń. Ponadto, co zresztą można zaobserwować też u ludzi z innych pokoleń, pisząc jedynie na klawiaturze, często zapominają, jak się pisze ręcznie, nie wspominając o zasadach ortografii, gdyż program komputerowy „myśli” za użytkownika, zaznaczając nieprawidłowości, które można bez zastanowienia poprawić.

¹⁸ Milenials: cechy pokolenia Y: Brief.pl, https://brief.pl/milenials_cechy_pokolenia_y/ [dostęp: 25.04.2020].

¹⁹ Pokolenie Y: Jak milenialsi naprawiają świat, <https://www.rp.pl/Plus-Minus/311099941-Pokolenie-Y-Jak-milenialsi-naprawiaja-swiat.html> [dostęp: 25.04.2020].

Problemy we współczesnych rodzinach

Trudno mówić o zagrożeniach, których doświadczają dorośli i dzieci, czy poprawie ich sytuacji – także zdrowotnej, nie znając problemów danej rodziny. W rodzinie rozwijamy poczucie bezpieczeństwa, tak ważne w rozwoju i życiu człowieka, dostajemy wzorce zachowań (i tych korzystnych, i tych szkodliwych). Dotyczy to nie tylko zachowania czy poprawiania zdrowia fizycznego, ale i psychicznego, społecznego oraz duchowego. Rodzina jest podstawą do budowania działań prozdrowotnych podejmowanych później przez dzieci.

Rodzina w ujęciu starożytnych

Rodzina: najnowszy sport ekstremalny.

Becca Fitzpatrick²⁰

W aspekcie zrozumienia współczesnej rodziny interesujące są poglądy starożytnych. Problem, jak powinna funkcjonować rodzina, był analizowany przez filozofów reprezentujących odmienne poglądy. Od nas tylko zależy, które myśli są nam na tyle bliskie, że mogą przyświecać naszemu życiu.

Antropologiczne i polityczne rozważania **Platona** (427–347 p.n.e.) o rodzinie wpisane są w jego szeroko rozbudowany system filozoficzny. Człowiek jest istotą składającą się z duszy, która kieruje ciałem. Ta sama dusza może po śmierci wcielać się w różne ciała, zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Płeć jest cechą ciała, a nie duszy, jednakże poprzez ciało i jego zmysły dusza postrzega, poznaje świat zewnętrzny. Zdaniem Platona różnice płci nie usprawiedliwiają odmiennego wychowania, edukacji, podziału ról społecznych i zawodowych.

Uczeń Platona – **Arystoteles** (384–322 p.n.e.) zupełnie odszedł od egalitaryzmu. Jego koncepcja rodziny i różnicowania płci przez stulecia miała wpływ na poglądy myślicieli oraz na ukształtowanie się mizoginicznej postawy wobec kobiet. Według Arystotelesa wyższość mężczyzny nad kobietą jest uwarunkowana biologicznie. Najważniejszym argumentem, według filozofa, jest to, że każdy nowo narodzony człowiek otrzymuje za sprawą ojca swą gatunkową formę, którą jest dusza, a od matki materię. W koncepcji Arystotelesa forma odgrywa znacznie ważniejszą rolę niż materia, która jest jedynie tworzywem. Dlatego też mężczyźnie przypada w udziale aktywna, twórcza rola w procesie zapłodnienia, a kobiecie jedynie bierna – materii przyjmującej formę. Kobieta nie potrafi wyprodukować nasienia i ta [ułomność] stanowi jej istotę²¹.

²⁰ Becca Fitzpatrick (ur. 1979), Amerykanka, dla pisarstwa rzuciła pracę w służbie zdrowia. Jest autorką bestsellerowej sagi *Szeptem*, <https://docer.pl/doc/x058n50> [dostęp: 29.04.2021].

²¹ A. Szczap, *Rodzina w poglądach wybranych filozofów*, „Wychowanie w Rodzinie” 2013, 1(VII), http://bazhum.muzhp.pl/media/files/Wychowanie_w_Rodzinie/Wychowanie_w_Rodzi-

Dorosłe dzieci rozwiedzionych rodziców (DDRR)

Rozwodowi najlepiej zapobiec zawczasu, a mianowicie już przed ślubem.

Joseph Murphy²²

Powyższy cytat może być rozumiany wieloznacznie.

Współcześnie – wielu te słowa traktuje dosłownie, nie zawierając związków małżeńskich. Jednak ich autor, żyjący na przełomie XIX i XX wieku, w naszym rozumieniu miał na myśli wagę decyzji podejmowania wspólnego życia, opartą na dojrzałości życiowej – poczuciu odpowiedzialności, tolerancji i wzajemnym poznaniu.

Losem porzuconych partnerów życiowych, ani sytuacją emocjonalną w rodzinach zanim dojdzie do rozwodu, nie będziemy się zajmowali w tym podręczniku, bo przekroczyłyby to jego ramy, choć tak bardzo wpływa to na rozwój dziecka i jego dalsze życie.

Liczba rozwodów w większości krajów świata stale rośnie. W Europie dotyczy to ponad 50% małżeństw, w Polsce liczba jest nieco mniejsza (jedno na 4 małżeństwa, ale to 2 razy więcej niż 30 lat temu) i obserwuje się stały wzrost. Psychologowie, terapeuci rozpoznają już zespół dorosłych dzieci rozwiedzionych rodziców (DDRR). Amerykanie piszą o tym problemie od dziesięcioleci. Obserwują, podobnie jak u dorosłych dzieci alkoholików (DDA) zespół zachowań i psychicznych reakcji, które kształtują ich relacje intymne, mają wpływ na funkcjonowanie społeczne i stanowią znaczny problem indywidualny i socjologiczny.

Z uwagi na mniejszą częstość rozwodów w Polsce, polskie dorosłe dzieci rozwiedzionych rodziców w większości stanowią pokolenie młode, ale przykłady już starszych DDRR dostarczają informacji powtarzalnych w porównaniu z krajami, gdzie zjawisko wystąpiło wcześniej i jest bardziej liczne.

Terapeuci zauważają, że każde dziecko ma inną „mapę bólu”, ale najczęściej doświadcza wewnętrznego rozdarcia – ma potrzebę kochania zarówno matki, jak i ojca, co powoduje przymus lojalności wobec każdego z nich pozostającego osobno; nieletni ponadto jest obciążony decyzją, z którym z rodziców chce pozostać. Najczęściej pozostaje z matką i staje się nie tylko jej pomocnikiem, ale też ją wspiera i jest jej partnerem. To „**pogubienie w rolach**”, powoduje u dziecka lęk przed wyrażaniem własnych problemów, uczuć, potrzeb. Uczy się, że jego własne

nie-r2013-t7/Wychowanie_w_Rodzinie-r2013-t7-s17-31/Wychowanie_w_Rodzinie-r2013-t7-s17-31.pdf

²² Joseph Murphy (1898–1981) – irlandzki pisarz, filozof, nauczyciel, prekursor i krzewiciel myślenia pozytywnego, https://pl.wikipedia.org/wiki/Joseph_Murphy

przeżycia są nieważne, że właściwie ich nie ma i on sam nie istnieje. Wcześniej uczy się nie wierzyć w to, co widzi i słyszy, np. za ścianą awanturę rodziców, po której oni wychodzą z pokoju i mówią, że wszystko jest dobrze. Dziecko pamięta swoje przerażenie, ale skoro rodzice mówią, że nic się nie stało, uznaje, że tylko mu się wydawało i wypiera to z pamięci, ale w podświadomości pozostają te pierwotne uczucia. Tym tłumaczą profesjonaliści nagłe niezrozumiałe napady smutku, gniewu, poczucie samotności i nieufność DDDR.

Połowa DDDR zмага się z **nieustannym poczuciem wątpliwości i niską samooceną**.

DDRR można podzielić w zależności od zachowań rodziców na dwie grupy: w jednej udają, że nic się nie dzieje (dziecko nie bardzo wie, co to jest konflikt, choć czuje, że to coś złego); w drugiej, gdzie awantury, a nawet przemoc, nie są ukrywane, dziecko to widzi, ale nie potrafi udźwignąć; przeżywa ogromne cierpienie i bezsilność, a ten czas wydaje się dla niego wiecznością. W przyszłości robi wszystko, by unikać konfliktów.

Czasami przyszłe DDDR w dzieciństwie próbują godzić rodziców, ale nieudane próby pogłębiają w nich poczucie bezwartościowości, a wieczne szukanie spokoju i kompromisu wzbudza w nich żal do siebie za brak własnego zdania – są to **dzieci bezkompromisowo ugodowe**. Większość z nich na wszelki wypadek nie wykształca w sobie swoich poglądów, nawet politycznych czy estetycznych, by nie wzbudzać napięć w rodzinie. Choć niektórzy chłopcy tak przeżywający, wychowywani przez samotne matki, mogą bardziej niż inni szukać męskich autorytetów, czują pociąg do skrajnych ideologii politycznych.

Wśród DDDR można zauważyć tzw. **poszukiwaczy porządku**, którego nie zapewniali im rodzice w dzieciństwie; wymyślają czasem absurdalne reguły, narzucając je swoim dorosłym dzieciom.

Część dzieci ludzi rozwodzających się, próbując zyskać poczucie kontroli, uruchamia **magiczne myślenie** („jeśli założę czerwone rajstopy, rodzice się nie pokłócą”), albo wyobrażają sobie, że **to przez nich rodzina się rozpada**.

Kłócający się rodzice nie zajmują się stawianiem dziecku granic między nim a światem, co wpływa na reakcje społeczne („Co wolno mi?” „Co wolno innym?” „Z czym walczyć?” „Z czym się pogodzić?”). DDDR pozwala sobie „wchodzić na głowę”, bo nie umie odmówić. Czasem za dużo przyjmuje na siebie, próbując zapewnić sobie poczucie bezpieczeństwa, kontroli przez **kolekcjonowanie osiągnięć**, a gdy mu się nie udaje, wpada w gniew, a niekiedy w depresję. Inne DDDR wpadają w drugą skrajność, nie dają sobie „wejść na głowę”, za to robią to innym.

Najmniej jest tych DDDR, którzy znajdują w życiu równowagę.

Odrębnym problemem DDDR są **prywatne, intymne relacje** – niektórzy uciekają w zbyt wczesne związki, albo w ogóle ich nie zawierają. DDDR zamiast zakochać się w koleżance czy koledze, zakocha się raczej w nauczycielce czy księdzu. Często „zabezpiecza” w sobie myślenie, że przecież szukał, ale celowo tak, by było poza zasięgiem społecznym, by się nie zrealizowało. Zwykle DDDR to **zakochani bez emocji**. „Tam, gdzie u innych w głowach jest miejsce na rodzinę i miłość, DDDR ma najwięcej ruin i zgliszcz”²³.

Rodziny patchworkowe

Dzieci z rodzin patchworkowych piszą o nich: „Nie tworzymy rodziny. Tworzymy układ scalony na siłę, z tykającą bombą w środku”²⁴.

Istotnym zjawiskiem społecznym, które można nazwać znakiem obecnych czasów – jest nie tylko posiadanie dzieci przez rodziców żyjących bez ślubu, ale wzrastająca liczba rozwodów i zawieranie kolejnych związków; obecnie jest ich tyle samo co związków pierwszych. W prawie połowie nowych związków małżeńskich jeden z partnerów ma już za sobą pierwszy, a w 1/4 oboje partnerzy przeżyli już rozwód. Takie rodziny określane są mianem patchworkowych²⁵ – w Polsce jest ich co najmniej milion – wychowują się w nich dzieci partnerów z innych związków i własne.

²³ J. Cieśla, *Dorosłe dzieci rozwiedzionych rodziców*, „Polityka”, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1526045,1,dorosle-dzieci-rozwiedzionych-rodzicow.read> [dostęp: 27.07.2020]; *Dorosłe dzieci rozwiedzionych rodziców – przegląd teorii i badań*, „Ogrody Nauk i Sztuk” 2013, 3, 109–122, https://www.researchgate.net/publication/339318455_Dorosle_dzieci_rozwiedzionych_rodzicow_-_przeglad_teorii_i_badan [dostęp: 27.07.2020]; J. Conway, *Dorosłe dzieci prawnie lub emocjonalnie rozwiedzionych rodziców*, Logos Oficyna Wydawnicza, Białystok 2010.

²⁴ W. Bruździak, *Mama, tata i ich dzieci*. „Nie tworzymy rodziny. Tworzymy układ scalony na siłę, z tykającą bombą w środku”, <https://www.newsweek.pl/autorzy/weronika-bruzdziak> [dostęp: 14.03.2020].

²⁵ Rodzina patchworkowa (blended family) – nazywana również rodziną zrekonstruowaną lub wielorodzinną. Powstaje w wyniku ponownego zakładania rodzin przez jednego lub oboje rodziców po rozwodzie. Składa się z dwójki partnerów posiadających dzieci ze swoich poprzednich związków i często również dziecko z nowego związku.

Można sobie wyobrazić różnorodność charakterów, a czasem kultur, stylu życia, sposobów wychowywania dzieci też przeniesionych z poprzednich związków, zderzających się „pod jednym dachem”.

Dzieci w takich rodzinach często nie mają poczucia stabilizacji. Mieszkają na zmianę z jednym z rodziców przez wybrane dni w tygodniu – w każdym domu panują inne zwyczaje i wymagania. Może im towarzyszyć poczucie winy za rozstanie rodziców – takie jest myślenie dzieci: nie rozpoznając sytuacji, uważają, że to one zawiniły.

Poza nielicznymi chyba wyjątkami dzieci będące w takiej sytuacji czują się mniej kochane. Przeżywają brak akceptacji i konflikt lojalności wobec rodzica biologicznego i przybranego. Żyją w lęku o dalsze losy rodzica, losy swoje czy przybranej rodziny. Czasem walczą o zauważenie, podnoszą swoją indywidualną rolę w tym układzie, a także domagają się miłości – różnymi dostępnymi w wieku dziecięcym i dojrzewania metodami. Wiążą się z tym różne problemy szkolne, ucieczki z domu a czasem uzależnienie, będące formą ucieczki od swojej sytuacji²⁶.

W układzie tej rodziny nie tylko dzieci mają problemy. Także rodzice biologiczni dziecka wielokrotnie doświadczają traumy związanej z myślami, że ktoś zawiódł, że się nie jest dobrym rodzicem, nie zabezpiecza finansowo ani emocjonalnie. Pojawiają się lęki, że osoba opiekująca się dzieckiem może spowodować jego separację od drugiej, będącej też biologicznym rodzicem. Dlatego wielu ojców – pozostających już w innych związkach – w wyniku poczucia winy zamienia się po rozwodzie w „ojców z Disneylandu” (*Disneyland Dads*)²⁷. Mogą prawidłowo funkcjonować w pracy, ale w czasie odwiedzin dzieci z poprzedniego małżeństwa zamieniają się w służących – nie wprowadzają żadnej dyscypliny, nie zauważają nadużyć ze strony byłej żony, ale także dziecka. Ostatecznie ta sytuacja powoduje, że dzieci przestają ich szanować, czego też „ojcowie z Disneylandu” nie dotrzymają. Kobieta, z którą dziecko pozostało, ma poczucie winy, że za dużo czasu poświęca nowemu partnerowi, zwykle pracuje i nie jest dobrą matką²⁸.

W tradycyjnej rodzinie te uczucia zwykle nie występują. W rodzinach patchworkowych istnieje tendencja do obwiniania się, życia w poczuciu niestabilności. Statystycznie najczęstszą przyczyną rozpadu rodziny patchworkowej są trudności w relacjach dziecko – przybrany rodzic.

Pomimo tylu problemów, czasem przerastających nie tylko dziecko, ale i rodzica, jednak udaje się rodzinę zorganizować, zrekonstruować – wymaga to czasu,

²⁶ W. Bruździak, *Mama, tata i ich dzieci...*, op. cit.

²⁷ K. Davis, *Understanding the Disneyland Dad*, <https://dadsdivorce.com/articles/understanding-the-disneyland-dad/> [dostęp: 14.03.2020].

²⁸ Rodzina patchworkowa, <http://psychoterapiapomaga.pl/rodzina-patchworkowa/> [dostęp: 14.03.2020].

cierpliwości, a wielokrotnie pomocy terapeuty. Nie do przecenienia jest edukacyjna czy wsparciowa rola Internetu, jednak zawarte tam dane czy porady należałoby sprawdzić, konsultując z osobą zaufaną i profesjonalną.

Od 1975 r. amerykańska organizacja The Step Family Foundation²⁹ prowadzi działania skierowane do rodzin patchworkowych na całym świecie. Można też znaleźć na Facebooku aktywnie działającą stronę poświęconą wychowywaniu dzieci oraz pomocy rodzinie patchworkowej³⁰.

Współczesne problemy wychowywania dzieci w Polsce – rodziny, szkoła

Jak można poprawiać zdrowie psychofizyczne dzieci, nie wiedząc, jak są wychowywane w **rodzinie**? Właściwie należałoby zająć się najpierw rodzicami albo młodzieżą, która w przyszłości zostanie rodzicami. Bo wychowanie jest to swoiste zamknięte koło, a raczej łańcuch mający swoje źródło w przeszłości.

Jednym z dzisiejszych problemów wychowywania dzieci jest nadopiekuńczość rodziców, niepozwalanie na swobodny rozwój, także ruchowy, poprzez ograniczanie zabaw w domniemaniu niebezpiecznych, np. związanych z ryzykiem stłuczenia kolana. Wiąże się to też z realizowaniem własnych marzeń, które mają spełnić dzieci. Stąd dość powszechne wożenie potomków samochodami na rozliczne zajęcia pozalekcyjne. Czasami wpływają one korzystnie na zdrowie psychiczne i fizyczne rosnącego organizmu, jak np. zajęcia baletowe, sportowe – ale zwykle odbywają się kosztem zabaw na podwórku, które dawałyby dziecku wolność, umożliwiały własne kreowanie przebiegu i rozwijały wyobraźnię. Odrębnym tematem – na który powinni się wypowiedzieć psychologowie – jest zaangażowanie dziecka do udziału w castingach, też reklamowych, oraz konkursów nieustannie obecnych w programach telewizyjnych. Związane są nie tylko z naturalnym talentem dziecka (np. śpiew), ale też są to konkursy typu miss nastolatek. Przyspieszają one dojrzewanie dziecka, nie zawsze w odpowiednim kierunku, poprzez styl ubierania, makijaż, a czasem bardziej inwazyjne zabiegi kosmetyczne (jak np. do niedawna popularne solaria). Dziecko przyzwyczajone do wchodzenia w rolę dorosłego nierzadko traci swe dzieciństwo i od najwcześniejszych lat uczy się grać i pokazywać w jak najlepszym świetle, tracąc naturalność, a jednocześnie doznając traumy w dorosłym życiu z powodu „konieczności utrzymywania się na szczycie możliwości” czy nedorównywania innym. Jak pokazują przykłady z życia wielu

²⁹ The Step Family Foundatio, <http://www.stepfamily.org/> [dostęp: 14.03.2020].

³⁰ <https://www.facebook.com/pages/category/Community/Rodzina-Patchworkowa-1774936096110110/> [dostęp: 23.10.2020].

znanych aktorek czy piosenkarek – rozliczne ich frustracje są przyczyną sięgania po alkohol czy inne używki, a bywa, że prowadzą do samobójstwa. Także zabawki dzieci mają wpływ na ich rozwój. Drastycznym wręcz przykładem była lalka Barbie³¹, która miała wpływ na wiele młodych dziewczyn poprzez kształtowanie nieprawidłowego obrazu kobiety i – jak podkreśla wielu psychologów – stała się przyczyną szerzenia się anoreksji czy bulimii.

Ochrona dziecka przed zagrożeniami współczesnego świata jest wielkim obowiązkiem rodziców i wychowawców, ale także rolą świata mass mediów. Problem ten zauważa wiele naukowych publikacji, poważnych portali, a w artykule opublikowanym w „Gazecie Prawnej”, Anna Wittenberg i Klara Klinger piszą wprost:

(Rodzice) chcą dla dzieci jeszcze więcej. Zapominając, że karą za łakomstwo są czasem poważne choroby. [...] Ale w wyścigu o lepsze jutro, zamiast medali, ich potomstwo częściej łapie jednak bolesne kontuzje.

Dotyczy to oczywiście nie tylko kontuzji w sensie fizycznym³².

Realia polskiej szkoły

Gdy poprzednie pokolenia uczęszczały do szkoły, to jej podstawowymi zadaniami było przekazywanie informacji oraz pobudzanie zainteresowań, aktywności. Sytuacja zmieniała się powoli, ale systematycznie, nabierając przyspieszenia w czasie polskich przemian ustrojowych po roku 1989. Nagłe otwarcie się na świat, głównie na kraje Zachodu, możliwość podróżowania właściwie bez ograniczeń – to wszystko wiązało się z zauważaniem różnic poziomu życia, co z kolei spowodowało zmianę priorytetów z osiągania statusu odpowiedniego wykształcenia na najwyższy status w wyobrażeniu wielu – stan posiadania.

Coraz częściej zdobywanie dyplomów naukowych przestawało być szczytnym celem w życiu. Najważniejsza okazała się życiowa zaradność w zdobywaniu środków finansowych, bo tylko one mogły umożliwić korzystanie ze wszystkich szeroko już dostępnych

³¹ Lalka Barbie, <https://pl.wikipedia.org/wiki/Barbie> [dostęp: 14.03.2020].

³² A. Wittenberg, K. Klinger, *10 grzechów ciężkich rodziców, czyli jak „hodujemy” dzieci pierdoły*, <https://serwisy.gazetaprawna.pl/edukacja/artykuly/802627,10-grzechow-ciezkich-rodzicow-czyli-jak-hodujemy-dzieci-pierdoly.html> [dostęp: 14.03.2020].

w Polsce dóbr materialnych. W związku z tym szkoła właściwie nie miała możliwości przedstawienia atrakcyjnej oferty edukacyjnej młodym. Przy całej aktywności urozmaicania zajęć różnymi kołami zainteresowań, np. warsztatami teatralnymi, tanecznymi czy harcerstwem, które prowadziło wiele szkół, programy edukacyjne wymagające realizowania pozostawały archaiczne jak na współczesny świat. Realizacja podstawy programowej przeładowanej wiedzą (czysto teoretyczną) nie pozostawiała czasu na własny rozwój dziecka, dywergencyjne myślenie o problemach czy samodzielne wyciąganie wniosków. Związany z tymi przemianami upadek autorytetów skutkowało obniżaniem się zaufania do szkoły i nauczycieli. Proces ten się nasilił, odkąd dzieci zaczęły żyć w świecie Internetu. Niestety – zdaniem wielu pedagogów – polska szkoła nie była przygotowana na tę zmianę kulturową, a szeroki dostęp młodzieży szkolnej do mass mediów uczynił szkołę nieatrakcyjnym i niedostatecznym źródłem informacji w porównaniu z wiedzą zawartą w Internecie.

Jednocześnie zmieniał się styl życia młodych osób (z „podwórkowego” na „osiadły przed monitorem”), co wpływało nie tylko na ich zdrowie psychiczne, ale i fizyczne.

W opisanej sytuacji rola medycyny profilaktycznej staje się coraz bardziej istotna niż kiedyś, choćby z uwagi na konieczność dopasowywania programów edukacyjnych (z wykorzystaniem nowych technologii) do przemian społecznych i świadomości ludzi. Tak niedawno, bo w marcu 2020 r., gdy zaczynała się pandemia COVID-19, pisaliśmy te słowa. A już teraz, zaledwie po trzech miesiącach, dokonała się nieomal rewolucyjna przemiana polskiej szkoły. Wraz z koniecznością kwarantanny zalecono e-learning, do którego właściwie nikt nie był przygotowany. Jak piszą teraz nauczyciele, to było „jakby przesiąść się z wozu drabiniastego do rakiety”. Obserwowaliśmy, z jak wielkim zapalem nauczyciele podjęli to wyzwanie, zapominając o niedawnych dość smutnych doświadczeniach, kiedy zrozpaczeni sytuacją polskiej szkoły i edukacji podjęli protesty niespotykane do tej pory – podczas tych strajków nie uzyskali zrozumienia. Przy okazji e-learningu w większości przypadków zauważa się ogrom zaangażowania nauczycieli, także emocjonalnego, w swoją pracę, poczucie misji i umiłowanie wychowanków.

Uczyli się więc nauczyciele i uczniowie, często przy pomocy rodziców, korzystania z różnych platform edukacyjnych, by w końcu czerwca 2020 wspólnymi siłami zakończyć ten pełen doświadczeń rok szkolny. Nie wszyscy oceniają ten czas pozytywnie, nie brakuje słów niezadowolenia, ostrej krytyki, ale też zdarzają się pochwały kierowane do nauczycieli. Czy wpłynie to na cały system edukacji w Polsce, czy wzmocni wzajemne więzi szkolne – na oceny jest jeszcze za wcześnie.

Krytyka polskiej szkoły na podstawie badań

Wszelkie działania profilaktyczne powinny uzględniać wpływ szkoły na rozwój i problemy, których doświadcza dziecko, tracąc zasoby własne, a w efekcie nie radząc sobie ze stresem. Może być to ważną przyczyną wielu schorzeń somatycznych, depresji, zachowań autodestrukcyjnych, uciekania w świat uzależnień, a nawet samobójstwa. Relacje międzyludzkie budowane w dzieciństwie i młodości są podstawą do budowania pewności siebie, rozwijania samoskuteczności i ufności wobec świata.

Poziom nieufności u Polaków, a zwłaszcza polskiej młodzieży, jest niepokojący³³.

Aleksander Pawlicki, ekspert Szkoły Edukacji Polsko-Amerykańskiej Fundacji Wolności i Uniwersytetu Warszawskiego, w wywiadzie podaje, że przeprowadzono w Polsce dwa badania (TIMSS i PISA), w których pytano, czy dzieci lubią szkołę, a w badaniu drugim – czy nastolatki czują się związane ze szkołą. Nasze dzieci wypadły najgorzej lub prawie najgorzej spośród wszystkich 36 wysoko rozwiniętych i demokratycznych państw OECD (Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju).

Interesujące są wyniki wielu innych obserwacji, które udowadniają, że jeśli dziecko czuje się dobrze w szkole i ją lubi, to lepiej w niej funkcjonuje i ma to zwykle wpływ na jego dorosłe życie i poczucie szczęścia.

Długoterminowe badania wielu kolejnych roczników dzieci i młodzieży w Niemczech pokazały, że gdy dzieci czuły, że były sprawiedliwie traktowane w szkole – jako osoby dorosłe wykazywały zaufanie do innych, do świata i wierzyły, że uczciwe postępowanie będzie doceniane. Dzieci odczuwające w szkole niesprawiedliwość, w życie dorosłe wkraczały z przekonaniem, że świat jest niesprawiedliwy, a czasem wręcz wrogo do nich nastawiony, wykazywały głęboki brak zaufania do ludzi.

W polskiej szkole reaguje się głównie na wydarzenia, które bezpośrednio i wyraźnie zagrażają bezpieczeństwu dzieci (rzadko się wówczas uwzględnia emocje uczniów). Wciąż za mało jest działań, których celem jest budowanie poczucia przynależności. Daje ono uczniowi poczucie, że jest oczekiwany, szanowany w szkole, a także w razie potrzeby, z pełnym zaufaniem opowie o problemie i uzyska pomoc. Tak w naszej szkole nie jest, na co wskazują polskie badania. Także nauczyciele zauważają, że coś się dzieje, gdyż uczniowie im nie ufają. Jest to zjawisko braku wspierania środowiska, tak bardzo ważnego w rozwoju dziecka, ale i w życiu do-

³³ S. Mocek, *Deficytu zaufania ciąg dalszy*, <https://www.civitas.edu.pl/pl/kontakt/magia-civitas-felietony/deficytu-zaufania-ciag-dalszy> [dostęp: 17.05.2020]; CBOS. O nieufności i zaufaniu. Komunikat z badań, nr 35/2018, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2018/K_035_18.PDF [dostęp: 17.05.2020].

rosłym. Przyczyny są dość znane, jednak tylko pokrótce wspomniana sytuacja, jak i wiele innych w polskich szkołach, ma tak znaczny wpływ na dalsze życie dziecka, że jako element zdrowia psychicznego z pewnością stanowi większe wyzwanie dla medycyny profilaktycznej³⁴. W czasie pandemii COVID-19 relacje społeczne uczniów także ze szkołą diametralnie się pogorszyły i dla ich odbudowania konieczna będzie praca od podstaw.

Internet a zdrowie człowieka

Niewątpliwą korzyścią użytkowania Internetu jest szybki i właściwie nieograniczony dostęp do wiedzy, nierzadko naukowej. Tą drogą można przekazywać m.in. informacje dotyczące zdrowia i różne materiały edukacyjne dopasowane do grup wiekowych – Internet może być skutecznym narzędziem walki o zdrowy styl życia. Jednocześnie istotna jest świadomość, iż nie zawsze podawane tam treści odpowiadają uznanym naukowo poglądom, a także ważna jest wiedza o negatywnych następstwach zdrowotnych długotrwałego przebywania przed monitorem, włącznie z uzależnieniem od sieci.

Homo interneticus nową formą ewolucji człowieka?
Droga od *Homo oralis* do *Homo interneticus*

Współczesna epoka charakteryzuje się coraz szybszymi przemianami społeczno-gospodarczymi i – co jest z tym związane – coraz to bardziej rosnącą rolą mass mediów, w szczególności Internetu. Dawno temu zauważono, że już nie należy o współczesnym człowieku mówić *Homo sapiens* lecz *Homo sedentarius* (człowiek siedzący) – a ostatnio użyto jeszcze bardziej odpowiedniego określenia – *Homo interneticus*. Te dwa ostatnie określenia odzwierciedlają całkiem nowy tryb życia, wyraźnie niezgodny z fizjologią człowieka i jego odpowiednim rozwojem.

Pojęcie *Homo interneticus* prawdopodobnie po raz pierwszy zostało użyte w portalu BBC Two w 2010 r. w zakładce prowadzonej przez Alex Krotoski. Zauważono, że jest to nowa forma ewolucji człowieka. Powstała na bazie wysokiej zdolności do komunikowania się wynikającego z dostępności do sieci. Brak dostępu do sieci wręcz uniemożliwia człowiekowi Internetu funkcjonowanie w każdym wymiarze – osobistym i społecznym.

³⁴ A. Postoła, *Dlaczego polscy uczniowie nie lubią szkoły?*, <https://wyborcza.pl/7,157035,23434317,dlaczego-polscy-uczniowie-nie-lubia-szkoly.html> [dostęp: 14.03.2020].

Z ewolucyjnego, sięgającego czasów odległych punktu widzenia rozwój *Homo sapiens*, który się pojawił ponad 1,4 mln lat temu, odbywa się od etapu człowieka mówiącego – *Homo oralis*, poprzez człowieka piszącego – *Homo literalis* (prawdopodobnie ok. 4000–3000 r. p.n.e.), do człowieka drukującego (*Homo typographicus*). Człowiek drukujący ukształtował się od zastosowania ruchomej czcionki drukarskiej przez Johanna Gutenberga w 1450 r. i rozwijał przez ostatnie 150 lat, osiągając stadium w pełni ukształtowane, używając druku w komunikacji masowej. Pojawienie się Internetu, jak podaliśmy, wygenerowało człowieka internetowego (*Homo interneticus*), który pojawił się wraz z world wide web w latach 1989–1991. Od tej pory nagle okazało się, że drukować nie trzeba, wszystko można odczytać z ekranu, a jeszcze chętniej obejrzeć obrazki i filmiki niewymagające przesadnego myślenia czy rozmyślania na dany temat. Obecnie jeszcze człowiek nadal mówi, pisze i korzysta z prac drukowanych, jednak coraz bardziej życie oraz kultura przenosi się do świata wirtualnego.

Powszechnie używa się dwóch jednoznacznych określeń – *Homo internetus* i częściej *Homo interneticus*.

Wraz ze zmianą komunikacji ludzi pomiędzy sobą i ze światem zmienia się także kultura.

Homo interneticus – „analfabeta funkcjonalny”?

Profesor Wojciech Walat, kierownik Zakładu Dydaktyki Ogólnej i Systemów Edukacyjnych Uniwersytetu Rzeszowskiego dokonał przeglądu literatury fachowej na temat cech człowieka internetu, które przedstawił w poniżej streszczonej pracy.

Człowiek współczesny – internetowy wszystko, co ma wykonać, robi na klawiaturze, używając jedynie palców. Towarzyszy temu poczucie nieograniczonej wiedzy, przestrzeni, ale też czasu i pamięci. Internet bowiem nie zna odległości, nie istnieją relacje przestrzenne.

Ponieważ otrzymywana informacja aktualizuje się nieustannie, na bieżąco, pojawia się zjawisko tzw. pozorności wiedzy, która jest podstawą kultury upozorowanej. To, co wiemy dziś – jutro, a nawet w ciągu godziny zapewne się zmieni. Nieokreśloność wynikająca ze stałej zmiany czasu i miejsca „pobytu” w sieci staje się podstawą zaburzenia dotychczasowej tożsamości i bazą dla nowej, niestabilnej, nieokreślonej.

Także kultura staje się niematerializowana instytucjonalnie, ludzie mogą pracować przez Internet i nią zarządzać. Nie trzeba spotykać się w świecie realnym, robić notatek czy wydruków. W świecie Internetu nie ma rozróżnienia płci, pochodzenia – bo można jednym kliknięciem zmienić dane.

Ze zmianami kulturowymi zmieniają się zmysły człowieka. Człowiek internetowy jest „rozproszony zmysłowo”, bo podczas komunikowania się przez Internet zwykle nie ogląda twarzy rozmówcy. Czyli pierwszą cechą *Homo interneticus* jest rozproszenie poznawcze. W 2010 r. D. Herman opisał The Fear of Missing Out (FOMO). W 2013 r. hasło FOMO znalazło się w renomowanym *Oxford Dictionary* z wyjaśnieniem, że jest to lęk człowieka przed tym, że coś ważnego się aktualnie dzieje tam, gdzie go nie ma – często związany z nieobecnością w mediach społecznościowych. Portale – jak choćby Facebook – potrafiły tak skonstruować swoje działania, że człowiek czuje się tam, jakby był wśród swoich, w dodatku osób miłych, inteligentnych. Obserwuje się też, że człowiek obecny w takim medium jest skłonny odpowiadać na wszystkie pytania.

***Homo interneticus* nie potrafi się skupić na swojej pracy, bo ciągle coś sprawdza w smartfonie czy laptopie; po pewnym czasie mogą pojawiać się z tego powodu zaburzenia nerwicowe, depresja, ale też uzależnienie.**

W ślad za zmianami kulturowymi zmieniać się będą zdolności poznawcze człowieka. Jest to szczególne wyzwanie dla współczesnej edukacji³⁵.

Drugą cechą człowieka Internetu jest zanik wartości wiedzy, rozumienia, umiejętności łączenia faktów, budowanie własnej, indywidualnej oceny świata. Liczy się jedynie atrakcyjność przekazu, zwykle mierzona liczbą tzw. lajków (polubień). Człowiek tej epoki jest przekonany, że informacja (wiedza) jest czymś naturalnym, dostępnym wskutek jednego kliknięcia, nie trzeba jej zdobywać – czyli nie trzeba się uczyć. Ta druga zasada *Homo interneticus* więc brzmi: „Nie myślę, a jestem”.

Trzecią cechą *Homo interneticus* jest analfabetyzm funkcjonalny. Walka z analfabetyzmem prowadziła do tego, by człowiek czytał – nie tylko książki, ale różne teksty, nawet internetowe blogi. Badania przeprowadzone przez Bibliotekę Narodową w 2015 r. pokazują, że aż 63% Polaków nie miało styczności z żadną książką, a 37% przeczytało jedną lekturę w roku. Wielu badaczy potwierdza, że człowiek nie rozumie tekstów pisanych, staje się nieudolny, niezaradny, nie potrafi jasno powiedzieć, na czym polega jego problem, a po pojawieniu się trudności staje się rozszczeniowy, gwałtowny i coraz częściej agresywny.

Równoległe obserwuje się analfabetyzm: ekonomiczny, polityczny, społeczny, techniczny, a także zdrowotny. Tak więc przebywanie w wirtualnym świecie daje

³⁵ J.T. Marcinkowski, Z. Konopielko, P. Rosińska, A. Klimberg, *Nomofobia, FOMO i życie z Internetem*, w: A. Kułak-Bejda, N. Waszkiewicz, *Współczesny wymiar uzależnień*, wyd. I, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2020, s. 152–189.

człowiekowi złudzenia, że obcuje ze światem, złudzenie że się go uczy (nie tylko uczy się pisać, czytać, liczyć), daje ułudę, że rozumie życie³⁶.

Młodzi w świecie nierzeczywistym

XXI wiek to okres niezwykle szybkich przemian społecznych, pośród których wielkie i narastające znaczenie ma pojawienie się laptopa, tabletu, smartfona i nieustanne ich nowe generacje na rynku, coraz to bardziej złożone, z coraz większą liczbą funkcji. Smartfon z racji niewielkich wymiarów i potrzeby stałego telefonicznego kontaktu z rodzicami (z uwagi na bezpieczeństwo) jest zabierany przez dzieci do szkoły czy na podwórko. Smartfony, tablety są najbardziej oczekiwanym przez dzieci i młodzież prezentem, który otrzymują z różnych okazji. Stanowią szczególnie obiekt pożądania – nawet wśród najmłodszych dzieci. Zdarza się, że dziecko posiadające stary model smartfona, jest wyśmiewane przez rówieśników wyjmujących z kieszeni model najdroższy. Jest to powodem poczucia bycia gorszym, wyrzuconym z grupy, a w konsekwencji stanów depresyjnych dziecka, niechęci do wychodzenia z domu i przebywania w środowisku szkolnym.

Smartfony pogłębiają izolację i odcinają od prawdziwego świata. Tak ważna potęga kontaktu wzrokowego z bliskimi i nieznanymi słabnie wskutek nieustannego wpatrywania się w ekran smartfona³⁷. Równie ważnym problemem jest coraz częstszy brak – niezbędnego dla człowieka w każdym wieku – dotyku osoby bliskiej, bo ewidentnie zmienia się styl życia użytkowników smartfonów³⁸. Ostrzega się, zwłaszcza rodziców, że za każdym razem, kiedy wyjmują przy kimś bliskim telefon, zachowują się jakby stawiali kolejną cegłę na murze, który powstaje między użytkownikiem smartfona a osobą bliską (dzieckiem). Oczywiście jest, że dziecko, które widzi, że rodzic bardziej skupiony jest na swoim smartfonie niż na nim, czuje się fatalnie³⁹.

³⁶ W. Walat, *Homo interneticus – wyzwanie dla współczesnej edukacji*, „Edukacja – Technika – Informatyka” 2016, 4/18, www.eti.rzeszow.pl; W. Walat, *Homo interneticus jako analfabeta funkcjonalny w zakresie praw człowieka*, <https://www.ceool.com/search/article-detail?id=788594> [dostęp: 14.05.2021].

³⁷ M. Ellsberg, *Potęga kontaktu wzrokowego. Jak osiągnąć sukces w biznesie, miłości i życiu towarzyskim*, tłum. K. Rojek, Helion, Gliwice 2010.

³⁸ M. Sikorski, *Te zdjęcia pokazują, że z ludźmi porobiło się coś dziwnego – życie zdominował smartfon*, <https://antyweb.pl/te-zdjecia-pokazuja-ze-z-ludźmi-porobilo-sie-cos-dziwnego-zycie-zdominowal-smartfon/> [dostęp: 22.02.2020].

³⁹ M. Klimkowska, *Co czuje dziecko, gdy używasz przy nim telefonu? Poruszające zdjęcia!*, <https://mamotoja.pl/smartfon-a-dziecko-kampania-telefon-buduje-mur,aktualnosci-arttykul,17853,r1p1.html> [dostęp: 22.02.2020].

Od razu przypominają się małe małpki z eksperymentu, które miały dostęp do dwóch sztucznych małpich mam; spośród nich tylko jedna z nich miała futerko. Wszystkie małpki wybierały właśnie tę „mamę”, do której można było się przytulić.

Uzależnienie od smartfona i innych masmediów staje się coraz wyraźniejszą „wirtualną plagą”.

Młdzież – poza często wartościowymi filmami, zwykle zamieszczanymi na You Tube – wynajduje tam zamieszczone przez innych demoralizujące filmiki, takie jak: relacje z imprez czy pokazy agresywnych zachowań. Młodzi „istnieją” w mediach społecznościowych. Tu konfrontują się z wyglądem czy zachowaniem osobników przybierających nienaturalny wygląd, poprawiony przez różne funkcje upiększające, dostępne w każdym niemal smartfonie. Często wpadają z tego powodu w gorszy nastrój („nie jestem tak urodziwy”), pogarszają się ich relacje z innymi („moja dziewczyna nie spełnia kryteriów urody podawanych przez inne na Instagramie, więc zerwę z nią znajomość”).

Osoby zamieszczające na portalach upiększone zdjęcia boją się wejść w rzeczywisty kontakt w „realu”. W następstwie unikają towarzystwa rówieśników i sami izolują się od środowiska.

Bezpośrednie relacje towarzyskie zanikają, choć może się wydawać, że ogromna liczba znajomych czy obserwujących na Facebooku lub Instagramie wypełnia tę lukę. W związku z tym młodzi żyją iluzją przyjaźni – a zniknięcia ich codziennego „lajkowania” czy udostępniania nikt z tzw. znajomych nie zauważa.

Potwierdzają to oficjalne statystyki publikowane przez policję, dotyczące prowadzenia spraw związanych z art. 151 k.k.⁴⁰ Wszechobecna przemoc pokazywana w mass mediach może potencjalnie prowadzić do nieprawidłowych zachowań. Nadużywanie smartfonów koreluje z występowaniem trudności społecznych i zaburzeń psychicznych. Bardzo popularne wśród młodzieży są gry komputerowe, np. MMORPG (massively multiplayer online role-playing game)⁴¹, w których duża liczba graczy może grać ze sobą w wirtualnym świecie. Obecne tam sceny zabijania mogą wpływać na odrealnione wyobrażenie śmierci, co skutkować może beznamiętnym zabijaniem w normalnym życiu. Poważnym zagrożeniem jest także możliwość uzależnienia od gier komputerowych⁴².

⁴⁰ Namowa lub pomoc do samobójstwa (art. 151), <http://statystyka.policja.pl/st/kodeks-karny/przestepstwa-przeciwno/63420,Namowa-lub-pomoc-do-samobojstwa-art-151.html> [dostęp: 22.02.2020].

⁴¹ Massively multiplayer online role-playing games (MMORPGs), https://en.wikipedia.org/wiki/Massively_multiplayer_online_role-playing_game [dostęp: 22.02.2020].

⁴² Uzależnienie od gier komputerowych, <https://www.uzaleznieniabehawioralne.pl/siecioholizm/uzaleznienie-od-gier-komputerowych/> [dostęp: 22.02.2020].

Szacuje się, że nawet jedna czwarta dzieci i młodzieży wykazuje oznaki problematycznego korzystania ze smartfona⁴³. Uależnienie od smartfona rodzi się wówczas, gdy więź, jaka łączy użytkownika z urządzeniem, znacznie wykracza poza zwyczajne zainteresowanie⁴⁴. Stąd rodzi się pytanie: czy dzieci powinny mieć własne smartfony?⁴⁵

Jak wynika z badań prowadzonych w ostatnim okresie, regularne korzystanie z mediów społecznościowych powoduje wyraźny spadek satysfakcji życiowej, podczas gdy nawet tydzień wakacji od dostępu do Facebooka wyraźnie podnosi nastrój i zwiększa poczucie szczęścia.

Odrębnym problemem związanym z korzystaniem z Internetu, niosącym wielkie zagrożenia nie tylko dla prawidłowego rozwoju, ale też wpływającym na jakość całego życia – jest oglądanie pornografii, co kształtuje nieprawidłową seksualność młodych.

Zmiany w funkcjonowaniu rodzin, w sposobach spędzania wolnego czasu (wycieczki do galerii handlowych) mogą mieć negatywny wpływ na kondycję psychiczną i społeczną dzieci i młodzieży. Często bywają powodem „ucieczki”, czy „poprawiania nastroju” różnego rodzaju substancjami psychoaktywnymi⁴⁶.

Czy z powodu smartfonów jest więcej samobójstw wśród nastolatków?
Czy smartfony zniszczą młode pokolenie?

Odpowiedź na te pytania przyniesie czas. Na razie twarde dane dotyczące nasilania częstości depresji czy samobójstw wśród młodych ludzi, także dzieci (podajemy je w rozdziale „Samobójstwa”) nie są optymistyczne.

W przeszłości wypadki drogowe, choroby zakaźne oraz powikłania okołoporodowe były najczęstszą przyczyną śmierci dzieci i młodzieży. Ostatnio zaobserwowano jednak – po dekadach spadków – że coraz więcej samobójstw ma miejsce wśród nastolatków, np. w USA⁴⁷. Zaczyna się to łączyć z rosnącą popularnością

⁴³ One in four children and young people show signs of addiction to smartphones, <http://the-conversation.com/one-in-four-children-and-young-people-show-signs-of-addiction-to-smartphones-128033> [dostęp: 22.02.2020].

⁴⁴ Objawy uzależnienia od telefonu komórkowego, <https://klinika.osrodek-oaza.pl/objawy-uzaleznienia-telefonu-komorkowego/> [dostęp: 22.02.2020].

⁴⁵ Should children really have their own smartphones?, <https://www.priorygroup.com/blog/should-children-really-have-their-own-smartphones/> [dostęp: 22.02.2020].

⁴⁶ J.T. Marcinkowski, Z. Konopielko, P. Rosińska, A. Klimberg, *Nomofobia, FOMO i życie...*, op. cit..

⁴⁷ J.M. Twenge, T.E. Joiner, M.L. Rogers, G.N. Martin, *Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and suicide rates among U.S. adolescents after 2010 and links to increased new media screen time*, „Clinical Psychological Science” 2018, 6, s. 3–17.

mediów społecznościowych oraz z używaniem smartfonów⁴⁸. Z niepokojem dostrzega się, że cyberprzestrzeń stała się miejscem, gdzie pojawia się wiele stron dedykowanych samobójcom („rady”, jak się zabić), ale także, w którym można skrzywdzić osobę poprzez przedstawienie prywatnych lub kompromitujących informacji o niej⁴⁹. Zdarza się, że nastolatki, ale też coraz młodsze dzieci, z takich powodów targają się na swoje życie. Dlatego też konieczne jest gruntowne poznanie zjawiska samobójstwa i jego współczesnych (np. związanych właśnie z siecią) odniesień, a następnie stworzenie dobrego programu zapobiegania⁵⁰.

Opisane, dramatycznie szybkie przemiany społeczne rodzą uzasadnione pytanie odnośnie do urodzonych po 1995 r. – a więc pokolenia Internetu (iGen) – które dorastało z telefonem komórkowym, miało konto na Instagramie, zanim poszło do liceum i nie pamięta czasów sprzed Internetu: Czy smartfony zniszczą młode pokolenie?⁵¹ Rośnie bowiem pierwsze pokolenie, które więcej czasu spędza ze smartfonem niż z rówieśnikami, co z całą pewnością fatalnie odbije się na jego psychice i zdrowiu fizycznym. Już bowiem opisuje się wśród młodych, na przykład w USA⁵², coraz częstsze doświadczanie poważnego stresu psychicznego, poważnej depresji, uzależnienia i myśli samobójczych, prób samobójczych i samobójstw dokonanych.

Pozostajemy z otwartymi pytaniami: Czy smartfony zniszczą młode pokolenie?⁵³ Czy my, dorośli, możemy temu jeszcze zapobiec?⁵⁴

Ważnym problemem jest też wyjaśnianie – szczególnie dzieciom i młodzieży – istoty cyberzestępczości.

⁴⁸ Po dekadach spadków, więcej samobójstw nastolatków. Winne mogą być smartfony, <https://tvn24.pl/swiat/usa-wzrosla-liczba-samobojstw-wsrod-nastolatkow-ra790264-2506078> [dostęp: 22.02.2020].

⁴⁹ Samobójstwo 13-latki w Lipnicy Dolnej. Internet przyczynił się do tragedii? <https://www.wprost.pl/zycie/10244309/samobojstwo-13-latki-w-lipnicy-dolnej-internet-przyczynil-sie-do-tragedii.html> [dostęp: 22.02.2020].

⁵⁰ Szkoła na Ochocie, której uczeń popełnił samobójstwo, będzie pod specjalnym nadzorem. „Takie sytuacje nie powinny mieć miejsca”, <https://warszawa.wyborcza.pl/warszawa/7,54420,25555496,pom naszym-reportazu-o-podstawowce-na-ochocie-radna-prosi-o-kontrolę.html> [dostęp: 22.02.2020].

⁵¹ Have smartphones really destroyed a generation? We don't know, <https://www.vox.com/science-and-health/2019/2/20/18210498/smartphones-tech-social-media-teens-depression-anxiety-research> [dostęp: 22.02.2020].

⁵² J.M. Twenge i in., *Age, Period, and Cohort Trends in Mood Disorder Indicators and Suicide Related Outcomes in a Nationally Representative Dataset, 2005–2017*, „Journal of Abnormal Psychology” 2019, 128, 3, s. 185–199.

⁵³ Have smartphones really destroyed a generation?..., op. cit.

⁵⁴ J.T. Marcinkowski, Z. Konopielko, P. Rosińska, A. Klimberg, *Nomofobia, FOMO i życie...*, op. cit.

Czy Homo interneticus przekształci się w Homo pandemicus – rozważania

Może warto już teraz, gdy jeszcze trwa pandemia COVID-19 i nieznany jest czas jej zakończenia, wprowadzać pojęcie Homo pandemicus? Chodzi o człowieka dojrzałego mentalnie i emocjonalnie, wywodzącego się z kategorii już nazwanej Homo interneticus, który, jak pisaliśmy, mimo że porozumiewa się poprzez Internet, to nie nadąża z własnym myśleniem i tworzeniem własnych poglądów za tempem tego medium i czasem jest nazywany analfabetą funkcjonalnym.

Proponowane pojęcie Homo pandemicus to określenie człowieka żyjącego w czasie pandemii, mającego cechy Homo interneticus, ale kształtowanego nie poprzez wymaganą rzeczywistość a świadome doświadczanie prawdziwego życia, będącego świadkiem czy bezpośrednim uczestnikiem tragicznych wydarzeń w „realu”, przemian dotychczasowego bezpiecznego i sytego świata, wykorzystującego Internet do ochrony własnej i innych poprzez tworzenie dowcipnych obrazów czy filmików, czasami przypominających XIV-wieczny danse macabre, oswajającego rzeczywistość. Być może to człowiek wytwarzający własne mechanizmy obronne w odpowiedzi na „zaszczepienie” rzeczywistością (nie tylko odpornością przeciwko koronawirusowi), co może powodować trwale zmiany myślenia, zachowań, wzbudzać troskę o innych i o cały świat. Rodzący się właśnie Homo pandemicus także poznaje i poszerza zapomnianą wiedzę o chorobach, higienie i epidemiologii, uczy się doceniać praktyczną i skuteczną rolę tych nauk, które szczególnie rozwijały się podczas trwania innych epidemii i zagrożeń w przeszłości. Homo interneticus dotychczas żyjący w ograniczonej, często odrealnionej, wirtualnej przestrzeni odbiera przyspieszoną lekcję prawdziwego życia, która – być może – pozwoli mu ochronić się przed złem tego świata, a w przypadku kolejnej pandemii zachować się racjonalnie. Jesteśmy pewni, zgodnie z naszym wrodzonym optymizmem, że na naszych oczach powstaje nowy, silny i mądry Homo pandemicus.

Samotność z wyboru we współczesnym świecie

Współcześnie oberwuje się szereg zjawisk społecznych do tej pory niespotykanych lub zdarzających się sporadycznie. Niektóre wywodzą się z tradycji starożytnych lub różnych, poza katolicką, religii – zwykle Dalekiego Wschodu, inne są związane ze stałą obecnością w Internecie, który zastępuje życie w świecie realnym. Wynikają także z lęku przed zagładą planety lub z wrażliwości na cierpienie ludzi i zwierząt. Pozostaje tylko pytanie, czy samotność z wyboru nie jest częściowo ucieczką od odpowiedzialności, wyrazem swoistego hedonizmu albo „odcinaniem” korzeni kulturowych współczesnych

społeczeństw. Czy człowiek wybierający samotne życie, także bez dzieci, lub nieodbierający urn z prochami swoich przodków, niedbający o groby przodków, które są też miejscem zatrzymania się w pędzie cywilizacji, spotkania z duchami, ale też refleksji nad przemijaniem, jest świadom tego, że w naszej ocenie zaburza naturalny ład świata?

Janusz L. Wiśniewski, magister fizyki i ekonomii, doktor informatyki, doktor habilitowany chemii, a także pisarz, tę trudną sytuację we współczesnym świecie podsumował trafnym spostrzeżeniem: „Samotność okazała się dżumą naszych czasów”⁵⁵.

Wzrastająca liczba singli znakiem czasów

Pozostawanie singlem⁵⁶ to zjawisko coraz bardziej powszechne we współczesnym świecie, bo oznacza mniej obowiązków. Jak potwierdzają badania, jedną z przyczyn jest zmiana stylu życia związana z przemianami społecznymi: niepewność zatrudnienia, zabezpieczenia finansowego, ale też czasem, choć obecnie rzadziej, presja ukończenia edukacji, konieczność spłacania tak chętnie zaciąganych kredytów, zmiany miejsca zamieszkania związane z możliwościami pracy i nadzieją na rozpoczęcie kariery zawodowej w życiu. Młodzi ludzie podążający za nieustannie wzrastającym tempem życia i dorównywania jego poziomem do innych, mają niewiele czasu na rozważenie jednego z najbardziej tradycyjnych wyznaczników wieku dorosłego: małżeństwa. Interesującym zjawiskiem współczesnych czasów jest fakt, że coraz więcej kobiet nie jest zainteresowanych małżeństwem, co prawdopodobnie świadczy o ich niezależności, także finansowej, ale też zauważa przykłady małżeństw, które tak często się rozwodzą, iż dokument poświadczający związek przestaje odgrywać jakieś znaczenie dla poczucia stabilizacji⁵⁷.

Tutaj rodzi się bardzo poważne pytanie badawcze, na ile może mieć to związek z rozwojem technologii informatycznych – czy kontakty wirtualne zabezpieczają każdą sferę życia młodych ludzi? Czy to tylko lenistwo lub ostrożność, bo relacje te są możliwe bez żadnego wysiłku, organizowania spotkań i wychodzenia z domu, a także bez zobowiązań – z pełną wolnością – bo zwykle anonimowe, z możliwością ich zerwania przez jedno kliknięcie klawisza.

⁵⁵ J.L. Wiśniewski, *188 dni i nocy*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2005.

⁵⁶ Singiel – człowiek stanu wolnego, niebędący w związku.

⁵⁷ The unmarried generation?, <https://www.publicsource.org/the-power-of-the-pa-millennial-boom/> [dostęp: 22.02.2020].

Antynataliści czyli „nie opłaca się przyjść na świat”

Już starożytni, w tym jeden z pierwszych jońskich filozofów przyrody, prawdopodobnie uczeń Talesa z Miletu, **Anaksymander z Miletu** (gr. Αναξίμανδρος ὁ Μιλήσιος Anaksimandros ho Milesios, ok. 610–546 p.n.e.) uważali, że płodząc dziecko, skazuje się je na życie w lęku przed nieuchronną śmiercią, która i tak nadejdzie⁵⁸.

Podobne myślenie zauważa się w różnych religiach, poza katolicyzmem, oraz w poglądach filozofów. Między innymi Artur Schopenhauer (1788–1860) – filozof niemiecki, przedstawiciel pesymizmu w filozofii, nawiązując do religii Wschodu, twierdził, że człowiek wiecznie dąży ku czemuś, nie zaznając spokoju, a jeśli nawet osiąga cel, to popada w nudę, która jest też formą cierpienia.

Jednym ze współczesnych najpopularniejszych antynatalistów jest kierownik Wydziału Filozofii Uniwersytetu Kapsztadzkiego – prof. David Benatar, który w książce pt. *Better Never to Have Been* podaje, że w życiu ludzkim występuje więcej bólu i długie jego odczuwanie oraz relatywnie krótkie chwile przyjemności, co przemawia za poglądem, że „nie opłaca się przyjść na świat”. Uważa on, że rodzice w momencie, kiedy płodzą potomka, nie działają dla jego dobra, nie pytają go bowiem o zgodę, czy chce przyjść na świat i potencjalnie skazują na wszystkie te krzywdy. Decydując się na posiadanie dziecka, kierują się jedynie egoistycznymi pobudkami, np. by mieć opiekę na starość lub nie być samemu, albo spełniają oczekiwania rodziny.

Wspomniany już David Benatar tworzy dwa określenia związane z filozofią antynatalizmu: „życie warte poczęcia” związane z namysłem nad nieistniejącym jeszcze życiem i „życie warte kontynuowania”.

Zgodnie z drugim wyznacznikiem tej filozofii – antynataliści widzą porzucone dzieci w domach dziecka i bardzo zachęcają do adopcji, są przeciwnikami przerywania życia (zarówno w postaci aborcji, jak i eutanazji), a – jak sami mówią – ich filozofia jest pełna empatii, stanowi zaprzeczenie nihilizmu, bo wynika z troski i pragnienia uchronienia przed krzywdą związaną z przyjściem na świat.

Julio Cabrera, argentyński filozof, nazywa antynatalistów „advokatami najsłabszych”, czyli tych, którym grozi „wrzucenie w świat”, zresztą bez pytania.

Antynatalizm zyskuje popularność w trakcie kryzysu klimatycznego, gdyż jedna z grup antynatalistów widzi zagrożenie płynące z przeludnienia planety, a także z tego, że jedno dziecko w czasie swojego życia wyprodukuje wielką ilość dwutlenku węgla, zużyje tony detergentów, plastiku, a równocześnie jest prawdopodobne, że zginie w wypadku, śmiertelnie zachoruje etc.

⁵⁸ Jońscy filozofowie przyrody, w: W. Tatarkiewicz, *Historia filozofii*, t. 1, *Filozofia starożytna i średniowieczna*, wyd. 9, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1981, s. 26–28.

Zauważa się, że antynataliści to na całym świecie najczęściej młodzi (ok. 30-letni) mieszkańcy dużych miast, dobrze wykształceni i bezdzietni, niewierzący, często wegetarianie wrażliwi na cierpienia zwierząt. Zdarza się, że już posiadają dzieci, ale zapoznając się z tą filozofią, po namyśle przystępują do grupy antynatalistów. Na Facebooku antynataliści tworzą wiele grup, jedna z nich liczy nieomal 3000 osób.

Mikołaj Starzyński – autor książki *Antynatalizm. O niemoralności płodzenia dzieci* przypomina fakt, zresztą obecny w mediach w 2019 r., gdy było głośno o mieszkańcu Mumbaju – Raphaelu Samuelu, który pozwał swoich rodziców za to, że go spłodzili. Jednocześnie twierdził w wywiadach prasowych, że tak naprawdę jest w bardzo dobrych relacjach z rodzicami, ma dobre życie itd., a jego pozew (chyba o zapłatę jednego dolara) miał charakter symboliczny, bo chciał spopularyzować termin „antynatalizm” i jego założenia⁵⁹.

Pogrzeby on-line, zapomniane urny z prochami
i samodzielne przygotowania do własnej śmierci

Przed nadejściem pandemii COVID-19, podawano, że dramatycznie szybko postępujące współczesne przemiany społeczne dotyczą pogrzebów – a precyzyjniej ujmując – nieuczestniczenia w uroczystościach pogrzebowych osób nawet najbliższych, co wynika między innymi z przyczyn finansowych, wygody, poczucia, że obecność on-line jest równoznaczna z rzeczywistością, ale też zaniku bliskich relacji w rodzinach lub odchodzenia od religii czy tradycji kulturowych. Na przykład, w Czechach i Szwecji odnotowano ogromną liczbę nieodebranych urn po kremacji⁶⁰. Zaczynają funkcjonować pogrzeby on-line, podczas których uroczystości pogrzebowe najbliższych obserwuje się na monitorze komputera, a później otrzymuje się wysłaną pod adresem domowym urnę z prochami⁶¹. Możliwości pogrzebów on-line oferowane są również w Polsce⁶². Nie dość tego, młodzi i zdrowi zaczynają planować własne pogrzeby pod takim kątem, ażeby nie były smutne i nudne⁶³.

⁵⁹ Prędzej czy później ludzkość wyginie. Czy posiadanie dzieci jest moralne? NOIZZ, <https://noizz.pl/opinie/czy-plodzenie-dzieci-jest-niemoralne-wywiad-z-mikolajem-starzynskim/ygw1tv6> [dostęp: 16.07.2020].

⁶⁰ Gdy rodzina odmawia, pogrzeb wyprawia samorząd, <https://serwisy.gazetaprawna.pl/samorzad/artykuly/822330,gdy-rodzina-odmawia-pogrzeb-wyprawia-samorzad-stan-majatkowy-nie-ma-znaczenia.html> [dostęp: 22.02.2020].

⁶¹ Lazy millennials are now attending funerals [online], <https://nypost.com/2017/05/03/lazy-millennials-are-now-attending-funerals-online/> [dostęp: 22.02.2020].

⁶² Pogrzeby on-line z transmisją na żywo, <http://www.zapamietane.pl/> [dostęp: 3.05.2020].

⁶³ Meet the millennials who have already planned their own funerals, <https://metro.co.uk/2019/08/27/meet-millennials-already-planned-funerals-10632597/> [dostęp: 14.05.2021].

Zjawisko przygotowania się starszych osób do swojego pogrzebu w aspekcie ubioru, wyglądu, zapraszanych gości czy zakupu miejsca na cmentarzu jest znane od dawna. Jednak nie istniało do tej pory wśród młodych. Może obserwowane wśród pokolenia milenialsów jest dowodem ogólnoświatowej mody osuwania się z nieuchronnym końcem życia, ale też własnej zapobiegliwości, nieliczenia na zaangażowanie rodziny, która często jest rozproszona po świecie i każdy jej członek ma własne problemy, a być może też fantazji, swoistej zabawy młodych ludzi, którym śmierć wydaje się niemożliwa. Wymaga to pogłębionych badań dla wyjaśnienia tak daleko zachodzących przemian społecznych, także z odniesieniem do religii⁶⁴.

Obecnie nie jest jasne, czy młode pokolenia zwrócą się ku religii w późniejszym okresie życia z powodu nie tylko powrotu do zakorzenionej od pokoleń w Polakach tradycji, ale np. wobec zaburzenia stanu zdrowia czy utraty osoby bliskiej, a może lęku przed śmiercią i potrzeby uspokojenia myślą przekazywaną przez religie o życiu pozagrobowym.

Starość wyzwaniem dla współczesnych i następnych pokoleń

Zauważ, że nawet stare i chore ciała są piękne, gdy tylko pozbawione zostają stroju. Są piękne jak natura. Stare drzewo przecież wcale nie jest mniej wspaniałe od nowego, a chory lew nadal pozostaje królem zwierząt [...].

Milan Kundera⁶⁵

Kiedy tak naprawdę zaczyna się starość? Starzenie się populacji

(Starość) powitajmy życzliwie i pokochajmy.
Bo i ona jest pełna uroku, jeśli potrafisz z niej korzystać.

Lucius Annaeus Seneca – Seneka Młodszy⁶⁶

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 starczy (tzw. późna starość); 90 i więcej lat – wiek sędziwy (tzw. długowieczność). Za

⁶⁴ A growing number of Millennials shun religion, <https://www.publicsource.org/a-growing-number-of-millennials-shun-religion/> [dostęp: 22.02.2020].

⁶⁵ Milan Kundera (ur. 1929) – czeski i francuski pisarz oraz eseista, znany m.in. jako autor *Nieznosnej lekkości bytu, Księgi śmiechu i zapomnienia* z 1979 roku (pierwsze polskie wydanie: 1984), <https://doci.pl/uzavrano/milan-kundera-ksiga-miechu-i-zapomnienia+f1v18x> [dostęp: 15.10.2020].

⁶⁶ Seneca, *Listy moralne do Lucyliusza*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010. Lucius Annaeus Seneca (Seneka) – pisarz, poeta, filozof rzymski żył w latach ok. 4 p.n.e.– 65 n.e.

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 żyjemy⁶⁷. Jest to częstym tematem w internetowych blogach, poradnikach gazetowych i programach telewizyjnych, w których 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 wspaniale rozwiniętych w Polsce uniwersytetów trzeciego wieku⁶⁸, które zapewniają edukację dotyczącą kultury, geografii itp., czy też zajęcia gimnastyczne, wspólne wycieczki, ale również wzrastająca obecność seniorów w mediach społecznościowych, programach telewizyjnych, gdzie grają oni główne role. W Hollywood obserwuje się ciekawe zjawisko powrotu starych aktorów w nowo realizowanych filmach co – jak się okazało – znacznie podwyższa oglądalność nie tylko wśród bardzo dorosłych widzów, ale także wśród młodych.

Seniorzy chcą też wyglądać inaczej niż ich nobliwe babcie ze zdjęć. Stąd ich młodzieżowy ubiór, nonszalancja w ruchach, dbałość o sylwetkę i zdrowie. Opisane przemiany dotyczące stylu życia według specjalistów od kreowania wizerunku są efektem tego, że „wszystko zaczyna się w głowie”. Służą temu też mass media rozpowszechniając wizerunki 66-letnich babć niewiele różniących się wyglądem – przynajmniej z daleka – od wnuczek. One już nie mówią jak przed laty: „Nie, to nie dla mnie. Już jestem za stara”, ale „OK, wszystko mi wolno, mogę”.

Zmianę myślenia ludzi starzejących się dostrzeżono w magazynie „The Economist” w artykule *The New Old* (Nowi starzy) opisującym powszechnie znany brytyjski zespół rockowy, założony w 1962 r. w Londynie, The Rolling Stones, obecnie w zaawansowanym wieku, podając:

Na początku poprzedniej dekady stan zdrowia amerykańskich mężczyzn w wieku lat 69, według ich własnej oceny, był tak dobry jak stan zdrowia sześćdziesięciolatek w latach 70. Dzisiejsza siedemdziesiątka to faktycznie dawna sześćdziesiątka⁶⁹.

⁶⁷ WHO. Age-friendly environments, <https://www.who.int/ageing/age-friendly-environments/en/> [dostęp: 11.04.2020].

⁶⁸ Uniwersytet trzeciego wieku – placówka dydaktyczna dla osób w wieku poprodukcyjnym, zwanym trzecim wiekiem. Celem działania jest poprawa jakości życia osób starszych.

⁶⁹ The new old. Getting to grips with longevity, <https://www.economist.com/special-report/2017/07/06/getting-to-grips-with-longevity> [dostęp: 10.04.2020].

W Polsce, w potocznych rozmowach się coraz częściej mówi, że obecna kalendarzowa sześćdziesiątka to obecnie czterdziestka⁷⁰. Jednak w rzeczywistości stan zdrowia Polaków jest znacznie gorszy niż osób w tym samym wieku, żyjących na Zachodzie. W tamtych społeczeństwach dolegliwości charakterystyczne dotąd dla danego wieku kalendarzowego dotyczą teraz osób o 10 lat starszych. Wiąże się to z postępem w medycynie i dostępności do terapii, ale też prozdrowotnym stylem życia, który w Polsce nie zawsze jest realizowany⁷¹.

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, ich wydolność pogarsza się w tempie 0,3–0,5% rocznie. Jak obserwują geriatrzy – od około 60. roku życia obserwuje się odmienne tempo zmian u różnych osób, które lokalizują się w dwóch grupach: utrzymujące sprawność fizyczną i psychiczną przez długie lata, i te, u których występuje stałe pogarszanie się stanu zdrowia. Problemem nadal trudnym do zapobiegania są choroby neurodegeneracyjne (np. Alzheimera, Parkinsona) i związane z nimi otępienie⁷².

Poważnym zagrożeniem w historii – jak i w obecnych czasach – było i jest to, że wielu autokratycznych przywódców światowych było zaawansowanych wiekowo i ujawniało poważne zaburzenia charakteru, co było zadziwiająco podobne w różnych krajach i kulturach, a „[...] po objęciu władzy lider z antyspołecznym zaburzeniem osobowości żyje z ciągłego konfliktu i nigdy nie dąży do pokoju”, co ma negatywny wpływ na bezpieczeństwo zdrowotne, prawa człowieka i opiekę humanitarną⁷³.

Starzenie się populacji jest znanym i narastającym wyzwaniem dla świata. Przed nadejściem pandemii COVID-19 WHO akcentowało, że tempo starzenia się społeczeństw jest znacznie szybsze niż w przeszłości i w okresie 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

⁷⁰ J. Cieśla, *Seniorzy jak nastolatki, czyli kiedy zaczyna się starość*, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1713456,1,seniorzy-jak-nastolatki-czyli-kiedy-zaczyna-sie-starosc>. read [dostęp: 10.04.2020].

⁷¹ T.B. Kulik, M. Janiszewska, E. Piróg i in., *Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2011, 17, 2, s. 90–95.

⁷² M. Gawel, A. Potulska-Chromik, *Choroby neurodegeneracyjne: choroba Alzheimera i Parkinsona*, „Postępy Nauk Medycznych” 2015, XXVIII, 7, s. 468–476.

⁷³ F.M. Burkle, *Character Disorders among Autocratic World Leaders and the Impact on Health Security*, „Human Rights, and Humanitarian Care. Prehosp Disaster Med.” 2019, 15, s. 1–6.

społeczeństwa, a liczba osób w wieku powyżej 80. roku życia przekroczy 3,5 mln (tj. 10% polskiego społeczeństwa)⁷⁴. Z tego powodu wiek XXI będzie dużym wyzwaniem nie tylko dla każdego seniora czy jego rodziny, 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 społecznej⁷⁵.

Postrzeganie starości na przestrzeni wieków

W najstarszych znalezionych zapiskach, podkreślano mądrość, dostojność i szlachetność starców oraz zwiększający się wraz z ich wiekiem szacunek społeczeństwa. Uważano, że długowieczność jest wyrazem błogosławieństwa bogów. Brak starców w rodzinie był oznaką przekleństwa ciążyącego na jej członkach. Opiekowano się nimi, pytano o zdanie, otaczano niemal religijną czcią. Warto wspomnieć wiek przypisywany pierwszym i najważniejszym ludziom, np.: pierwszy człowiek Adam – ponoć 930 lat, Set – 912, Enosz – 905, Jered – 962, Matuzalem – 969, a znany powszechnie człowiek, który uratował świat po potopie, czyli Noe – 950 lat⁷⁶.

Granica liczby przeżytych lat, według której definiujemy starość, jest płynna i wzrasta. W czasach prehistorycznych ludzie żyli do 30 lat (neandertalczyk z Krapiny); w starożytności 35–40-letni człowiek nazywany był starcem. Od XVIII wieku, w miarę poprawy warunków życia, higieny (dzięki wynalazkom, takim jak np. kanalizacja), wraz z rozwojem medycyny, a przede wszystkim szczepionek, spadła śmiertelność dzieci, a granica wieku wyznaczająca starość znacznie się przesuwała. Istnienie dziadków miało wpływ na relacje społeczne, zwiększało też szansę przeżycia młodych, co wiązało się nie tylko z zapewnianiem im lepszej opieki w kontekście pracy matek, ale też pojawiła się możliwość przekazywania doświadczeń⁷⁷.

⁷⁴ GUS. Baza Demografia. Prognoza ludności na lata 2014–2050, <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Prognoza.aspx> [dostęp: 7.04.2020].

⁷⁵ WHO. Ageing and Health, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> [dostęp: 11.04.2020].

⁷⁶ P. Kocimska, *Starość wyzwaniem dla współczesności*, „Niebieska Linia” 2003, 2, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/130-jesie-ycia/1436-starosc-wyzwaniem-dla-wspolczesnosci-paulina-kocimska.html> [dostęp: 17.03.2020].

⁷⁷ R. Caspari, *Jak wydłużało się życie*, „Świat Nauki” 2011, 9(241), s. 26–31; *The World Factbook – Central Intelligence Agency*, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/us.html> [dostęp: 18.03.2020].

Współczesne postrzeżenie starości

W miarę upływu czasu następowała jednak zmiana myślenia i obecnie coraz powszechniej świat wielbi wyłącznie młodość. Pomimo starzenia się społeczeństw, co stało się symbolem XXI wieku, w Europie nie udaje się przełamać negatywnego postrzeżenia człowieka starego – niepotrzebnego, nienadążającego za coraz szybszym tempem życia. Większość ludzi na Zachodzie uważa starość za zło, kalectwo i czas smutny. Czasami nawet na śmierć patrzą jakby przychylniej niż na inwalidztwo czy niezaradność lub utratę pamięci ludzi starych. Właściwie jedynie nieliczni pamiętają o hołdzie składanym starcom przez starożytnych. Obserwuje się brak edukacji młodych, a niektórzy spodziewają się rozwoju gerontofobii, czyli wroiego uczucia do ludzi starych⁷⁸.

„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. Zapisał też niechlubną kartę, gdyż był propagatorem eugeniki⁷⁹ – uważał, że osobnicy kryminalni i szkodliwi dla społeczeństwa powinni być likwidowani; w tym celu proponował użycie komór gazowych⁸⁰.

Narastający problem starzejącego się społeczeństwa odzwierciedlają m.in. cierpkie słowa Christine Madeleine Lagarde (francuska polityk, w latach 2011–2019 dyrektor zarządzająca Międzynarodowego Funduszu Walutowego, od 2019 r. prezes Europejskiego Banku Centralnego): „Starzy ludzie żyją zbyt długo i istnieje ryzyko dla globalnej gospodarki, coś trzeba zrobić”⁸¹. Te sekretne słowa wywołały duże poruszenie⁸².

⁷⁸ P. Kocimska, *Starość wyzwaniem...*, op. cit.

⁷⁹ Eugenika, czyli jak wyhodować nadczołowieka, https://wyborcza.pl/piatekextra/1,129155,15041710,Eugenika_czyli_jak_wyhodowac_nadczołowieka.html [dostęp: 26.04.2020].

⁸⁰ Alexis Carrel (1873–1944), https://pl.wikipedia.org/wiki/Alexis_Carrel [dostęp: 18.03.2020].

⁸¹ Christine Lagarde: „Starzy ludzie żyją zbyt długo i istnieje ryzyko dla globalnej gospodarki, coś trzeba zrobić”, <https://forumemjot.wordpress.com/2019/10/02/christine-lagarde-starzy-ludzie-zyja-zbyt-dlugo-i-istnieje-ryzyko-dla-globalnej-gospodarki-cos-trzeba-zrobic/> [dostęp: 7.04.2020].

⁸² The ‘Christine Lagarde Memo’ – For Your Eyes Only, from ‘the Coalition’, <https://mronline.org/2018/10/09/the-christine-lagarde-memo/> [dostęp: 7.04.2020].

Życie seksualne po sześćdziesiątce – największa zmiana od dziesięcioleci

Od wielu lat omawiane są wieloaspektowe problemy ludzi starych, łącznie z seksualnymi, a także ich funkcjonowanie w społeczeństwie i różne postawy ludzi wobec problemu⁸³.

Potrzeba spotykania się i poszukiwania osoby bliskiej jest bodajże największą zmianą, jaka się dokonała w ostatnich dziesięcioleciach. W odróżnieniu od ludzi młodych, osoby starsze, mając więcej czasu, mniej stresów dnia codziennego, myślą o trwałych związkach, zapisują się do portali randkowych i biorą udział w programach telewizyjnych kojarzących w pary ludzi w tym wieku⁸⁴. Opisują też bez skrępowania swoje potrzeby, także seksualne. Jak wskazują liczne badania naukowe, seks ludzi starszych nie tylko z powodu ograniczeń fizycznych jest inny niż młodych – nie tak szalony, ale jest doznaniem dojrzałej tkliwości z silniejszym znaczeniem dotyku. Daje to im poczucie szczęścia, podnosi samopoczucie i własną wartość⁸⁵.

Starzenie się zmysłów. Geriatria/gerontologia i działania na rzecz osób starszych

Ekspert medyczny Fundacji Polsat – prof. Paweł Januszewicz⁸⁶ – stwierdza, powołując się na badania Amerykańskiego Towarzystwa Gerontologicznego, że wprawdzie u ludzi starszych pogarsza się wszystkich pięć zmysłów, to jednak w różnej kolejności. Najbardziej dostrzega się pogorszenie wzroku i słuchu, ale $\frac{3}{4}$ z 30 000 badanych w wieku 57–85 lat miało też zaburzenia smaku. W związku z tym mogą się zatruć nieświeżymi pokarmami, co bywa groźne dla życia. Ważne jest też to, że co druga osoba w wieku powyżej 57 lat ma zaburzony zmysł dotyku, co bywa przyczyną, choć niejedyną, niepewnego chodu, słabszej ruchliwości i braku elastyczności. Osoby z zaburzeniami czucia zwykle dość późno się orientują, że dotykają przedmiotów zbyt gorących i doznają dotkliwych oparzeń. U osób w wieku powyżej 65 lat dość często można zauważyć w rezonansie magnetycznym mózgu zmiany, które mogą świadczyć o gorszym przewodzeniu impulsów elektrycznych w neuronach, co nie zawsze jest dowodem choroby, a może być jedynie wynikiem starości.

⁸³ R.J. Kijak, Z. Szarota, *Starość – Między diagnozą a działaniem*, <http://gerontologia.org.pl/wp-content/uploads/pliki/ol/stardiagnoz.pdf> [dostęp: 18.03.2020].

⁸⁴ Fakty i mity o seksie seniorów, <https://zdrowie.pap.pl/intymnosc/fakty-i-mity-o-seksie-seniorow> [dostęp: 26.04.2020].

⁸⁵ M. Bunda, *Życie seksualne Polaków*, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1788642,1,zycie-seksualne-polakow.read> [dostęp: 26.04.2020].

⁸⁶ Z wiekiem tracimy zmysły, zwłaszcza smak i dotyk, <https://www.polsatnews.pl/wiadomosc/2016-04-27/z-wiekim-tracimy-zmysly-zwlaszcza-smak-i-dotyk/> [dostęp: 10.04.2020].

Jednak z badań zamieszczanych w „American Journal of Geriatric Society” wynika, że można pracować nad polepszeniem pracy zmysłów. Jedną z metod wpływających korzystnie jest aktywność fizyczna, a nawet podnoszenie ciężarków. Jeśli po 70. roku życia wznowimy aktywność fizyczną, nie tylko wzrasta masa mięśniowa, ale też poprawia się chód, czucie dotyku i nawet funkcja innych zmysłów. Ruch to dobre lekarstwo na przynajmniej część dolegliwości starzejącego się organizmu⁸⁷.

Ojciec medycyny – Hippokrates prawdopodobnie jako pierwszy rozpoczął rozważania na temat starzenia się. Uważał on, że jest to czas stopniowej i postępującej utraty ciepła. Tematem zajmowali się też Arystoteles i Galen. Za ważne dla rozwoju geriatry i gerontologii uznaje się średniowiecze i renesans. Znaczną rolę odegrały wówczas prace Avicenny, Rogera Bacona, Gabriela Zerbiego, Francoisa Ranchina czy też Francisa Bacona.

Jednak dopiero w XIX wieku jednoznacznie stwierdzono, że starość sama w sobie nie jest chorobą. Wpłynęły na ten pogląd prace francuskich lekarzy m.in. Charlesa Duranda-Fardela i Jeana Martina Charcota.

W XX wieku ta myśl przeniosła się do USA oraz Wielkiej Brytanii i do tej pory trwa spór, który z tych krajów jest kolebką współczesnej medycyny geriatrycznej⁸⁸.

W nauce funkcjonują dwa różne pojęcia: geriatry, która oznacza naukę o chorobach wieku podeszłego i gerontologia – interdyscyplinarna nauka 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, geriatry i gerontologia nabierają specjalnego znaczenia⁸⁹.

Już w 1991 r. Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych wydało rezolucję nr 46/91, w której zawarto „Zasady działania ONZ na rzecz osób starszych – Dodać życia do lat, które zostały dodane do życia” zalecając rządowi działania na rzecz seniorów. Ujęto w nich 18 zaleceń dotyczących praw ludzi starych, podporządkowanych pięciu następującym zasadom: niezależność, uczestnictwo, opieka, samorealizacja i godność⁹⁰.

⁸⁷ A. Kaluźniak-Szymanowska, *Historia geriatry i gerontologii od starożytności do współczesności*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2019, 25(4), s. 230–234.

⁸⁸ Ibidem.

⁸⁹ A.A. Zych, *Przekraczając „smugę cienia”. Szkice z gerontologii i tanatologii*, wyd. II, Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 2013; A.A. Zych (red.), *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, t. 1, Thesaurus Silesiae, Katowice 2017.

⁹⁰ Zasady działania ONZ na rzecz osób starszych – Dodać życia do lat, które zostały dodane do życia, http://www.tus.org.pl/uploads/dokumenty/zasady_dzialania_onz_na_rzecz_osob_starszych.pdf [dostęp: 7.04.2020].

W lutym 2014 r. powstał dokument Rady Europy poświęcony prawom osób starszych⁹¹. Prawami tymi, w kontekście kluczowych wartości, które muszą być respektowane w stosunku do seniorów, zajmuje się także międzynarodowa organizacja pozarządowa Age Platform Europe⁹². Ogłosiła ona w 2010 r. Europejską Kartę Praw i Obowiązków Osób Starszych Wymagających Długoterminowej Opieki i Pomocy⁹³.

Na trudną sytuację ludzi starych w Polsce wielokrotnie zwracał uwagę profesor Bolesław Samoliński – przewodniczący Koalicji na rzecz Zdrowego Starzenia⁹⁴. W naszym kraju przy rzeczniku praw obywatelskich działa Komisja Ekspertów ds. Osób Starszych⁹⁵, która rozpoczęła dyskusję nad modelem wsparcia społecznego dla kolejnych pokoleń, w efekcie wydając monografię pt. *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania – przegląd sytuacji, propozycja modelu*⁹⁶. Adresowana jest do pojedynczych osób, działaczy społecznych, naukowców, instytucji lokalnych i centralnych. Wsparcie społeczne dotyczy między innymi dostępu osoby starszej do osób, do których ma zaufanie i mogą jej pomóc. Ten rodzaj wsparcia jest oparty na więzi emocjonalnej i intelektualnej. Socjologowie analizują też możliwości sieci czy grup społecznych, nie tylko rodzinnych. Istnieją różnego rodzaju instytucje, czasem działające też w strukturach nieformalnych. Instytucje społecznego wsparcia, tzw. stacjonarne, to te, w których seniorzy mieszkają, ale istnieją też placówki dziennego czy kilkugodzinnego pobytu, w których oferowane są różne usługi. Formy i zakres rodzaju wsparcia zależy od poziomu sprawności osoby starszej.

⁹¹ 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].

⁹² Age Platform Europe. The voice of older persons at EU level, <https://www.age-platform.eu/age-governance> [dostęp: 7.04.2020].

⁹³ 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-platformCharter_na_WWW.pdf [dostęp: 7.04.2020].

⁹⁴ 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].

⁹⁵ 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].

⁹⁶ B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski (red.), *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji. Propozycja modelu*, <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Synteza%20-%20Systemu%20wsparcia%20osob%20starszych.pdf> [dostęp: 7.04.2020].

Odrębnym problemem jest organizowanie czasu i rozwijanie zainteresowań oraz podtrzymywanie zdrowia osób starszych przez wspianiale działające w Polsce uniwersytety trzeciego wieku.

Wychowanie do starości

W Polsce problemem wychowania do starości zajmowano się już w XVI i XVII wieku. Pisali o tym Szymon Marycjusz z Pilzna (1516–1574) w dziele *O szkołach, czyli akademiach ksiąg dwoje* (Kraków, 1551 r.) i Jan Amos Komeński (1592–1670) w dziele *Pampaedia* (1656 r.). Komeński proponował, by utworzyć osiem instytucji wychowawczych zgodnych z fazami życia człowieka, w tym „szkołę starości” (*schola senii*) i „szkołę śmierci” (*schola mortis*)⁹⁷.

Współcześnie tematem zajmował się Aleksander Kamiński, który podkreślał związki między pedagogiką społeczną a gerontologią, uważając, że w każdym wieku można być przydatnym w społeczeństwie, pod warunkiem twórczego traktowania młodości i starości. Uważał on, że traktowanie ludzi starych przez młodych zależy od seniorów – od ich dbałości o wygląd, odpowiedniego zachowania. Propagował wspomniane już hasło, które warto przypominać ludziom w każdym wieku, nawet młodym, podane przez Alexisa Carrela „dodajmy życia do lat, a nie lat do życia!”⁹⁸

Zauważa się, że obecny system edukacji – bardzo rozbudowany o szczegóły wszystkich nauk – nie uwzględnia w odpowiednim stopniu nauczania młodych, jak należy traktować ludzi starych i jak można korzystać z ich mądrości. Wielu badaczy problemu postuluje, by poszerzać tę wiedzę, zarówno w szkołach, ale i w społeczeństwie promując w mass mediach nie tylko piękny wygląd, reklamując „cudowne” odmładzające kremy czy pokazując w Internecie tańczących lub ćwiczących na drążkach staruszków, a także nauczając, że warto jest zauważać na ulicy ludzi starych i z nimi rozmawiać. Rozmawiać tak, aby odnieść także własną korzyść nie widząc ich zniedołężnienia czy nawet niewielkich zaników pamięci, sieci zmarszczek, w których jarzą się oczy. Właśnie

⁹⁷ J.A. Komeński, *Pampaedia*, przeł. K. Remerowa, wstęp i komentarz B. Suchodolski, Zakład Narodowy imienia Ossolińskich, Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk, Wrocław – Warszawa – Kraków – Gdańsk 1973.

⁹⁸ Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa – Zarys problematyki*, Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2004, <http://rep.up.krakow.pl/xmlui/bitstream/handle/11716/574/PM396--Gerontologia-spoeczna-i-oswiatowa--Szarota.pdf?sequence=4&isAllowed=y> [dostęp: 7.04.2020].

– zaglądać ludziom starym w oczy i dostrzegać na ich dnie mądrość pokoleń, a także dawać im uśmiech, dobroczynny dotyk, a nie tylko zapewnienie odpowiednich warunków bytowych. Po prostu z ludźmi starymi trzeba się spotykać, czasem zatrzymać się na ulicy i wymienić kilka słów, by poczuli, że są potrzebni, że ktoś się nimi interesuje. Szacunek i zainteresowanie drugim człowiekiem będącym w odmienniej sytuacji biologicznej czy społecznej zależy w znacznej mierze od cech własnych młodych ludzi, ale uczyć się tego w domach, powinna uczyć też szkoła i przekaz w mediach.

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 pozbawione⁹⁹. Takie połączone domy powstały w Kanadzie, Wielkiej Brytanii i Australii, także w Polsce w Łodzi działa podobny wspólny klub. Twórcy pomysłu nawet się nie spodziewali tak korzystnych efektów¹⁰⁰.

Długość życia i przyczyny zgonów przed pandemią COVID-19

Oczekiwana długość życia ludności świata wynosi aktualnie: ogółem – 73,2 lat, kobiety – 75,6 lat, mężczyźni – 70,8 lat.

Jednak zróżnicowanie pomiędzy poszczególnymi państwami jest bardzo duże – najdłuższa oczekiwana długość życia jest w Hong Kongu (ogółem – 85,29 lat, kobiety – 88,17 lat, mężczyźni – 82,38 lat) a najkrótsza w Republice Środkowoafrykańskiej (ogółem – 54,36 lat, kobiety – 56,58 lat, mężczyźni – 52,16 lat); w Polsce (która jest na 44. pozycji): ogółem – 79,27 lat, kobiety – 82,98 lat, mężczyźni – 77,51 lat¹⁰¹.

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 lat u mężczyzn, a 6,5 lat u kobiet, jednak w 2014 r. (a nawet wcześniej) zaobserwo-

⁹⁹ 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].

¹⁰⁰ B. Bugajska, *Dziewiąta faza cyklu życia – propozycja rozszerzenia teorii psychospołecznego rozwoju E.H. Eriksona*, „EXLIBIRIS Biblioteka Gerontologii Społecznej” 2015, 1(9), s. 19–36.

¹⁰¹ Life Expectancy of the World Population, <https://www.worldometers.info/demographics/life-expectancy/> [dostęp: 15.03.2020].

wano **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 w odniesieniu do obu płci nieco maleje. W 2018 r. kobiety w Polsce żyły 7,9 lat dłużej. Zjawisko nadumieralności mężczyzn obserwowane jest we wszystkich grupach wiekowych. 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 lat, a dla mężczyzn 60,6 lat.

Na długowieczność – długość życia wyższą od oczekiwanej – wpływ mają różne czynniki. Głównie są to uwarunkowania genetyczne (odpowiadają w 20–30% za długowieczność), styl życia, a także klimat danego kraju. Przypadkami skrajnej długowieczności są tzw. superstulatkowie, czyli osoby, które przekroczyły 110 lat.

Obserwuje się bardzo dużą dynamikę przyczyn zgonów, co wyraźnie widać przy porównaniu 10 głównych przyczyn zgonów na świecie (wg WHO), jakie miały miejsce w 2000 r., z tymi, które zaistniały w 2016 r. Narasta odsetek zgonów z powodu chorób układu krążenia (głównie choroba niedokrwienna serca i udary mózgu), a maleje odsetek zgonów z powodu chorób zakaźnych.

Ponadto obserwuje się bardzo dużą różnicę pomiędzy przyczynami zgonów w krajach o niskich dochodach (wyraźnie częściej choroby zakaźne) a krajami o wysokich dochodach (wyraźnie częściej choroby układu krążenia, głównie choroba niedokrwienna serca i udary mózgu).

W Polsce niekorzystnym zjawiskiem jest wzrastająca z roku na rok liczba zachorowań i zgonów w wyniku chorób nowotworowych; na początku lat 90. XX w. nowotwory złośliwe były przyczyną niespełna 20% wszystkich zgonów, a w 2017 r. już blisko 25%. Natomiast 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, oraz urazy i zatrucia odpowiedzialne za 5–6% zgonów.

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.

Według danych WHO z 2016 r. wskaźnik samobójstw na 100 tys. ludności ze standaryzacją wieku, wśród 183 państw przedstawiał się następująco: 1. miejsce Guyana – 30,2; 2. miejsce Lesotho – 28,9; 3. miejsce Rosja – 26,5; 4. miejsce Litwa – 35,7; 37. miejsce Polska – 13,4.

Mieszkańcy Europy odbierają sobie życie częściej niż mieszkańcy innych kontynentów¹⁰². 15 na 100 tys. mieszkańców Europy umiera w wyniku samobójstwa, podczas gdy średnia światowa wynosi 11 na 100 tys. Najwięcej samobójstw popełniają Litwini, Łotysze, Słowacy. Na Malcie, Cyprze, we Włoszech i w Hiszpanii liczba samobójstw jest bardzo niska. Natomiast w Grecji jest najmniej samobójców w całej UE – 4 osoby na 100 tys. mieszkańców. W Polsce ten współczynnik jest stosunkowo wysoki – 13 osób na 100 tys. mieszkańców; samobójstwa w Polsce są częstsze niż średnio w UE¹⁰³.

Polskie Towarzystwo Suicydologiczne podaje, że w Polsce codziennie odbiera sobie życie 15 osób; 12 z nich to mężczyźni¹⁰⁴.

¹⁰² B. Erling, *BIQdata. Samobójstwa w Europie. Dlaczego odbieramy sobie życie?*, 2019, <https://biqdata.wyborcza.pl/biqdata/7,159116,25238980,europa-na-krawedzi-dlaczego-odbieramy-sobie-zycie.html> [dostęp: 4.04.2020].

¹⁰³ EUROSTAT: Samobójstwa w Polsce częstsze niż średnia w UE, <https://www.politykaszrowotna.com/34386,euostat-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/artykul/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-gloownie-mezczyzni.html> z 29.10.2019 [dostęp: 6.06.2020].

¹⁰⁴ WHO. List of countries by suicide rate, https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_suicide_rate [dostęp: 4.04.2020]; K. Stańko, *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].

Tabela 1. Dane dotyczące samobójstw

Polska	1999 r.	2002 r.	2017 r.	2018 r.	2019 r.
Liczba mieszkańców	38,04 mln	38,24 mln	37,97 mln	37,98 mln	37,97 mln
Liczba samobójstw	4695	5100	5276	5182	5255

Źródło: opracowanie własne na podstawie: <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze> [dostęp: 14.05.2021].

Ze statystyk KGP wynika, że najczęściej próby samobójcze podejmują osoby w wieku 30–34 lata. Tak było również w 2019 roku. Na ten krok zdecydowały się w sumie 1363 osoby z tej grupy wiekowej. Zgonem zakończyły się 474 z nich.

O 20 proc. rok do roku wzrosła liczba osób w wieku 85+, które popełniły samobójstwo. W całej grupie osób 65+ odsetek ten wzrósł o 10 proc. Podobnie sytuacja wygląda wśród najmłodszych. Tu odsetek prób samobójczych wzrósł również o 10 proc.

Nie jest to najwyższy wskaźnik. Najwięcej zgonów policja odnotowała w grupie wiekowej 60–64 lata. W zeszłym roku życie odebrało sobie 533 z nich. To właśnie w tej grupie wiekowej można zaobserwować najszybszy odsetek zgonów po zamachu samobójczym. W 2019 roku zginęło w ten sposób 1110 seniorów, czyli osób w wieku 65+. Rok wcześniej było ich 1010¹⁰⁵.

W czasie trwania pandemii COVID-19, w końcu 2020 r. zauważono pewne zjawisko paradoksalne na pozór, otóż:

4742 – według policyjnych danych tyle osób od stycznia do listopada targnęło się na życie. W tym samym okresie w 2019 roku samobójstw było więcej, bo 4840. Mimo pandemii Covid-19, na którą w Polsce zachorowało już ponad milion osób, z czego 24 tys. zmarło, liczba samobójstw, zamiast rosnąć, spada. [...]

Jednak w czerwcu na łamach „Psychology Today” dr Romeo Vitelli pisał, że „konsekwencje pandemii możemy odczuwać w długoterminowej perspektywie, szczególnie, jeśli chodzi o zwiększone ryzyko samobójstw”. Podobnie wynikało z artykułu, który w kwietniu w czasopiśmie „Journal of the American Medical Association” opublikowali eksperci z USA. Przed falą samobójstw ostrzegało też Niemieckie Towarzystwo Psychiatrii¹⁰⁶.

Jednocześnie zauważa się, że:

¹⁰⁵ <https://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/1457138,samobojstwa-dzieci-i-seniorzy.html> [dostęp: 2.03.2021].

¹⁰⁶ <https://www.rp.pl/Spoleczenstwo/312169878-Mimo-pandemii-koronawirusa-liczba-samobojstw-w-Polsce-spada.html> [dostęp: 2.03.2021].

O 40% zwiększyła się liczba prób samobójczych podejmowanych w Polsce między 2013 a 2020 rokiem. 12 013 osób podjęło próby samobójcze w 2020 r., podczas gdy w 2013 r. – 8 575 osób.

Liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem zmniejszyła się o 15% między 2013 a 2020 rokiem. 5 165 osób odebrało sobie życie w wyniku samobójstwa w 2020 r., podczas gdy w 2013 r. – 6 101 osób¹⁰⁷.

Informacje zbierane przez polską Policję są niepełne. Próby samobójcze zgłaszane są sporadycznie, a dokonane samobójstwa także ogólnie nie są rejestrowane. Dlatego, jak podaje OKO.press:

10 kwietnia 2020 zespół ds. prewencji samobójstw i depresji podpisał uchwałę „w sprawie konieczności podjęcia prac nad utworzeniem Krajowej Bazy Danych na rzecz Monitorowania i Profilaktyki Zachowań Samobójczych”. Media nazwały tę „Bazę” „Rejestrem samobójców”. Pojawiły się liczne głosy krytyczne...¹⁰⁸

Osoby starsze są pewne swojej decyzji; bywa, że przygotowują się długo. Dlatego większość prób samobójczych w ich wypadku kończy się zgonem. Poradnie Zdrowia Psychicznego obserwują wzrost liczby ludzi starszych zgłaszających się z powodu zaburzeń psychicznych (bez uzależnień). W 2018 r. osoby w wieku 65+ stanowiły 16,3% ogółu leczonych. Były to przypadki z zaburzeniami organicznymi, nerwicowymi, dolegliwościami somatycznymi i schizofrenią. Według psychiatrów jest to związane ze starzeniem się społeczeństwa, ale zauważają, że bezpośrednia decyzja samobójstwa jest spowodowana samotnością.

W Informacji o sytuacji osób starszych czytamy, że rząd zauważa rosnący odsetek seniorów z problemami psychicznymi. Odpowiedzią ma być realizacja Programu Zapobiegania Depresji w Polsce na lata 2016–2020. Jak czytamy, w jego ramach, „prowadzona jest kampania informacyjno-edukacyjna dot. depresji „Depresja. Rozumiesz – Pomagasz”, której celem jest zwiększenie świadomości społecznej w zakresie występowania depresji oraz przekazanie rzetelnej wiedzy dotyczącej jej objawów, profilaktyki, diagnozowania, leczenia i możliwych form wsparcia. [...] Na stronie internetowej kampanii www.wyleczdepresje.pl zostały udostępnione w formie elektronicznej wszystkie opracowane materiały, w tym broszury, filmy oraz rekomendacje postępowania w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia¹⁰⁹.

Profesor Brunon Hołyst z Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego stwierdza, że przyczyną częstszych samobójstw mężczyzn w Polsce jest ich wewnętrzne, za-

¹⁰⁷ <https://ciekaweliczby.pl/tag/samobojstwa/> [dostęp: 2.03.2021].

¹⁰⁸ <https://oko.press/ponad-5-tys-samobojstw-rocznie-zeby-zapobiegac-trzeba-wiedziec/> [dostęp: 2.03.2021].

¹⁰⁹ Ibidem.

korzenione w odwiecznej tradycji myślenie, że są „głową rodziny”, że to oni muszą zarobić na utrzymanie jej członków, co wobec znanych problemów z pracą, ale też większych oczekiwań dotyczących stylu życia, np. posiadanie odpowiedniej ilości i jakości sprzętu elektronicznego, samochodów, czy wymogów żywieniowych i dbałości o wygląd etc., nie jest obecnie łatwe. Mężczyźni też mniej dbają o swoje zdrowie nie tylko fizyczne, ale też psychiczne. Ponadto w Polsce jeszcze utrzymuje się przekonanie, raczej będące już w zaniku w innych krajach rozwiniętych, według którego mężczyzna musi być twardym macho wierzącym, że „jakoś to się ułoży”. Ponadto samobójstwa, jak i choroby psychiczne, nadal należą do tematów tabu – ludzie nie szukają profesjonalnej pomocy. Polskie kobiety, mające tak wiele obowiązków domowych i często zawodowych, które muszą godzić, są z natury bardziej empatyczne, skłonne do rozmów o swoich problemach i są silne – co widać w statystykach.

Obserwuje się też fakt, że mass media raczej unikają podawania informacji na temat samobójstw, chociaż codziennie jest ich więcej niż ofiar wypadków drogowych. Ogranicza to znacznie świadomość społeczeństwa i możliwości pomocy zagrożonym.

Natomiast w społeczeństwie panuje przekonanie, że jeśli ktoś mówi o swoich myślach samobójczych, to chce „tylko zwrócić na siebie uwagę”. Jednak dane statystyczne podają, że aż 80% osób, które mówiły o planowanym samobójstwie, w rzeczywistości dokonują jego próby. Trzeba też wiedzieć, że nie jest prawdą, iż osoby, które przeszły nieudaną próbę samobójczą, jej nie powtórzą. To nadal panujący w Polsce mit. Jak mówią psychoterapeuci, w polskich domach w procesie wychowywania i nauczania jest za mało empatii, a w szkołach nie ma czasu (lub chęci), by organizować zajęcia pomagające dzieciom rozpoznawać, nazywać i mówić o swoich problemach. Wspomniany prof. Brunon Hołyst podaje, że wprawdzie w Ministerstwie Zdrowia funkcjonuje robocza grupa, która zajmuje się tematem samobójstw, ale nadal nie ma narodowego programu umożliwiającego wczesne rozpoznanie problemu, leczenie i opiekę nad osobami szczególnie zagrożonymi (m.in. doświadczające dyskryminacji, uzależnione, z zaburzeniami psychicznymi, o innej orientacji seksualnej, ale też imigranci i więźniowie). Profesor uważa, że istnieje pilna potrzeba, by Polska dołączyła do ponad 30 krajów na świecie, które już wprowadziły rządowy program przeciwdziałania samobójstwom.

Znamienne słowa wypowiedział prof. Jerzy Vetulani, który stwierdził: „Gdybyś się powiesił, z pewnością ominęłoby cię mnóstwo kłopotów, ale życie niesie ze sobą tyle fantastycznych rzeczy, że jednak warto się go trzymać”¹¹⁰.

¹¹⁰ Jerzy Vetulani, *Bądź przekorny, nie obrażaj*, https://wyborcza.pl/duzyformat/1,127290,17388212,Jerzy_Vetulani_Badz_przekorny_nie_obrazaj.html [dostęp: 11.02.2015]. Jerzy Adam Gracjan Vetulani (1936–2017) – polski psychofarmakolog, neurobiolog, biochemik, profesor nauk przyrodni-

Raport z 2017 r. o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce.
Samobójstwa nieletnich

Polska znajduje się na drugim miejscu w Europie pod względem samobójstw dzieci i młodzieży. Problem analizuje i konkretną pomocą zajmuje się m.in. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. W 2017 r. na podstawie danych Eurostatu i Komendy Głównej Policji opracowano raport pt. „Dzieci się liczą 2017”¹¹¹ o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce, podając zestawienie porównawcze z innymi krajami Europy. Oceniono w nim sytuacje stresogenne dzieci i młodzieży w Polsce, podano też liczbę samobójstw na tle krajów Europy. Jak wynika z raportu:

- rośnie liczba dzieci hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych;
- według wskaźników samobójstw dokonanych (zakończonych zgonem) wśród dzieci i młodzieży w wieku 10–19 lat Polska jest na drugim miejscu w Europie, po Niemczech;
- co piąte dziecko doświadczyło przemocy fizycznej ze strony znajomej osoby dorosłej; choć, co pozytywne, w ostatnich latach stale rośnie odsetek rodziców, którzy nigdy nie uderzyli dziecka;
- tylko niespełna połowa 3-latków mieszkających na wsi jest objętych edukacją przedszkolną;
- rośnie liczba interwencji sądów w odniesieniu do pełnienia władzy rodzicielskiej przez rodziców; w 2015 r. było ich ponad 214 tysięcy (dotyczyły około 3% populacji dzieci);
- 12% dzieci doświadczyło jakiejś formy wykorzystywania seksualnego; tylko połowa rodziców rozmawiała ze swoimi dziećmi o takim zagrożeniu;
- 11% nastolatków przysyłało intymne zdjęcia za pośrednictwem Internetu lub telefonu komórkowego;
- powtarzalnej, długotrwałej cyberprzemocy doświadcza 5% dziewcząt i 4% chłopców¹¹².

czyk – człowiek o ogromnej wiedzy, nieprawdopodobnej aktywności i poczuciu humoru. Występował na wielu scenach, także kabaretowych. Popularyzator nauki, felietonista, aktywny w mediach społecznościowych (Facebook, Twitter), posiadał własny kanał na YouTube prowadził niezmiernie interesujący blog „Piękno neurobiologii” na platformie WordPress. Magazyn „Wysokie Obsasy Extra” w 2016 r. sklasyfikował Vetulaniego na pierwszym miejscu w rankingu „najlepszych mówców ery internetu”, przed m.in. Jerzym Owsiakiem (drugie miejsce), Janem Miodkiem (szóste miejsce). Zmarł po potrąceniu przez samochód. Według słów jego żony Marii Vetulani „prawie zawsze wracał pieszo tą trasą z pracy do domu, bo ruch na powietrzu był dla niego ważny, aby zachować równowagę między wysiłkiem umysłowym i fizycznym”, https://pl.wikipedia.org/wiki/Jerzy_Vetulani [dostęp: 17.10.2020].

¹¹¹ Patronat nad raportem „Dzieci się liczą 2017” objął rzecznik praw dziecka, Marek Michalak.

¹¹² 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].

Zgodnie z raportem Eurostatu i polskiej Komendy Głównej Policji, w 2014 r. w Europie zanotowano 224 samobójstwa osób poniżej 19 lat (statystyka nie obejmuje osób odratowanych). Pierwsze miejsce pod względem ich liczby zajmują Niemcy, kolejne Polska (209), Francja (171), Wielka Brytania (134), Włochy (87) oraz Hiszpania (69). Na ostatnich miejscach znajdują się: Norwegia (10), Serbia (8) oraz Słowenia (6).

Istotnym problemem jest obserwowany w ostatnich latach wzrost liczby prób samobójczych polskich dzieci w wieku 7–12 lat o niemal 100% (z 26 do 46), a także w wieku 13–18 lat; liczba ta w 2018 r. wyniosła 746, a w 2019 r. – 905.

Liczba samobójstw dokonanych nie jest już tak znaczna – w 2018 r. było to 5 dzieci i 92 nastolatków, w 2019 r. 4 dzieci i 94 osoby nastoletnie. Liczba prób samobójczych może być znacznie wyższa, gdyż nie wszystkie są zgłaszane policji, a wiadomo, że w 40% osób próbujących popełnić samobójstwo w ciągu roku próbę ponawia.

Według psychiatrów częstość prób samobójczych osób nastoletnich jest 100-krotnie wyższa niż samobójstw dokonanych. Jednym z objawów zespołu zwanego zamierzone samouszkodzenie (inne nazwy – autoagresja, autodestrukcja) bywają próby samobójcze, które jednak dość często, wbrew intencjom, prowadzą do utraty życia.

Zdaniem profesjonalistów u ok. 90% nastolatków dokonujących prób samobójczych są notowane różne zaburzenia psychiczne – głównie depresja z objawami smutku, dysforii, niskiej samooceny, wycofania, spadku wyników w nauce. Często są to reakcje na trudne sytuacje rodzinne (zaniedbywanie, przemoc fizyczna i seksualna, a w grupach rówieśniczych zastraszanie, poniżanie (także przez Internet). Znacznym problemem mogą być kryzysy tożsamości płci, co bywa powodem problemów w rodzinie, szkole, prowadzi do zachowań ryzykownych, używania alkoholu czy substancji psychoaktywnych.

Podaje się też, że od czterech lat pracuje grupa ds. rejestracji zachowań samobójczych w zespole roboczym ds. prewencji samobójstw i depresji przy Ministerstwie Zdrowia¹¹³.

Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę (dawniej Fundacja Dzieci Niczyje) już od dziewięciu lat prowadzi Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży 116 111. Pod 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 zgłaszające się dzieci pozornie sprawiają wrażenie zadowolonych z życia, twierdzą, że dzwonią, by sobie porozmawiać.

¹¹³ <https://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/1457138,samobojstwa-dzieci-i-seniorzy.html> [dostęp: 14.05.2021].

Dopiero doświadczony psycholog w miarę rozmowy orientuje się, że dzieci te 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 je zrozumie. Pracownicy Fundacji zauważają niewystarczającą opiekę psychologiczną w polskich szkołach, problem z dotarciem – szczególnie w przypadku mieszkańców mniejszych miast – do psychologa czy psychiatry. Dzieci te są też niejako ofiarami jeszcze utrwalonego w polskim społeczeństwie przekonania, że korzystanie z takiej pomocy jest objawem słabości lub porażki życiowej.

W 2017 r. Najwyższa Izba Kontroli 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, przetrwanie i przeanalizowanie własnych przeżyć [...] Źródła 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 – są kilkanaście razy częściej podejmują próby samobójcze lub dokonują samookaleczeń¹¹⁴.

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 rodziców zaniepokojonych o bezpieczeństwo dzieci uruchomiono telefon 800 100 100 przeznaczony do kontaktu w takich sprawach. Organizowane są też warsztaty dla młodych rodziców, choć za mało jest warsztatów dla rodziców nastolatków¹¹⁵.

Zadaniem wszystkich lekarzy, pracowników służby zdrowia i społeczników jest zauważenie problemu zagubienia dzieci i młodzieży we współczesnym świecie, samotności bezbrzeżnej i niejednokrotnie dramatu pożegnania z życiem. A może wielu z Czytelników włączy się do działania mającego na celu poprawę sytuacji polskich dzieci i młodzieży, by nikt z młodych tak nie pisał o swoim stanie ducha jak ta 14-letnia dziewczyna, hospitalizowana z powodu depresji.

¹¹⁴ Dzieci się liczą 2017 – Raport o zagrożeniach..., op. cit.

¹¹⁵ B. Grygiel, *Samobójstwa nieletnich: Polska na drugim miejscu w Europie*, <https://www.focus.pl/artykul/samobojstwa-nieletnich-polska-na-drugim-miejscu-w-europie> [dostęp: 10.07.2020].

*„Stoję nad przepaścią mojego życia. Jest cicho, glucho, samotnie. Nikogo tu ze mną nie ma. Nikt nie usiłuje mnie zatrzymać. Nikogo nie obchodzę, nikt się mną nie interesuje. Teraz mam 14 lat. I jestem naprawdę martwa”**

* K. Kuberska-Przekwas, *Samobójstwa dzieci i młodzieży jako choroba społeczna*, <https://fdds.pl/corobimy/dzieci-sie-licza-2017/> [dostęp: 10.07.2020]; <https://docplayer.pl/5346785-Samobojstwa-dzieci-i-mlodziezy-jako-choroba-spooleczna.html> [dostęp: 10.07.2020].

*Janusz Korczak (1878–1942) – Stary Doktor, bo tak nazywały go dzieci, który poświęcił całe swoje życie pracy wśród sierot, szedł z nimi, trzymając je za ręce, ulicami Warszawy i opowiadając o zielonych ogrodach. Ich wspólna droga wiodła do Trebłinki, aż do komory gazowej... Pamięć jego pięknych słów o dziecku, jego prawach, wychowywaniu przez dawanie swobody, ale też partnerstwie, może będzie towarzyszyła wielu z młodych Czytelników tej książki. A więc rozmawiajmy (nie mówmy „kazań”, używając sloganów, nie dyktujmy, pamiętając, że młodzi mają prawo uczyć się na błędach) już od dziś z dziećmi, bo one tak myślą, jak rozumiał Korczak: „My jesteśmy rzeczoznawcy naszego życia i naszych spraw. My tylko milczymy dlatego, że nie wiemy, co wolno mówić, co nie”**

* J. Korczak, *Miłość, Pisma wybrane*, t. III, Nasza Księgarnia, Warszawa 1978, s. 386.

Profilaktyka samobójstw, Światowy Dzień Zapobiegania Samobójstwom

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 jej, gdyż zwykle znajduje się ona pod wpływem znacznego stresu¹¹⁶.

Poniżej podano dwa przykłady funkcjonowania form pomocy:

■ Przykład 1

#NOTJUSTAMOOD podaje, że można opisać swoją historię i przesłać pod adresem notjustamood@noizz.pl lub w mediach społecznościowych pod hasztagiem #notjustamood. Możliwa jest także rozmowa z psychologiem, specjalistą całodobowego Centrum Wsparcia: 800 70 2222, którego numer jest bezpłatny. Dla nieletnich jest również bezpłatny i anonimowy numer: 116 111.

¹¹⁶ 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/nrdf05r> [dostęp: 4.04.2020].

■ Przykład 2

Od 1991 r. działa The Empowering Children Foundation (Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę; dawniej Fundacja Dzieci Niczyje) i prowadzi Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży 116 111. Podczas gdy wcześniej dzwoniły dzieci mające problemy z rówieśnikami czy w domu, od kilku lat jednak stale wzrasta liczba telefonów dotyczących depresji lub myśli samobójczych. Dzieci te pozornie funkcjonują prawidłowo, ale przez telefon uzewnętrzniają swoje problemy.

Celem Światowego Dnia Zapobiegania Samobójstwom (World Suicide Prevention Day) organizowanego przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Zapobiegania Samobójstwom (International Association for Suicide Prevention) i WHO jest promowanie światowego zaangażowania i działań zapobiegających samobójstwom¹¹⁷.

Sytuacja w Polsce – raport z 2019 r. Stan zdrowia,
systemy ochrony zdrowia, alarmująco niska liczba lekarzy i pielęgniarek

Stan zdrowia Polaków

Poniżej przedstawiamy 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 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 w 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.

Całkowite spożycie alkoholu w Polsce wzrosło w ostatnich latach i jest wyższe niż w UE. Odsetek osób otyłych, w tym dzieci, wzrósł tutaj w ciągu ostatnich dziesięciu lat o 1/3. 17% osób dorosłych cierpi na otyłość (średnia w UE: 15%).

¹¹⁷ World Suicide Prevention Day #WSPD, <https://www.iasp.info/wspd2019/> [dostęp: 4.04.2020].

4. Główną przyczyną zgonów są choroby układu krążenia, liczba zgonów z powodu chorób nowotworowych rośnie (2016).
5. Wskaźnik szczepień dzieci jest nadal w Polsce bardzo wysoki, jednak w ostatnich latach spadł (niechęć do szczepień).
6. Polacy po ukończeniu 65. roku życia cierpią na choroby przewlekłe i niepełnosprawność. Prawie połowa starszych Polaków podaje występowanie objawów depresji.

Tabela 2. Wpływy poszczególnych czynników ryzyka zachowań Polaków i w Unii Europejskiej (w %)

Czynnik ryzyka	Polska	UE
nieodpowiednia dieta	24	18
tytoń	21	17
alkohol	7	6
niska aktywność fizyczna	4	3

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportu o stanie zdrowia Polaków.

Ocena systemów ochrony zdrowia

Wydatki z budżetu na opiekę zdrowotną są stosunkowo niskie (Polska przeznaczona na ochronę zdrowia średnio 6,5% PKB, podczas gdy w UE to 9,8%). W raporcie zauważa się nierównomierne przydzielanie funduszy i wybieranie nieoptymalnych rozwiązań:

- 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. wzrósł odsetek ludności Polski zgłaszającej niezaspokojone potrzeby w zakresie badań medycznych ze względu na koszty, odległość albo czas oczekiwania, który wynosił 3,3 miesiące, 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 na zdrowie:

- większość wydatków w ramach świadczeń zdrowotnych nierefundowanych w Polsce (pokrywane z kieszeni obywatela) to produkty farmaceutyczne;
- wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych stanowią blisko 23% wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną;
- ograniczone możliwości finansowe pacjentów utrudniają równy dostęp do opieki zdrowotnej.

Niedobory pracowników medycznych w placówkach publicznych, szczególnie lekarzy i pielęgniarek, są jednymi z najdotkliwszych w Europie:

- Polska stoi w obliczu poważnego niedoboru pracowników medycznych; liczba praktykujących lekarzy i pielęgniarek należy do najniższych w UE;
- niedobory lekarzy pierwszego kontaktu stanowią poważne wyzwanie dla skutecznego świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej¹¹⁸.

W Polsce **wskaźnik liczby pielęgniarek** przypadających na tysiąc 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 lat¹¹⁹.

Liczba lekarzy w Polsce na tle innych krajów Europy:

- w Polsce na tysiąc mieszkańców przypada średnio 2,4 lekarza; jest to najgorszy wynik w całej Unii Europejskiej i jeden z gorszych spośród wszystkich krajów europejskich; potwierdza to raport przygotowany przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, „Health at a Glance 2019”, z którego wynika także, że liczba lekarzy w Polsce nie zwiększa się od prawie 20 lat¹²⁰; zapewne jest to związane z dużą emigracją z Polski lekarzy i innych fachowych pracowników służby zdrowia, głównie pielęgniarek; przez 20 lat z Polski wyjechało ponad

¹¹⁸ 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].

¹¹⁹ W Polsce brakuje pielęgniarek i położnych, <https://www.bankier.pl/wiadomosc/W-Polsce-brakuje-pielegniarek-i-polozonych-7832658.html> [dostęp: 18.07.2020].

¹²⁰ „Puls Medycyny”, <https://pulsmedycyny.pl/polska-ma-najmniej-lekarzy-w-calej-unii-europejskiej-977230> [dostęp: 14.05.2021].

20 tys. lekarzy¹²¹; poza tym Polska wydaje na opiekę zdrowotną stosunkowo mniej niż inne państwa UE¹²², co powoduje coraz trudniejsze warunki pracy lekarzy i pozostałego personelu służby zdrowia głównie z powodu przeciążenia pracą¹²³;

- najlepsza sytuacja w UE pod względem liczby lekarzy przypadającej na 1000 mieszkańców jest w Grecji (6,1 lekarza) – prawie trzy razy więcej niż w Polsce; na drugim miejscu jest Austria (5,2); daleko nam również do naszych sąsiadów – Litwy (4,5), która zajmuje trzecie miejsce w zestawieniu, a także Niemiec (4,2) czy Czech (4,1);
- wynik Polski jest nie tylko najgorszym w Unii Europejskiej, lecz także jednym z najgorszych w całej Europie; spośród wszystkich badanych krajów Starego Kontynentu mniej lekarzy na tysiąc mieszkańców ma tylko Turcja (1,8);
- więcej lekarzy niż w Polsce na tysiąc mieszkańców jest nawet w Rosji (4,0); mniej lekarzy niż Polska ma tylko 8 spośród 44 państw objętych analizą – Korea (2,3), Kolumbia (2,1), Chiny (2,0), Turcja (1,9), Brazylia (1,8), a także Republika Południowej Afryki (0,8) i Indie (0,8); ranking zamyka Indonezja, gdzie na 1000 mieszkańców przypada 0,3 lekarza¹²⁴.

O aktualnej sytuacji polskiej służby zdrowia świadczy wywiad, którego udzielił wiceprezes Porozumienia Zielonogórskiego Marek Twardowski redakcji „Medycyny Praktycznej”, opublikowany 29 czerwca 2020 r. Wymownym przykładem problemów dotyczących lekarzy POZ, zwłaszcza w zachodnich województwach kraju jest sytuacja w Kozuchowie i okolicznych wioskach. Otóż ten rejon liczący ok. 10 000 mieszkańców, w czerwcu 2020 r. pozostał bez lekarza POZ, który zmarł w wieku 77 lat i dopiero śmierć przerwała jego pracę. Podobnie było w Zawadzie, należącej administracyjnie do Zielonej Góry.

Nie ma chętnych lekarzy do pracy w POZ, młodzi ambitni poszukują zatrudnienia w szpitalach albo wyjeżdżają za granicę, gdzie z racji dobrego wykształcenia są chętnie przyjmowani.

Średnia wieku lekarzy we wspomnianych rejonach to 62 lata. Około 40% stanowią emeryci, nierzadko osoby, które ukończyły 70 lat, a przyczynę można znaleźć w kilkudziesięcioletnich zaniedbaniach, których nie poprawił żaden z rządów. Po-

¹²¹ 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].

¹²² State of Health in the EU..., op. cit.

¹²³ Zapaść. Przez ostatnie cztery lata zlikwidowano w Polsce 69 szpitali, <https://www.newsweek.pl/polska/mapa-zlikwidowanych-szpitali/3jp74wx> [dostęp: 19.03.2020].

¹²⁴ M. Majewska, *Polska ma najmniej lekarzy w całej Unii Europejskiej*, <https://pulsmedycyny.pl/polska-ma-najmniej-lekarzy-w-calej-unii-europejskiej-977230> [dostęp: 18.07.2020].

nadto jest to wynikiem utrwalania się przez lata wizerunku lekarza POZ, którego rolę sprowadzono do wypisującego recepty i skierowania do specjalistów.

System lekarzy POZ jest najtańszą formą opieki zdrowotnej i jest najbardziej korzystny dla pacjenta. 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.

Przykładem może być Holandia, gdzie na ok. 17 milionów mieszkańców przypada 238 szpitali, a w Polsce (tylko dwukrotnie liczniejszej) – szpitali jest ponad 1000. W Holandii gabinety lekarzy POZ są rozmieszczone tak, by pacjent mógł tam dotrzeć rowerem w ciągu pięciu minut, a samochodem w jedną minutę. Ponadto zakres możliwości diagnostycznych tamtego lekarza POZ jest znacznie większy. Poziom wykształcenia lekarzy w Polsce jest porównywalny i są oni chętnie przyjmowani do pracy na Zachodzie¹²⁵.

¹²⁵ Wywiad z Wiceprezesem FPZ Markiem Twardowskim. Tysiące Polaków bez lekarza POZ, *Medycyna Praktyczna Rodzinna*, 29.06.2020, <https://www.mp.pl/medycynarodzinn/aktualnosci/240295,tysiace-polakow-bez-lekarza-poz> [dostęp: 14.05.2021].

Jerzy T. Marcinkowski
Paulina Rosińska
Zofia Konopielko

Zdrowie psychiczne obszarem działań higieny

Poznaj samego siebie, a stanie przed tobą otworem cały świat¹.
Sokrates

Definicja zdrowia wg 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 (*infirmitiy*)².

Ciekawa jest koncepcja *illness-wellness continuum* (kontinuum choroby i zdrowia), którą w 1972 r. przedstawił John W. Travis – sugerująca, że dobre samopoczucie obejmuje zdrowie psychiczne i emocjonalne, a także obecność lub brak choroby. Według tejże koncepcji, w jakimkolwiek miejscu na skali kontinuum choroby i zdrowia zawsze istnieją i są pożądane działania na rzecz poprawy zdrowia.

Zdrowie psychiczne człowieka jest stanem dynamicznej wewnętrznej równowagi, co umożliwi wykorzystywanie jego zdolności, ale też jest w zgodzie

¹ Maksyma pochodząca od siedmiu mędrców starożytnej Grecji, wyryta na frontonie świątyni Apollina w Delfach, wzywała do określenia granic ludzkiego poznania, spopularyzowana przez Sokratesa (470–399 p.n.e.), obok Platona i Arystotelesa, uważanego za największego greckiego filozofa starożytności, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/poznaj-samego-siebie;3961382.html> [dostęp: 17.10.2020].

² 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].

z uniwersalnymi zasadami funkcjonowania w społeczeństwie³. Ze względu na wieloznaczność i ogólnikowość terminu, pojęcie zdrowia psychicznego jest w różny sposób kategoryzowane i uściślane, choć przeważa pogląd, iż nie istnieje jedna i bezwzględnie uniwersalna definicja zdrowia psychicznego – nie ma jednej, „oficjalnej” definicji, ponieważ (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.

Zdrowie społeczne to zdolność do utrzymywania prawidłowych relacji z innymi ludźmi oraz pełnienia ról społecznych. Jest wynikiem zdrowia psychicznego każdego człowieka.

Zdrowie duchowe u niektórych ludzi jest związane z wierzeniami i praktykami religijnymi, u innych dotyczy utrzymywania wewnętrznego spokoju⁴. Jak zauważono – choćby w czasach wielkich epidemii – stanowi doskonałą bazę dla podtrzymywania zdrowia psychicznego człowieka.

Zdrowie psychiczne i społeczne a jakość życia

Obok 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, umożliwiając ludziom doświadczanie życia jako sensownego, pozwalając im być twórczymi i aktywnymi obywatelami.

Zazwyczaj jest analizowane w trzech aspektach: negatywnym (brak zaburzeń psychicznych), funkcjonalnym (zdolność do spełniania określonych oczekiwań) i 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).

³ G.E. Vaillant, *Pozytywne zdrowie psychiczne: czy istnieje definicja międzykulturowa?*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2012, 21(4), s. 229–250; S. Galderisi i in., *Propozycja nowej definicji zdrowia psychicznego*, „Psychiatria Polska” 2017, 51(3), s. 407–411.

⁴ 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].

Jako trzeci wymiar zdrowia wymieniane jest **zdrowie społeczne**. Podobnie jak dobrostan psychiczny jest to pojęcie złożone i różnie definiowane. Oznacza zdolność do nawiązywania, podtrzymywania i rozwijania prawidłowych relacji z innymi ludźmi. Keith Tones i Jackie Green⁵ 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, zaś choroba uniemożliwia, a czasem nawet zwalnia z ich pełnienia.

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 oraz ich fizjologiczne komponenty. Zdrowie oznacza też równowagę między poszczególnymi jego wymiarami, a zmiany w jednym obszarze wywołują zmiany w pozostałych.

Obecnie zdrowie fizyczne, psychiczne oraz społeczne wyrażają się w świadomości stałego rozwoju, poczucia tożsamości, wyznaczania celów i podejmowania zadań, co staje się warunkiem *sine qua non* dobrego i sensownego życia, czy jest z nim utożsamiane.

Medycyna holistyczna – jedność ciała, umysłu, duszy i emocji

Ważniejsze jest poznanie, jaki pacjent ma chorobę,
niż jaką chorobę ma pacjent⁶.
sir William Osler

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 biopsychospołeczna⁷,

⁵ K. Tones, J. Green, *Health Promotion: Planning and Strategies*, SAGE, Thousand Oaks 2004.

⁶ Sir William Osler (1849–1919), <https://profiles.nlm.nih.gov/spotlight/gf/feature/biographical-overview> [dostęp: 17.10.2020]; https://pl.qaz.wiki/wiki/William_Osler [dostęp: 17.10.2020].

⁷ Tak pacjentów postrzegał – jako jeden z pierwszych lekarzy – prof. Kornel Gibiński (1915–2012); D. Kortko, *Budda w białym fartuchu*, <https://wyborcza.pl/AkcjeSpecjalne/7,155762,21492971,budda-w-bialym-fartuchu.html> [dostęp: 12.07.2020].

nie zaś jako jednostka chorobowa. Jak ważne jest łączenie psychiki człowieka (podtrzymywanie jego wiary) z tradycyjną medycyną, świadczy obserwacja dokonana przed laty w Afryce. Wprowadzając klasyczną medycynę zachodnią, ograniczono tam działalność lub usunięto miejscowych szamanów. Wkrótce zauważono pogorszenie stanu zdrowia tych społeczeństw. Zabrakło bowiem miejscowych uzdrowicieli znających ludzi, którymi się zajmowali, mających z nimi bardzo dobry kontakt, cieszących się wielkim autorytetem i swoistą charyzmą. Ich działania przede wszystkim opierały się na wpływananiu na sferę psychiki, a lekarzy zachodnich – w dodatku nieznających miejscowych społeczności i specyfiki tamtejszych ludzi – na ogólnej medycznej wiedzy o funkcjonowaniu organizmu człowieka i leczeniu metodami oraz lekami uznanymi w świecie medycznym. Ostatecznie zdecydowano, nie tylko ze względu na szamanów i tak działających nielegalnie oraz w ukryciu, ale też doceniając ich rolę w zakresie działań psychosomatycznych, by zaproponować im wspólną pracę. Szamani zostali nauczeni zasad higieny i antyseptyki, a lekarze uczyli się holistycznego traktowania pacjentów. I tak np. w Suazi zrównano statusy prawne szamanów w kwestii zdrowia, zaczęli oni przyjmować równolegle z lekarzami pacjentów, czasem nawet obok siebie, i nie zwalczali się wzajemnie. W rezultacie po pewnym czasie okazało się, że ten połączony model dał bardzo dobre efekty, poprawiając stan zdrowia ludzi.

Podobne obserwacje stanu zdrowia populacji przeprowadzono w państwach zachodnich, gdzie pomimo nieustannego wzrostu technologii, inżynierii medycznej nie obserwuje się równoległej poprawy zdrowotności tego społeczeństwa; ogólna odporność populacji spada, a liczba schorzeń narasta.

Zdrowie w ujęciu holistycznym, identycznie jak w definicji WHO, jest pojęciem wielopłaszczyznowym, uwzględniającym dynamiczną równowagę wszystkich wpływających na nie czynników. Zwolennicy podejścia całościowego zwracają uwagę na podmiotowy wymiar zdrowia. Przypisuje się wówczas człowiekowi odpowiedzialność za własne zdrowie. Oddają tę ideę hasła, wykorzystywane podczas działań na rzecz promocji zdrowia, np.: „Twoje zdrowie w twoich rękach”.

W holistycznym podejściu do zdrowia są w oczywisty sposób uwzględniane aspekty psychologiczne i społeczne, jako ważne w utrzymaniu równowagi wewnętrznej (zdrowia fizycznego) lub pod kątem jej zachwiania. Wyniki wielu badań potwierdzają, że z wirusami czy bakteriami można czasem łatwiej sobie poradzić niż z zaburzeniem wewnętrznych mechanizmów regulacyjnych (przykładem może być depresja).

Zgodnie z takim ujęciem zdrowie jest kategorią interdyscyplinarną, nie można go zatem opisać w jednym paradygmacie medycznym, fizjologicznym czy psychologicznym.

Prekursor holistycznego podejścia do zdrowia Julian Aleksandrowicz zorganizował w 1972 r. konferencję w Krakowie, na którą zaprosił uczonych, wśród których znaleźli się m.in. lekarze, przyrodnicy, filozofowie. Celem konferencji było uznanie zdrowia za najwyższą wartość, o którą warto zabiegać i dbać, rozwijając działalność na jego rzecz. Podczas zgromadzenia specjalistów z wielu dziedzin została skonstruowana definicja, która stała się prototypem definicji zdrowia w ujęciu holistyczno-funkcjonalnym. Brzmiała ona następująco:

zdrowie to samosterujący proces utrzymywania równowagi pomiędzy procesami anabolizy (powstawania) i katabolizy (rozkładu) w płaszczyźnie somatycznej, integracji i dezintegracji w płaszczyźnie psychicznej, syntonii i dystonii w płaszczyźnie społecznej oraz równowagi pomiędzy tymi trzema płaszczyznami w granicach przyjętych za normalne. Człowiek bowiem to coś więcej niż suma komórek, tkanek i narządów. Człowiek to także coś więcej niż ciało i dusza. Człowiek pojmowany jako dynamiczny system funkcjonujący w sprzężeniu z innymi systemami, poddany oddziaływaniu środowiska przyrodniczego i społecznego, i sam na nieoddziałujący – to zupełnie nowa jakość⁸.

Taki sposób percepcji jednostki nawiązuje do ogólnej teorii systemowej. Zgodnie z tym kierunkiem myślenia człowiek jest z jednej strony częścią większego systemu, a z drugiej samodzielną całością, systemem złożonym z wielu podsystemów. Wszystkie układy wzajemnie ze sobą współdziałają na zasadzie autoregulacji, opartej na pętli sprzężenia zwrotnego – tworzą funkcjonalną całość odpowiedzialną za utrzymanie równowagi wewnątrzustrojowej. Zaburzenia w obrębie jednego systemu oddziałują na pozostałe i równocześnie uruchamiają procesy zmierzające do przywrócenia homeostazy wewnątrzustrojowej.

Interesujący przykład myślenia o zdrowiu w ramach systemowego podejścia do człowieka jako jedności psychofizycznej, nierozzerwalnie związanej z otoczeniem społecznym to Mandala (pojęcie zaczerpnięte z buddyzmu) Zdrowia – Model Ekosystemu Człowieka. 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-funkcjonalnym⁹.

⁸ J. Aleksandrowicz, H. Matuszewski, *Synteza poglądów na definicję zdrowia w aspekcie rewolucji naukowo-humanistycznej*, [w:] J. Aleksandrowicz (red.), *Rewolucja naukowo-humanistyczna*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1974, s. 27–35.

⁹ Mandala zdrowia – definicja, znaczenie, interpretacja, <https://zdrowie.tvn.pl/a/mandala-zdrowia-definicja-znaczenie-interpretacja> [dostęp: 15.07.2020].

Od teorii salutogenezy Antonovsky'ego
– poszukiwanie źródeł zdrowia a nie choroby.
Zasoby (potencjały) osobiste, społeczne i poczucie koherencji

Istotny wkład w rozumienie zdrowia jako procesu w aspekcie pozytywnym nauka niewątpliwie zawdzięcza twórcom teorii salutogenezy – izraelskiemu socjologowi Aaronowi Antonovsky'emu (1923–1994)¹⁰, który zajmował się związkami między stresem, zdrowiem i samopoczuciem. U podłoża badań była obserwacja zjawiska występującego wśród Żydów, którzy przetrwali obozy koncentracyjne. Część z tych osób, pomimo odzyskania wolności, pozostała zniechęcona do życia, zgorzkniała; ludzie ci często zapadali na choroby i umierali kilka lat po uzyskaniu wolności. Inni – o podobnych doświadczeniach – zachowali optymizm, pogodę ducha, a pomimo chorób czy inwalidztwa odniesionego w czasie II wojny światowej żyli długo i uważali, że są szczęśliwi. W 1979 r. Antonovsky opublikował wyniki swoich prac, formułując teorię salutogenezy¹¹.

Salutogeneza (łac. *salus* – zdrowie oraz grec. *geneza*) jest jedną z teorii, które objaśniają czynniki determinujące stan zdrowia. Do tej pory medycyna koncentrowała się głównie na biologicznych aspektach chorób oraz ich patogenezie, natomiast koncepcja salutogenetyczna zwróciła uwagę badaczy na psychospołeczne czynniki warunkujące zdrowie. Teoria salutogenezy odrzuca dychotomiczny podział na zdrowie i chorobę, który zakłada, że stanowią one dwa odmienne i przeciwstawne stany, i korzysta z pojęcia „kontinuum zdrowie-choroba”. Na jednym biegunie kontinuum znajduje się zdrowie idealne, a na drugim, przeciwstawnym – choroba śmiertelna, zagrażająca życiu. Jednak pomiędzy tymi dwoma biegunami rozciąga się szeroka skala możliwości. Miejsce, w którym znajduje się jednostka/społeczność, opisuje jej aktualny poziom (stan) zdrowia¹². Antonovsky skoncentrował 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.

Dla Antonovsky'ego zdrowie jest procesem niezwykle złożonym i bogatym w liczne uwarunkowania o charakterze biologicznym, psychicznym i społecznym. Jak wspomnieliśmy, dzięki jego teorii zaczęto poszukiwać źródeł zdrowia zamiast choroby, co doprowadziło do znaczącej ewolucji tradycyjnego spojrzenia na zagadnienie zdrowia i choroby (psychologia pozytywna) i wypracowania pojęcia

¹⁰ A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*, Fundacja IPN, Warszawa 1996.

¹¹ A. Antonovsky, *Health, Stress and Coping*, <https://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=65> [dostęp: 17.10.2020].

¹² M. Piotrowicz, D. Cianciara, *Teoria salutogenezy – nowe podejście do zdrowia i choroby*, „Przeгляд Epidemiologiczny” 2011, 65, s. 521–527.

tw. uogólnionych zasobów odporności na stres. Według twórcy pojęcia salutogenezy, czynnikami, od których zależy zdrowie człowieka, są:

- stresory;
- uogólnione zasoby odpornościowe;
- 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, które ono przynosi, połączona z wiarą w korzystne rozwiązanie sytuacji stresowej.

Helena Sęk mianem potencjałów zdrowotnych, nazywanych też zasobami odpornościowymi, określa specyficzne właściwości funkcjonalne cech istniejących potencjalnie w środowisku człowieka i w nim samym oraz w jego relacjach z otoczeniem. W dynamice procesów konfrontacji człowieka z wymaganiami zasoby pełnią funkcję regulacyjną i prozdrowotną¹³.

Potencjał zdrowotny człowieka może się wyrażać w aktywnym wpływie na swoje zachowania zdrowotne, podejmowaniu decyzji związanych ze zdrowiem, umiejętnościach efektywnego radzenia sobie z wymaganiami życia codziennego.

Zasoby osobiste człowieka – ale także środowiskowe (np. wsparcie społeczne) – determinują sposób postrzegania i rozumienia zdarzeń w życiu wielokrotnie odbieranych jako stres, ale też wpływają nie tylko na sposób i skuteczność radzenia sobie w trudnych sytuacjach, mają wpływ na poczucie szczęścia, pomagają w prowadzeniu takiego stylu życia, które służy utrzymaniu zdrowia (np. aktywności prozdrowotne).

Dla dobrej jakości życia, służącej zachowaniu zdrowia, jest więc ważne:

- **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;**

¹³ Sęk Helena, https://pl.wikipedia.org/wiki/Helena_S%C4%99k [dostęp: 3.06.2020].

- **poczucie sensu działania;**
- **otwartość do dzielenia się z innymi swoimi przeżyciami;**
- **duchowość;**
- **twardość;**
- **prężność;**
- **zaangażowanie;**
- **wsparcie społeczne¹⁴.**

Cechy człowieka dbającego o swoje zdrowie wyznacznikami zachowań prozdrowotnych

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 zabezpieczenia się** (świadomość 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.

Umiejętności człowieka, który chce dbać o zdrowie, przewyciężając stres czy różne zagrożenia, mogą zależeć od indywidualnego czy społecznego uczenia się, zdobywania doświadczeń, które pomagają w rozwijaniu poczucia własnej skuteczności, inteligencji emocjonalnej, ale w dużym stopniu są formowane przez genetycznie uwarunkowane właściwości charakteru, takie jak np. neurotyczność czy ekstrawersja.

Zazwyczaj te same czynniki psychologiczne, które w dużej mierze determinują zarówno zdrowie, jak i chorobę, równocześnie stanowią wyznaczniki zachowań prozdrowotnych, np. wrogość – drogą 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).

Czynniki, które umożliwiają ochronę człowieka, określone są mianem osobistych zasobów lub potencjałów zdrowotnych, o których informacje podawaliśmy w poprzednim podrozdziale.

¹⁴ P. Rosińska, *Psychologiczne wyznaczniki troski o zdrowie u rodziców małych dzieci* [niepublikowana praca doktorska], Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 2014.

Troska o zdrowie własne, społeczeństwa i środowiska – aspekty psychologiczne

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). Prowadząc prozdrowotny styl życia rodzice stają się modelami do naśladowania dla swych dzieci. Zdarza się też, że to dzieci poprzez swój pozytywny przykład uczą zachowań prozdrowotnych rodzeństwo, swoich rodziców, a czasem nawet dziadków. Zachowania prozdrowotne pojedynczych osób, ale też rodzin, mogą stawać się przykładem dla innych ludzi, czasami stają się środowiskową modą i zdarza się nierzadko, że mają wpływ na środowisko człowieka, w którym żyje. Przykładem jest masowe uprawianie sportu czy różne akcje lokalne, ale też o szerokim charakterze, np. „Sprzątanie świata” (*Clean Up the World*)¹⁵, które rozpoczęto w Australii w 1989 r. i od lat odbywa się w trzeci weekend września na całym świecie; także od 1994 r. w Polsce masowo zgromadzeni (szczególnie młodzi) ludzie zajmują się swoim środowiskiem. A przecież zaczęło się od myśli jednego człowieka, który chyba pozostaje już bezimienny.

Innym przykładem zachowań zbiorowych zależnych przecież od pojedynczych ludzi jest wegetarianizm lub weganizm, których ideą nie jest tylko zdrowe odżywianie się, ale też ochrona zwierząt i środowiska, w którym żyjemy. Przykłady pozytywnych zachowań dotyczące stylu życia choćby jednego z rodziców czy rodzeństwa są modelem zachowań dziecka – czasem przez nie nieuświadomianym. Oczywiście oddziałują też przykłady negatywne, niejako replikując się u doświadczającego ich np. dziecka – wpływ rodzica alkoholika na dziecko i rodzinę czy agresja, której ono doświadcza w rodzinie czy szkole przekłada się na powielanie tego zachowania w jego życiu dorosłym. Słynne jest powiedzenie *agresja rodzi agresję*. Istotny jest też przykład lekarza czy innego pracownika służby zdrowia, ale też wychowawcy. Szczupły, wysportowany nauczyciel jest bardziej wiarygodny w przekonywaniu do aktywności fizycznej. Lekarz, który nie jest uzależniony od nikotyny będzie bardziej wiarygodny dla pacjenta, który ma zaprzestać palenia.

¹⁵ WHO. Clean Up the World activities globally to clean up, fix up and conserve the environment, <https://sustainabledevelopment.un.org/partnership/?p=32724> [dostęp: 17.05.2020].

Edukacja prozdrowotna. Psychoprophylaktyka (higiena psychiczna, prewencja psychologiczna)

Ludzie nie będą mogli osiągnąć swego pełnego potencjału zdrowotnego, jeśli nie będą zdolni do kontrolowania wszystkich czynników, od których zależy zdrowie¹⁶.

Edukacja prozdrowotna to edukowanie ludzi na temat zdrowia obejmujące takie obszary, jak zdrowie: środowiskowe, fizyczne, społeczne, emocjonalne, intelektualne i duchowe, a także edukację w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego.

Edukację zdrowotną można zdefiniować jako zasadę, według której jednostki i grupy ludzi uczą się zachowywać w sposób sprzyjający promocji, utrzymaniu lub przywróceniu zdrowia.

■ Przykład

30 października 2019 r. w Wojewódzkim Domu Kultury w Kielcach odbył się Wojewódzki Przegląd Małych Form Teatralnych pt. „Dopalacze – ryzykujesz życiem” ukazujący problem stosowania substancji psychoaktywnych, tzw. dopalaczy, widziany oczami młodzieży. Na scenie wystawiono osiem spektakli według autorskich scenariuszy z ośmiu szkół ponadpodstawowych z woj. świętokrzyskiego. Przedstawienia miały charakter profilaktyczno-edukacyjny.

Ideą najszlachetniejszą, gdyż stanowi podstawę zachowań prozdrowotnych ludzi dorosłych, ale też najtrudniejszą, jest edukacja prozdrowotna małych dzieci. Używane w tym celu materiały, obecne też w Internecie, chyba do nich docierają, co nie jest łatwe – bo wiadomo, że dzieci są wrażliwsze niż dorośli, widzą wszystko w megawymiarze, wyczuwają każdy fałsz. Wchłaniają też wiedzę z wielką siłą, a to, czego nie wyniosły z domu – bo poprzednie pokolenia nie zawsze były nauczone zachowań prozdrowotnych – otrzymują już w żłobku czy przedszkolu. Obserwujemy, że programy takich placówek w Polsce są starannie przygotowane i realizowane, co cieszy szczególnie starych higienistów-epidemiologów i pediatrów.

Psychoprophylaktyka (higiena psychiczna, prewencja psychologiczna) jest zespołem działań zapobiegających niekorzystnym stanom w życiu człowieka, które mogą powodować zaburzenia jego zdrowia fizycznego, psychicznego i funkcjonowania społecznego. Dlatego bardzo ważne są akcje, takie jak np. Tydzień Świadomości Zdrowia Psychicznego (Mental Health Awareness Week) – brytyjska

¹⁶ Karta ottawska (Ottawa Charter) 1986 r., <https://docer.pl/doc/xvxc5s> [dostęp: 17.10.2020].

kampania krajowa mająca na celu zwiększenie zrozumienia problemów zdrowia psychicznego¹⁷ czy Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego (World Mental Health Day) obchodzony 10 października każdego roku – jego celem jest podnoszenie świadomości 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 praktyką dla ludzi na całym świecie¹⁸.

Elementy ważne dla rozwoju człowieka i jego zdrowia psychicznego

Fenomen dotyku

Czy to nie dziwne, że zmysł dotyku,
tak nieskończenie mniej ceniony przez ludzi od wzroku,
staje się w krytycznych momentach naszym głównym, jeżeli nie jedynym,
kluczem do rzeczywistości¹⁹.

Vladimir Nabokov

Współczesny fiński profesor architektury, Juhani Pallasmaa (ur. 1936) zauważa, że:

Wszystkie zmysły, z wzrokiem włącznie, mogą być postrzegane jako przedłużenia zmysłu dotyku, jako specjalizacje skóry. Definiują one interfejs pomiędzy skórą i środowiskiem: pomiędzy nieprzejrzywym wnętrzem ciała i światem zewnętrznym²⁰.

Jakże w tym aspekcie są aktualne słowa starożytnych, np. Arystotelesa, który w dziele *Co czuje człowiek, gdy nic nie czuje?* podaje, że spośród innych narządów zmysłów dotyk odgrywa największą rolę w życiu człowieka.

Dotyk wespół z narządem motorycznym umożliwia odbieranie sygnałów ze środowiska. Dzięki znacznej powierzchni skóry (1,5–2 m²) z ponad 70 mln receptorów odpowiadających za odczucie ucisku (mechanoreceptory), ciepła i zimna

¹⁷ Mental Health Awareness Week, <https://www.mentalhealth.org.uk/campaigns/mental-health-awareness-week> [dostęp: 14.03.2020].

¹⁸ WHO. World Mental Health Day – 10 October, https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/en/ [dostęp: 4.04.2020].

¹⁹ V. Nabokov, *Lolita*, przeł. R. Stiller, PIW, Warszawa 1991, s. 343.

²⁰ J. Pallasmaa, *Oczy skóry. Architektura i zmysły*, przeł. M. Choptiany, Instytut Architektury, Kraków 2012, s. 51–55.

(termoreceptory), bólu (nocyreceptory), można się kontaktować z przedmiotami, np. unikając urazów czy oparzeń, ale przede wszystkim możliwa jest „komunikacja” poprzez dotyk z drugą osobą czy choćby ukochanym zwierzęciem, co dostarcza wielu pozytywnych doznań i, jak udowodniono, obrazuje się w naszym mózgu²¹. Najbardziej wrażliwymi na bodźce okolicami są usta, język (gdyż błona śluzowa też posiada liczne receptory), twarz, stopy, dłonie i genitalia. Dotyk w tych miejscach przynosi nie tylko znacznie silniejsze doznania, ale też mają one szersze niż w innych miejscach spektrum.

W sensie ewolucyjnym i ontogenetycznym (ontogeneza, od gr. *óntos* – byt, będące, istniejące i *génesis* – pochodzenie, oznacza przemiany anatomiczne i fizjologiczne osobnika od powstania do śmierci) dotyk jest zmysłem najstarszym. Już jednokomórkowa ameba nieposiadająca narządu wzroku ani słuchu reaguje na dotyk. Dotyk jest pierwszym zmysłem, który rozwija się w życiu łonowym człowieka – już 5–8 tygodniowe płody z niewykształconymi jeszcze oczami i uszami reagują na dotyk. Podczas badania USG można zauważyć u dziecka żyjącego w łonie matki charakterystyczne ssanie kciuka, dotykanie pępowiny, łożyska, głaskanie się po twarzy. Według naukowców dotykanie tych okolic świadczy, że najwrażliwsze na dotyk u tak młodego płodu są okolice warg i nosa, ale też dłoni. W 14. tygodniu życia łonowego dziecko reaguje na dotyk całego ciała.

Amerykańska pisarka, dziennikarka naukowa „New York Timesa” – Natalie Angier w słynnej książce *Kobieta. Geografia intymna* określa zmysł dotyku jako „matkę wszystkich zmysłów”, wskazując, że pozostałe działają tylko dzięki niemu. Podaje jako przykład fakt, że fale dźwiękowe dotykają błony bębenkowej i następuje ciąg dalszy przekazywania bodźca słuchowego, fale świetlne dotykają siatkówki na dnie oka, tworząc obraz, czujemy smak, gdy substancje chemiczne dotkną kubków smakowych.

U osób głuchoniewidomych dotyk zastępuje wzrok – nie tylko czytają oni książki dzięki alfabetowi Braille’a czy oglądają eksponaty w wielu muzeach świata dzięki przygotowanym dla nich miniaturom lub wypukłym grafikom obrazów, tzw. tyflografikom, ale też dotykając krtani mówiącego, czują drgania jego strun głosowych i rozpoznają poszczególne słowa. Udowodniono, że we wszystkich tych przypadkach udoskonala się funkcje kory mózgowej (szybsze dokonywanie analizy oglądanej rzeczy, szybsza synteza dokonanych obserwacji, prawidłowe rozpoznanie obiektu i utrwalenie w pamięci jego istotnych cech), a nie zwiększa się wrażliwość receptorów na skórze palców. Prosty dowód na to jest obserwacja

²¹ <https://www.mcgill.ca/neuro/about/history/notable-figures/wilder-graves-penfield> [dostęp: 16.10.2020].

kliniczna, z której wynika, że pełna identyfikacja obiektu przez dotyk jest jedynie wtedy możliwa, gdy mieści się pomiędzy ramionami osoby niewidomej²².

Z własnego doświadczenia zawodowego nie zapomnę ośmioletniego chłopca, który przed laty stracił wzrok. Dotykając bransoletki na mojej ręce, powiedział z wielką pewnością, że jest złota. Matka potwierdziła, że potrafi on określać rodzaj metalu, z którego są wykonywane przedmioty i stwierdziła, że według niej różni je ciepło. Było to zadziwiające dla nas, ludzi mających aktywne wszystkie zmysły.

Według wiedzy naukowej i znanej z praktyki – dotyk w przypadku osoby niepełnosprawnej to jeden z głównych zmysłów, który pozwala ocenić wielkość, fakturę, a niekiedy nawet kolor danej rzeczy²³.

W mózgach osoby dotykającej i dotykanej – przy wzajemnej akceptacji – uwalniają się hormony; jednym z nich jest oksytocyna (zwana też hormonem miłości), która wywołuje potrzebę powtarzania dotyku i bliskości, a także jest stymulatorem przywiązania.

Znaczenie dotyku było znane w wielu kulturach i od prawników. Przykładem są matki afrykańskie czy matki Hinduski, które zawsze masowały w jednakowy sposób swoje dzieci od ich urodzenia do siódmego roku życia (od wieków nazywano to sztuką masażu Shantala). Nie podawały żadnego racjonalnego wytłumaczenia, raczej traktowały to jako rodzaj magii lub po prostu tradycji.

W latach 70. XX wieku dwaj neonatolodzy ze szpitala w Bogocie (Kolumbia) – Edgar Rey i Hektor Martinez, z powodu braku personelu, a także odpowiedniej liczby inkubatorów nie mogli zapewnić niemowlętom, a szczególnie wcześniakom, bezpieczeństwa. W akcie desperacji (lub po głębokim namyśle) zaczęli stosować metodę układania nowo narodzonych na piersi czy brzuchu matki, tzw. kangurowanie. Nieomal od razu się uspokajały, normalizowała się nie tylko ciepłota ich ciała, ale też czynność serca i oddechu, a w dalszym etapie ich życia obserwowano bardziej prawidłowy rozwój fizyczny i emocjonalny niż u niekangurowanych. Okazało się, że lekarze wyraźnie zahamowali wysoką śmiertelność tych noworodków. Wtedy właśnie „urodziło się kangurowanie”. Efekty były podobnie korzystne, gdy kangurował dziecko ojciec czy dziadkowie.

Dr Evelin Kirkilson z Albert-Ludwigs-Universität Freiburg – znana w świecie specjalistka zagadnienia, stwierdziła, że „ludzkie dziecko należy do noszeniaków”, pozostawione samo odczuwa to jako zagrożenie życia, a więc dotyk jest podsta-

²² https://nimosz.pl/files//articles/147/Sztuka_prezentowania_sztuki.pdf [dostęp: 30.05.2020].

²³ <http://silniwchorobie.pl/237/oko-w-oko-z-niewidomym> [dostęp: 14.05.2021].

wową potrzebą na równi z karmieniem. Obecnie we wszystkich chyba szpitalach świata, dziecko – zwykle po 5–10 minutach po urodzeniu – jest kładzione na brzuchu czy klatce piersiowej matki, a potem, po umyciu, jeszcze na godzinę. Przytulone do niej słyszy bicie jej serca, czuje ciepło i oddech, uspokaja się i zwykle zasypia.

W Polsce chyba jeszcze około 10 lat po obserwacjach dotyczących korzyści z przytulania dziecka (chyba z powodu trwającego stanu izolacji od Zachodu, zwanego „żelazną kurtyną”), dopiero w latach 80. XX w. zmieniono zasady. Do tej pory uważano, że noszenie i przytulanie dziecka jest niewskazane – przyzwyczajone do tego może wyrosnąć na człowieka, który nie poradzi sobie w życiu. Wychowując poprzednie pokolenia, także w USA, po nakarmieniu kładziono dziecko do łóżeczka, najchętniej w drugim pokoju i zamykano drzwi. Od obserwacji wyników kangurowania zaczął się powrót do naturalnych zachowań, a amerykańska antropolog Nina G. Jablonski w publikacji *Skin: natural history* napisała, że „wózek to narzędzie tortur dla dziecka, gdyż pozbawia je dobroczynnego dotyku matki”.

Dzień 15 maja to Światowy Dzień Kangurowania (Kangaroo Care Awareness Day)²⁴. W tym dniu, w 2017 r. ruszyła w Polsce kampania „Rodzice Kangury”, której celem było propagowanie wiedzy – poprawa świadomości ludzi o znaczeniu dotyku, kontaktu „skóra do skóry” (*skin to skin*), przekonywanie rodziców do przytulania dzieci. Akcję tę prowadzono także wśród personelu medycznego, zalecając, by umożliwił i dbał o takie relacje dziecka z rodzicami.

Choroba sieroca, jakże często obserwowana szczególnie przez pediatrów i pracowników domów dziecka u ich wychowanków, wynikająca z braku dotyku, przytulania (typowe jej objawy to: kołysanie się, nieruchomy wzrok, zachowania autoagresywne) skutkuje trudnym dalszym życiem, nigdy niezaspokojonym pragnieniem miłości, skupieniem się tylko na sobie, niemożnością utworzenia dobrych związków i relacji międzyludzkich.

Istnieją badania międzykulturowe, które wskazują, że w społeczeństwach, w których dzieci są noszone na rękach, tulone, karmione piersią czy masowane, wyrastają one na mniej agresywnych i bardziej empatycznych dorosłych.

Dotyku potrzebują także dorośli, nawet w chwili opuszczania tego świata – według psychologów człowiek dorosły potrzebuje dziennie 30 dobrych dotknięć²⁵.

²⁴ Kangaroo Care during COVID-19, <https://kangaroo.care/blogs/covid-19> [dostęp: 4.04.2020].

²⁵ T. Olszak, A. Sowa, *Zbawienny wpływ dotyku*, <https://www.polityka.pl/jamjoni/1736308,1,zbawienny-wplyw-dotyku.read> [dostęp: 14.03.2020].

Wstrząsające wrażenie odnosi się, oglądając film „451° Fahrenheita”. Stworzono w nim fikcyjną sytuację, kiedy prawem zabrania się wzajemnego dotykania, a ludzie samotni i zlaknieni głaszczą swoje dłonie, przytulają twarze do futrzanych kołnierzy²⁶.

Nieomal każdy zna z autopsji przyjemność, błogość, gdy po ciężkiej pracy może się wtulić w wygodny miękki fotel, otulić delikatnym kocem czy zanurzyć w wannie pełnej ciepłej wody. To właśnie wtedy odzywa się pierwotna pamięć dotykowa człowieka, która wiąże się z poczuciem bezpieczeństwa.

Dotyk jest szczególnie ważny w zaburzeniach zdrowia psychicznego (np. stanach lękowych, depresji), ale także w różnych aktywnościach podejmowanych przez człowieka. Niezbędny w obszarze seksualnym – nie tylko przed aktem, ale i po (tzw. *afterplay*) podtrzymuje efekt działania hormonów uwolnionych podczas intymnego zbliżenia, wpływa na dalsze dobre relacje partnerów.

Jak ważny jest dotyk w chwili umierania opowiada terapeutka psychoonkologiczna programu Simontona – Justyna Rutkowska²⁷, która często towarzyszyła ludziom właśnie w takich chwilach:

W rodzinach, gdzie dorośli nie potrafią się do siebie przytulić i funkcjonują jak sąsiedzi, ostatnia rozmowa jest bardzo trudna. Ciężko umiera się w samotności. Choć śmierć jest intymna, zależy od innych, właśnie wtedy potrzebujemy bliskości. Zawsze ktoś nas wita na świecie, więc z jakiego powodu nie ma nas też ktoś żegnać?²⁸

Dobry dotyk terapeutyczny nierzadko miewa znaczenie w kontakcie z pacjentem, ale też jest celowo używany w pracy terapeuty. Uważa się, że reakcja pacjenta na kontakt manualny ułatwia leczenie. Według niektórych badaczy to właśnie dotyk odgrywa główną rolę terapeutyczną, a inne zabiegi czy metody leczenia działają na zasadzie placebo. Zdaniem osób zajmujących się tym problemem, opisana moc lecznicza dotyku może się przejawiać szczególnie mocno „w społecznościach pozbawionych dotyku”. Warto na tę sytuację spojrzeć również z innej strony – otóż osoby wychowane w społeczeństwach unikających kontaktu nie mają sposobności, aby ćwiczyć zawiły system znaczeniowy dotyku. Z tego powodu pojawia się skodyfikowany system dopuszczanego zakresu dotykania, określający, jaki dotyk jest niedopuszczalny, a jaki dopuszczalny – co ma ułatwić rozwiązywanie konfliktów na tym tle.

²⁶ „451° Fahrenheita”, reż. R. Bahrani, 2018.

²⁷ Terapia Simontona – program dla pacjentów onkologicznych, <https://www.zwrotnikraka.pl/terapia-simontona-program/> [dostęp: 18.03.2020].

²⁸ M. Chochowska, J.T. Marcinkowski, *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), s. 269–273.

Zauważono, że w społeczeństwach zachodnich **niedostatek dobrego dotyku** zwiększa zapotrzebowanie na płatne usługi, takie jak: strzyżenie włosów z masażem głowy, masaż karku w pracy czy zabiegi w gabinetach odnowy biologicznej i SPA. Ten stan psychofizyczny – zwany **głodem skóry** (*skin hunger*), jest wyraźny szczególnie u ludzi starszych w czasie lub po traumatycznych przeżyciach (szczególnie po śmierci partnera), ale też coraz częściej dotyka osoby młode zagubione we współczesnym świecie.

W tych sytuacjach nieoceniona jest rola zwierząt domowych. W amerykańskich domach opieki, gdzie nie można trzymać zwierząt, organizowane są zajęcia z dogoterapii czy felinoterapii. Także personel instruowany jest, jak należy pielęgnować osoby starsze, by uwzględniać ich potrzebę dotyku ze świadomością, że dotyk ma istotne działanie lecznicze.

Interesujące okazały się wyniki zrealizowanego projektu Tiffany Field (TRI). Założono, że seniorzy po odpowiednim przeszkoleniu zajmą się masowaniem niemowląt. Wkrótce zaobserwowano obopólną korzyść w postaci zmniejszenia poziomu lęku i to zarówno u masujących seniorów, jak i u niemowląt. 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)²⁹.

W dzisiejszym świecie przy wielu problemach emocjonalnych lub/i duchowych (np. brak poczucia sensu życia), które są odpowiedzią na wyzwania, jakie stawia otaczająca nas rzeczywistość i tempo życia – zapomina się o tym, co dla człowieka najważniejsze. Są to wzajemne bliskie relacje ludzi, czułość, dotyk – to one dają człowiekowi siłę, by przetrwać bez negatywnych konsekwencji zdrowotnych nieomal wszystkie możliwe zagrożenia, w wielu wypadkach nie tylko wyjść zwycięsko, ale też wzmocnić swoje zasoby (potencjały osobiste), a gdy zdarzy się choroba – dzielnie ją przezwyciężyć. Jak dobrze to znamy z naszej pracy zawodowej – „siła w oczach” i uśmiech (czasem pomimo wszystko) to lepsze rokowanie dla zdrowia pacjenta, a także wzmocnienie nie tylko innych chorych, ale również personelu medycznego.

²⁹ Uściski w 80 dni dookoła świata, <https://www.national-geographic.pl/aktualnosci/usciski-w-80-dni-dookola-swiata> [dostęp: 18.03.2020]; J.T. Marcinkowski, Z. Konopielko, P. Rosińska, A. Klimberg, *Dotyk to „pieśń bez słów” – znaczenie w rozwoju, zdrowiu i seksie*, cz. 1, w: *Zachowania prozdrowotne jako element aktywności życiowej człowieka*, G. Bejda, J. Lewko, E. Krawajska-Kułał (red.), wyd. I, Białystok 2020, s. 933–943.

Znaczenie uśmiechu, śmiechu – dr clown i nauka zwana gelotologią

Warto się uśmiechać, serdecznie śmiać i mieć poczucie humoru. Zakwitający uśmiech, nawet na starej twarzy, czyni cuda. Człowiek wydaje się młodszy, zda się, że promienieje radością, a nawet szczęściem. Taka twarz przyciąga wzrok innych i ma magię „zarażania” uśmiechem. To obserwacje własne. Doświadczamy tego na co dzień. Oczywiście pod warunkiem, że widzimy dookoła ludzi, a nie wpatrujemy się w ekran smartfona³⁰.

O wielkim znaczeniu śmiechu i humoru dla utrzymania zdrowia ludzie wiedzieli od prawieków. W *Starym Testamencie* (*Księga Przysłów*) można przeczytać: „Radość serca wychodzi na zdrowie, duch przygnębiony wysusza kości”. Nie tylko lekarze starożytnej Grecji, ale też Indianie zalecali śmiech ludziom, którzy przebyli chorobę, gdyż wtedy następował szybszy ich powrót do pełnego zdrowia³¹.

Już francuski lekarz Henri de Mondeville (1260–1320) w swym dziele *Chirurgie* pisał o tym, że wesoły nastrój jest lekiem na zwalczanie bólu pooperacyjnego. W 1621 r. Robert Burton, znany angielski humanista, w dziele *The Anatomy of Melancholy* podkreślał rolę dobrego humoru w terapii chorób psychicznych. Podejrzewamy, że wielu z Czytelników czytało wzruszającą książkę francuskiego filozofa, dramaturga i pisarza – Érica-Emmanuela Schmitta o umierającym chłopcu zatytułowaną *Oskar i pani Róża*. Można znaleźć tam znamienne zdanie:

[...] jaka broń poza żartem pozwala śmiać się z tego, co nie jest śmieszne, i stawiać czoło temu, co jest nie do zniesienia?³²

Badania naukowe na temat znaczenia dobrego humoru i uśmiechu podjęto w drugiej połowie XIX wieku, stwarzając podstawy nauki o śmiechu nazwanej **gelotologia** (gr. *gelos* – śmiech). W latach 70. XX w. realizowano badania psychoneuroimmunologiczne nad wpływem humoru na zdrowie nie tylko psychiczne, ale też fizyczne ludzi. Utworzono pojęcie eustresu, które określa korzystne oddziaływanie dobrych emocji na organizm³³.

³⁰ B.M. Savage, H.L. Lujan, R.R. Thipparthi i in., *Humor, laughter, learning, and health!, A brief review*, „Advances in Physiology Education” 2017, 41(3), s. 341–347.

³¹ C.F. Kleisiaris, C. Sfakianakis, I.V. Papatheanasiou, *Health care practices in ancient Greece: The Hippocratic ideal*, „Journal of Medical Ethics and History of Medicine” 2014, 7, 6.

³² E.E. Schmitt, *Oskar i pani Róża*, Społeczny Instytut Wydawniczy „Znak”, 2004. Eric-Emmanuel Schmitt (ur. 1960) – francuski filozof, dramaturg, eseista, powieściopisarz.

³³ L.S. Berk, D.L. Felten, S.A. Tan i in., *Modulation of neuroimmune parameters during the eustress of humor-associated mirthful laughter*, „Alternative Therapies, Health and Medicine” 2001, 7(2), s. 62–76.

Wiliam F. Fry (1924–2014) z Uniwersytetu w Stanford zauważył korzystny wpływ śmiechu i uczestniczenia w pogodnych sytuacjach na wiele funkcji życiowych. Potwierdzają to wyniki innych badań – obserwowano poprawę wentylacji płuc, czynności serca, ciśnienia tętniczego, dotlenienia mózgu, który wytwarza nie tylko endorfiny nazywane hormonem szczęścia, ponieważ produkowane są też naturalne substancje przeciwzapalne, zauważono hamowanie wytwarzania tzw. hormonów stresu, co łagodziło bóle głowy czy mięśni; śmiech jest świetną gimnastyką mięśni brzucha, ramion czy twarzy, poprawia też przemianę materii, przyspiesza trawienie itp. Wspomniany Wiliam F. Fry w 1964 r. utworzył pierwszy Instytut Gelotologii³⁴.

Interesujące są wyniki badań Lee S. Berk, potwierdzone też przez innych badaczy, które pokazują, iż śmiech wpływa korzystnie na układ immunologiczny (zwiększa aktywność komórek typu *natural killer*), co może mieć też znaczenie w onkologii³⁵. Masahiro Toda i inni naukowcy udowodnili, że podczas oglądania komedii filmowej w ślinie oglądających zwiększało się stężenie chromogeniny A (uważana za wskaźnik stresu), a efektu tego nie obserwowano podczas oglądania filmu niezawierającego elementów komicznych³⁶.

Spośród wielu badań potwierdzających skuteczność śmiechu w terapii różnych schorzeń, warto podać o korzystnym wpływie śmiechu na wzmożone, nieprawidłowe napięcie mięśni szkieletowych pacjenta; efekt utrzymywał się przez 45 minut po jego zakończeniu³⁷.

W 1980 r. zawiązano prestiżowe, naukowe Międzynarodowe Towarzystwo Badań Humoru (International Society of Humor Studies)³⁸. Także w Polsce odbywają się konferencje dotyczące wpływu humoru na zdrowie, działają wydawnictwa dotyczące tego tematu i jest realizowany Humour Research Project³⁹.

³⁴ W.F. Fry, *The biology of humor*, „Humor – International Journal of Humor Research” 1994, 7(2).

³⁵ L.S. Berk, D.L. Felten, S.A. Tan i in., *Modulation of neuroimmune parameters...*, op. cit., s. 62–72, 74.

³⁶ M. Toda, S. Kusakabe, S. Nagasawa i in., *Effect of laughter on salivary endocrinological stress marker chromogranin A*, „Biomedical Research” 2007, 28(2), s. 115–118.

³⁷ M.P. Bennett, *Health benefits of humor, physical*, w: S.P. Attardo (ed.), *Encyclopedia of humor studies*, Saga, Los Angeles 2014, s. 277–280.

³⁸ International Society for Humor Studies, „International Journal of Humor Research”, <http://www.humorstudies.org/JournalCenter.htm> [dostęp: 4.04.2020].

³⁹ B.M. Savage, H.L. Lujan, R.R. Thipparthi i in., *Humor; laughter...*, op. cit.

I jeszcze ciekawostka z tego obszaru. Otóż w latach 70. XX wieku, amerykański pisarz – Norman Cousins (1915–1990) dowiedział się, że jest śmiertelnie chory. Być może zadziałał instynktownie, a może postąpił tak po głębokim namyśle, ale w tej sytuacji postanowił spędzić resztę życia na wesoło. Odizolował się od osób ponurych, oglądał wiele komediowych filmów i rozmyślał o pozytywnych chwilach. Po pewnym czasie zadziwił wszystkich, także lekarzy, gdyż objawy jego choroby zaczęły się cofać.

Przykładem, w jaki sposób można pomóc hospitalizowanym, nie tylko dzieciom, ale i dorosłym, są działające od 1986 r. (USA) grupy „doktorów clownów” (program Clown Care Units)⁴⁰. Pomysłodawcą był zawodowy komik-clown Michael Christensen. Śmiechoterapię rozpowszechnił Hunter Doherty „Patch” Adams – amerykański, lekarz, clown i aktor. W 1972 r. założył The Gesundheit! Institute⁴¹.

Wolontariusze pracujący jako „doktorzy clowni” mówią, że dostarczają także ciepła i humoru seniorom, którzy są im wdzięczni za uwagę i poświęcony czas⁴². Dzieciom polecają łączenie śmiechu z aktywnością fizyczną, a dorosłym – przedstawiają żarty, omawiają je razem, pobudzając do refleksji. Zauważają, że najlepsze efekty przynosi połączenie humoru z muzykoterapią, choreoterapią i umiarkowanymi ćwiczeniami fizycznymi⁴³.

Jak twierdzą specjaliści, wystarczy minuta śmiechu, by zauważyć korzystny wpływ na zdrowie. Jest ona równoważna z 45 minutami relaksu. Podają też, że dorośli powinni uczyć się od dzieci, które śmieją się nawet 400 razy (dorośli tylko 15 razy) na dobę. Nawet zmuszając się do niejako mechanicznego uśmiechu, można poprawić nastrój sobie, ale także innym osobom z otoczenia, gdyż ponoć posiadamy tzw. neurony lustrzane oraz podatność na sugestię, co powoduje, że „zarażamy się” uśmiechem⁴⁴.

Od 1999 r. – także w Polsce – działa Fundacja „Dr Clown”, w której pracuje około 600 wolontariuszy (najczęściej psychologowie, pedagodzy, studenci medycyny – dodatkowo przeszkoleni), którzy odwiedzają rocznie ponad 60 tys. chorych w całym kraju, poprzez wywołanie uśmiechu, dając im radość i relaks.

⁴⁰ 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].

⁴¹ The Gesundheit! Institute, <https://www.patchadams.org/mission> [dostęp: 14.03.2020].

⁴² Poznajcie nas! Dr Bajka – wolontariuszka Fundacji „Dr Clown”, <https://www.youtube.com/watch?v=32qME-aGsjM> [dostęp: 13.07.2020].

⁴³ Śmiech – silny lek dostępny bez recepty, <https://zdrowie.pap.pl/strefa-psyche/smiech-silny-lek-dostepny-bez-recepty> [dostęp: 14.03.2020].

⁴⁴ A. Dionigi, *Clowning as a Complementary Approach for Reducing Iatrogenic Effects in Pediatrics*, „AMA Journal of Ethics” 2017, 19(8), s. 775–782.

W 2011 r. powstała European Federation of Hospital Clown Organizations (EFHCO)⁴⁵; są także w innych krajach liczne organizacje, np. Fédération Française des Associations de Clowns Hospitaliers⁴⁶ czy Canadian Association of Therapeutic Clowns⁴⁷.

O tym, jak ważna jest ta akcja, świadczą wyniki licznych badań, np. w 2005 r. pediatrzy włoscy udowodnili, że spotkania z clownami zmniejszają lęk dzieci towarzyszący hospitalizacji⁴⁸, a także podczas wykonywanych zabiegów takich, jak np. zakładanie wenflonu, czy wstrzyknięcia dostawowe⁴⁹.

Poza serdecznym śmiechem i dobrym humorem równie ważny jest (tylko i aż) uśmiech. Jest on wspólnym dla wszystkich ludzi grymasem twarzy, choć czasem o innym znaczeniu w różnych kulturach. Jednak zwykle to oznaka pozytywnych emocji, takich jak szczęście i rozbawienie⁵⁰.

Po raz pierwszy, w XIX wieku Guillaume Duchenne (1806–1875), francuski lekarz, opisał dwa typy uśmiechów. Pierwszy – zwany uśmiechem Duchenne’a (od nazwiska tego lekarza), wynika z napięcia mięśni jarzmowych (podnoszą kąćki ust), ale też mięśni okrężnych oka i szczery, gdyż stanowi obraz prawdziwych emocji człowieka⁵¹. Drugi typ uśmiechu, jedynie z użyciem mięśni jarzmowych, obecnie czasem nazywany jest uśmiechem PanAm (od charakterystycznego uśmiechu stewardess tych linii lotniczych)⁵².

Paula Niedenthal, psycholog, profesor z Uniwersytetu Michigan⁵³, wyodrębniła trzy rodzaje uśmiechu: nagradzający innych, tzw. uśmiech nagrody (często z unie-

⁴⁵ European Federation of Hospital Clown Organizations, <http://www.efhco.eu/european-federation-of-hospital-clowns-organizations> [dostęp: 4.04.2020].

⁴⁶ Fédération Française des Associations de Clowns Hospitaliers, <https://www.ffach.fr/> [dostęp: 4.04.2020].

⁴⁷ Canadian Association of Therapeutic Clowns, <https://www.lhsc.on.ca/therapeutic-clown> [dostęp: 4.04.2020].

⁴⁸ L. Vagnoli, S. Caprilli, A. Robiglio, A. Messeri, *Clown doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: a randomized, prospective study*, „Pediatrics” 2005, 116(4), s. e563–e567.

⁴⁹ I. Wolyniez, A. Rimon, D. Scolnik i in., *The effect of a medical clown on pain during intravenous access in the pediatric emergency department: a randomized prospective pilot study*, „Clinical Pediatric (Phila)” 2013, 52(12), s. 1168–1172.

⁵⁰ A. Freitas-Magalhães, E. Castro, *The Neuropsychophysiological Construction of the Human Smile*, w: A. Freitas-Magalhães (ed.), *Emotional Expression: The Brain and The Face*, University Fernando Pessoa Press, Porto 2009, s. 1–18; C.E. Izard, *The Face of Emotion*, Appleton-Century-Croft, New York 1971.

⁵¹ G. Duchenne, *The Mechanism of Human Facial Expression*, Cambridge University Press, New York 1990.

⁵² G. Gladstone, G. Parker, *When you’re smiling, does the whole world smile for you?*, „Australasian Psychiatry” 2002, 10(2), s. 144–146.

⁵³ S. Korb, S. With, P. Niedenthal, S. Kaiser, D. Grandjean, *The Perception and Mimicry of Facial Movements Predict Judgments of Smile Authenticity*, <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0099194> [dostęp: 25.05.2020].

sieniem brwi i obu kąćków ust); dominacji (często pogardliwy, podkreślający pozycję w grupie, czasem brak szacunku do innych – charakterystyczne jest wówczas zmarszczenie nosa, uniesienie kąćków ust i odsłonięcie zębów); uśmiech afilacji (wskazuje na serdeczne i pokojowe nastawienie do innych – charakteryzuje go nasilona praca mięśnia okrężnego i uniesienie kąćka ust, odsłonięcie zębów).

Uśmiechnięta twarz jest młodszą i pogodniejszą. Radośni ludzie przyciągają innych⁵⁴. Człowiek radosny to człowiek szczęśliwszy. Warto więc się uśmiechać, śmiać częściej i zarażać śmiechem innych⁵⁵.

Mimika twarzy człowieka jest jedną z najważniejszych form niewerbalnego komunikowania się z innymi. W pracy zespołu z Uniwersytetu w Minnesocie przedstawiono wyniki następującego doświadczenia: 802 uczestnikom badania pokazywano trójwymiarowe animacje różnych uśmiechniętych twarzy. Poproszono o wybór tych, które wydawały się najbardziej szczerze. Wyniki zadziwiły badaczy, gdyż np. najszersze uśmiechy, odsłaniające wszystkie zęby, wcale nie zostały wybierane. Najlepszymi ocenami cieszyły się uśmiechy, w których układ zębów, kąćków ust i warg był najbardziej proporcjonalny, a także takie, w których ruch ust po stronie lewej i prawej był zsynchronizowany. Autorzy podkreślili, że wyniki tej pracy mogą być przydatne w rehabilitacji osób np. po udarach mózgu⁵⁶.

Od wieków więc wiadomo, że „śmiech to zdrowie” – ma działanie odstressujące, dodaje energii, poprawia nastrój, pomaga w terapii depresji, jest „zaraźliwy”, co powoduje poszerzenie dobrego nastroju na osoby znajdujące się w pobliżu. Osoby pozytywnie nastawione do siebie, innych i całego świata rzadziej chorują. Uśmiech i śmiech, poprawiając pracę mózgu przyczyniają się do wydłużenia okresu dobrej starości⁵⁷.

O korzystnym wpływie uśmiechu i śmiechu pisali badacze z Loma Linda University w Kalifornii⁵⁸. Badali chorych na cukrzycę i porównywali ich z grupą ludzi zdrowych. Przedstawiono im 20-minutowe śmieszne filmiki, przeprowadzano też testy oceniające zapamiętywanie (zdolność uczenia się). Trzecią grupę stanowiły

⁵⁴ A. Freitas-Magalhães, *The Psychology of Human Smile*, University Fernando Pessoa Press, Oporto 2006.

⁵⁵ P. Ekman, W.V. Friesen, M. O’Sullivan, *Smiles when lying*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1988, 54, s. 414–420; P. Kłos-Wojtczak, *Śmiech to zdrowie*, „Wiedza i Życie” 2018, 5(1001), s. 67.

⁵⁶ N.E. Helwig, N.E. Sohre, M.R. Ruprecht i in., *Dynamic properties of successful smiles*, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179708> [dostęp: 14.05.2021].

⁵⁷ W uśmiechu mniej znaczy więcej, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C414838%2Cw-usmiechu-mniej-znaczy-wiecej.html> [dostęp: 14.03.2020].

⁵⁸ G.S. Bains, L.S. Berk, N. Daher i in., *The Effect of Humor on Short-term Memory in Older Adults: A New Component for Whole Person Wellness*, „Advances” 2014, 28, 2, s. 16–24.

osoby zdrowe, starsze, które filmików nie oglądały, ale zostały zbadane przy użyciu tych samych testów. U pacjentów z dwóch grup, które oglądały filmiki, zauważono poprawę możliwości funkcji poznawczych i były one lepsze niż w grupie trzeciej. W dwóch grupach oglądających filmiki oznaczano też poziom kortyzolu – w grupie pacjentów z cukrzycą zauważono największe korzystne spadki jego poziomu i oni też uzyskali najlepsze wyniki w testach po obejrzeniu filmików. Autorzy zasugerowali, że można wykorzystywać śmiech w hamowaniu postępu chorób metabolicznych czy neurodegeneracyjnych, a u osób w starszym wieku – naturalnego procesu starzenia się⁵⁹.

Carpe diem, spotkania z przyjaciółmi
(zaproszenie do własnej intymnej przestrzeni) i rozmowy

Carpe diem (chwytaj dzień) – bardzo lubimy powtarzać te słowa najślynniejszego rzymskiego poety, określanego mianem największego łacińskiego liryka i mistrza satyry – Horacego (właściwie **Kwintus Horacjusz Flakkus**) żyjącego w latach 65–8 p.n.e. Słowa te szczególnie wybrzmiewają z upływem lat życia i ich znaczenie jest jasne – cieszymy się każdą chwilą i zaczynamy dzień z uśmiechem, optymizmem. Warto też zaplanować spotkanie z przyjaciółmi, które oznacza zaproszenie do własnej intymnej przestrzeni i rozmowę.

Ernest Hemingway w powieści *Komu bije dzwon*, tak pisał: „Każdy powinien mieć kogoś, z kim mógłby szczerze pomówić, bo choćby człowiek był nie wiadomo jak dzielny, czasami czuje się bardzo samotny”⁶⁰.

Bardzo ważne dla dobrostanu człowieka jest przebywanie wśród innych, czyli uczestniczenie w życiu społecznym.

Rozmowy z przyjaciółmi nie zastąpi kontaktowanie się nawet z ogromną liczbą znajomych w mediach społecznościowych czy nawet wspólna gra na konsolach. Nie zastąpi jej wpatrywanie się w monitor smartfona czy wymiana krótkich myśli przez Internet. Spotkanie w gronie osób bliskich, czy tylko z jedną wybraną osobą, patrzenie sobie w oczy będące „wyrazem duszy”, w których malują się uczucia, dotyk dłoni, wreszcie dobre wkraczanie w cudzą intymność, w przestrzeń tylko jednej osoby, a także

⁵⁹ G.S. Bains, L.S. Berk, E. Lohman i in., *Humor's Effect on Short-term Memory in Healthy and Diabetic Older Adults*, <http://www.alternative-therapies.com/openaccess/singhbains213.pdf> [dostęp: 17.10.2020].

⁶⁰ E. Hemingway, *Komu bije dzwon*, Wydawnictwo „Książka i Wiedza”, Warszawa 1987. Ernest Miller Hemingway (1899–1961) – amerykański pisarz i dziennikarz.

przyjmowanie do swojej i rozmowa – dyskusja to jeden z podstawowych warunków utrzymania zdrowia psychicznego, od czego zależy nasz stan somatyczny i funkcjonowanie w społeczeństwie.

Taniec (uwalnianie od złych emocji
– wyrażanie dobrych, wymiana energii, integracja)

Taniec to nie tylko zabawa, ale też wartościowe zachowanie prozdrowotne. Od wieków towarzyszył ludziom w ich życiu. Wyrażali w ten sposób swoje emocje: radość, ból, zwycięstwo; przytulali się, wymieniając swoją energią, uzyskiwali relaks nie tylko psychiczny, ale też widoczny w napięciach mięśni, zapominali o troskach dnia codziennego, poprawiali sylwetkę i piękno zwykłego, codziennego poruszania się, czasem integrowali się w zamkniętych kręgach lub po prostu tańczyli w tłumie innych, niejako jednocząc się w tym ruchu i ulegając magii muzyki, która odgrywała i nadal odgrywa znaczną rolę w życiu człowieka.

Dla wielu ludzi taniec jest jednym ze sposobów, by wyrwać się z monotonii codziennych zajęć, bo taniec to... czysta radość.

Można tańczyć samemu w rytm muzyki – to czasem lepsze niż siłownia. Warto co pewien czas przerwać naukę czy pracę na komputerze, by przenieść się w świat muzyki i tańca.

Wystarczy poobserwować maleńkie dzieci, jak reagują na muzykę, jak w sposób wrodzony, pierwotny na nią reagują.

Muzyka i taniec nie znają barier ani granic wieku, są dostępne w różnych formach, także dla ludzi z niepełnosprawnościami.

W wieku 64 lat Wiesław Myśliwski (obecnie 89-letni) pisał, że taniec może być lekiem: „W tangu o wszystkim się zapomina, wszystko przestaje boleć, tylko by się tańczyło, tańczyło...”⁶¹.

Taniec wykorzystano jako formę terapii, która nazywa się **choreoterapia**. Jej prekursorem był m.in. Rudolf von Laban (1879–1958). Choreoterapia, wywodząca się z tańca nowoczesnego, nawiązuje do tańców szamańskich, plemiennych.

⁶¹ W. Myśliwski, *Widnokrąg*, Społeczny Instytut Wydawniczy „Znak”, Kraków 2019. Wiesław Myśliwski (ur. 1932) – polski pisarz, dwukrotny laureat Nagrody Literackiej „Nike” za powieść *Widnokrąg* (1997) oraz *Traktat o luskaniu fasoli* (2007). Twórca, który czerpiąc ze źródeł chłopskiego doświadczenia i chłopskiej „mowy żywej”, wpisuje swoje kreacje w krąg uniwersalnych praw i prawd o świecie oraz ludzkiej egzystencji; https://pl.wikipedia.org/wiki/Wies%C5%82aw_My%C5%9Bliwski [dostęp: 17.10.2020].

Bliskość intymna dorosłych (historia określenia „seks”, wpływ na jakość życia, znaczenie dotyku, życie seksualne Polaków – fakty i mity)

Słowo seks (łac. *sexus* – płeć biologiczna; *sexualis* – należący do płci) przeniknęło do języka angielskiego i po raz pierwszy w oznaczaniu płci go użył w 1382 r., tłumacząc *Biblię*, John Wycliffe (1320–1384). Jednak to John Donne (1572–1631) w utworze *Songs and Sonnets* z 1631 r. użył słowa *sexe* dla określenia pożądania seksualnego i miłości fizycznej. W języku polskim najpierw pojawił się przymiotnik „seksualny”; użyto go w 1906 r. w tłumaczeniu tytułu książki Augusta Forela (1848–1931) pt. *Zagadnienia seksualne*⁶². Słowo „seks” pojawiło się dopiero po II wojnie światowej.

Słownik języka polskiego PWN podaje dwa znaczenia pojęcia „seks”. Według tego słownika jest to „ogół spraw i czynności związanych z zaspokajaniem popędu płciowego”, słowo to służy także do określenia czyjejs atrakcyjności seksualnej.

Encyklopedia PWN definiuje seks jako „ogół spraw związanych z życiem płciowym człowieka”, a także jako „zespół cech wzbudzających pociąg płciowy” oraz „w węższym potocznym znaczeniu określenie stosunku płciowego”.

Zespół badaczy z Oregon State University przeprowadził dwutygodniową obserwację 160 pracowników pozostających w związkach małżeńskich⁶³. Pytając ich o życie intymne, ustalono, że jeszcze przez 24 godziny po zbliżeniu uzyskiwali oni wyraźnie wyższe wyniki w pracy zawodowej, które oceniano specjalnymi testami. Autorzy tej pracy podkreślili rolę wydzielającej się w mózgu podczas miłosnego aktu – dopaminy, neuroprzekaźnika związanego nie tylko z odczuwaniem przyjemności, pozytywnymi emocjami, ale też poprawiającego przez układ pozapiramidowy koordynację i napęd ruchowy.

Naukowcy z McGill University odkryli, że satysfakcjonujące życie seksualne może poprawiać zdolności poznawcze młodych kobiet, prawdopodobnie poprzez pobudzenie nowych neuronów w hipokampie, a zespół badaczy z Uniwersytetu w Amsterdamie przekonywał, że wpływa ono korzystnie na koncentrację i myślenie analityczne, jednocześnie stan zakochania pobudza myślenie strategiczne długofalowe. Badacze ci zauważyli także, że nawet tylko wspomnianie tych przyjemnych uczuć i wydarzeń poprawia pamięć oraz zdolności poznawcze.

⁶² A. Forel, *Zagadnienia seksualne – roztrząsane ze stanowiska nauk przyrodniczych, psychologii, higieny i socjologii*, Lwów 1906.

⁶³ 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].

Badacze z Johns Hopkins University na podstawie umiejętnie zaprojektowanych ankiet wysłanych do ponad 3 tys. osób w wieku 18–26 lat doszli do wniosku, że udane życie seksualne wpływa pozytywnie na rozwój młodych dorosłych. Dotyczyło to (w odróżnieniu od mężczyzn) w wyższym stopniu kobiet, u których obserwowano wzrost empatii, zdrowej samooceny oraz rozwój poczucia autonomii.

Doświadczanie bliskości intymnej okazało się także dobrym sposobem na poprawę radzenia sobie ze stresem. Badacze z Universität Zürich dokonali pomiaru kortyzolu (uznawanego za hormon stresu) u 51 par i porównali z podawanym przez ankietowanych czasem, który spędzali na kontaktach intymnych i stopniem zaangażowania emocjonalnego. Okazało się, że im bardziej analizowane dane były pozytywne, tym znacznie korelowały z obniżaniem poziomu kortyzolu. Przy okazji dokonano analizy życia zawodowego tych par, udowadniając, że rzadziej chorowały na choroby zawodowe.

Inne badania, przeprowadzone przez zespół z University of Paisley, wykazały, że kontakty seksualne miały korzystny wpływ na ciśnienie tętnicze krwi – nie tylko obniżały ciśnienie, ale zabezpieczały przed jego skokami w stresie.

Znaczenie dotyku w zbliżeniu intymnym. Problemy zauważane przez seksuologów. Od dawna seksuolodzy zauważają skargi kobiet na to, że nie doznają „żadnych pieszczot, tylko seks”. Jest to prawdopodobnie efekt m.in. sposobu wychowywania, gdyż chłopców w miarę dojrzewania przytula się coraz mniej, myśląc i mówiąc, żeby byli mężczyźni. Z raportu „Seksualność Polaków 2017”, który podsumowuje badania seksuologa prof. Zbigniewa Izdebskiego, wynika, że w przypadku Polaków tzw. gra wstępna, określana przez niektórych jako „królestwo dotyku zmysłowego”, zaspokajająca potrzebę dotyku i przytulania, jest z roku na rok coraz krótsza. Obecnie trwa średnio 15 minut. Coraz częściej psychologowie podają, że dla wielu ludzi dotyk w seksie jest ważniejszy niż sam akt. Wiele badań wskazuje na to, że ta forma zbliżenia wzmacnia związki, pokazuje wzajemne zainteresowanie i potrzebę bliskości. Intymna gra wstępna, nawet jeśli nie prowadzi do seksu, ma sens. Warto wspomnieć udowodnione naukowo ogromne znaczenie dla związku pieszczoty po seksie (*afterplay*)⁶⁴.

Seksuolodzy zauważają, że coraz więcej osób zgłasza się do nich po poradę. **Powoli temat przestaje być tabu, wstydem.** To ważne, bo satysfakcjonujące życie seksualne jest jednym z najważniejszych elementów zachowania zdrowia i radości życia. Z uwagi na złożoność doznań, nie tylko sam akt jest istotny, ale cała towarzysząca temu skala odczuć, jak dotyk i poczucie istoty związku dwojga ludzi. Te elementy powinny być podkreślane w edukacji młodych, jakże często oglądających

⁶⁴ T. Olszak, A. Sowa, *Zbawienny wpływ dotyku*, https://www.polityka.pl/jamyoni/173_6308,1,zbawienny-wplyw-dotyku.read [dostęp: 17.03.2020].

filmy pornograficzne i usiłujących przenieść obrazy i zachowania do własnego życia, co często kończy się spadkiem nastroju, samopoczucia i niekorzystną samooceną. Seksuolodzy podkreślają także, że należy zgłaszać lekarzowi POZ problemy z zaburzeniem erekcji, gdyż może to być pierwszy objaw chorób układu krążenia czy mikroangiopatii cukrzycowej.

Zdarzają się też przypadki tzw. **dysforii postkoitalnej**, która coraz częściej dotyczy mężczyzn, polega na obniżeniu nastroju po odbyciu stosunku płciowego; wykazali to badacze z Queensland University of Technology. Anonimowe badania ankietowe przeprowadzone wśród mężczyzn w różnych krajach pokazały, że aż 41% z nich przeżyło ten stan kiedyś, a 20% – w ciągu ostatnich czterech tygodniach przed badaniem. Być może jednak, czego nie udowodniono, nie chodziło o sam seks, a o pojawiające się w tej sferze problemy.

Lekarze podkreślają to, co jest oczywiste, że dla dobrych relacji pomiędzy ludźmi, a także satysfakcjonującego seksu, konieczna jest obopólna zgoda na ten akt.

Życie seksualne Polaków – mity i fakty. Problem ogólności, badania. Udane życie seksualne podnosi jakość życia poprzez wpływ na zdrowie psychiczne, fizyczne człowieka, na jego relacje rodzinne i społeczne. Wyraźnym problemem przełomu XX/XXI wieku jest nie tylko zanik zainteresowania klasycznymi formami seksu i zastąpienia ich „obcowaniem” z Internetem lub odpowiednimi gadżetami. Coraz częściej powodem jest nieradzenie sobie z nasilającym się stresem dnia codziennego, ale też zanik popędu płciowego spowodowany toksycznym wpływem środowiska. Prowadzi to do pogorszenia stanu zdrowia populacji i postępującego kryzysu demograficznego, ze wszystkimi skutkami społecznymi.

Na zlecenia Ipsos MORI⁶⁵ w 2018 r. przeprowadzono badania m.in. dotyczące wiedzy na temat aktywności seksualnej młodego pokolenia (18–29 lat) w USA i Wielkiej Brytanii. Podawane przez ankietowanych informacje dotyczące aktywności seksualnej są niewiarygodne, bo być może wynikają z chęci „koloryzowania”. Na przykład, ankietowani zaznaczali, że młodzi mężczyźni uprawiają seks przeciętnie 180 razy w roku, podczas gdy realna i przeciętna liczba zbliżeń z partnerką/partnerem wynosi zaledwie 50. Podobnie kształtowała się wiedza na temat życia seksualnego kobiet – panowie podawali, że przeciętna obywatelka USA lub Wielkiej Brytanii odbywa akt seksualny odpowiednio aż 23 i 22 razy w ciągu miesiąca, podczas gdy w praktyce okazało się, że przeciętna Brytyjka w ciągu miesiąca uprawia seks zaledwie 5-krotnie, natomiast jej amerykańska koleżanka 6-krotnie.

⁶⁵ Badania Ipsos MORI prowadzone są za pomocą szerokiej gamy metodologii, zwłaszcza wywiadów telefonicznych wspomaganych komputerowo (CATI), a także ankiet „twarzą w twarz” i Internetu. Wiele ankiet telefonicznych wykorzystuje system o nazwie „losowe wybieranie numeru”, aby przeprowadzić wywiad z reprezentatywną grupą populacji.

Jedynie podawana liczba partnerów seksualnych, prognozowanych na czas gdy osiągną wiek pomiędzy 45 a 54 lata, była zbliżona do aktualnych danych dotyczących tej grupy wiekowej. W przypadku gdy panowie odpowiadali na to pytanie w odniesieniu do kobiet – ich wyobrażenia dwukrotnie przekraczały rzeczywistość.

Podczas IX Ogólnopolskiej Debaty o Zdrowiu Seksualnym prof. Zbigniew Izdebski przedstawił raport z badań przeprowadzonych na reprezentatywnej grupie 2,5 tysięcy Polaków w wieku powyżej 18. roku życia w ramach programu „Seksualność Polaków 2017”. Była to piąta edycja jego badań i po raz pierwszy objęto nimi wszystkich dorosłych Polaków. **Dotyczyły poziomu ich zadowolenia z życia seksualnego.**

Specjalista zauważył, że w **tym obszarze obserwuje się coraz większe różnice międzypokoleniowe, które mogą świadczyć o zmianie obyczajowej wśród młodych Polaków.** Obecni 30–40-latkowie w omawianej dziedzinie stali się podobni do 20-latków i są bardziej zadowoleni z życia seksualnego oraz bardziej otwarci na różnorodne zachowania seksualne niż ludzie po 50. roku życia. Zadowolenie ze swojego życia seksualnego oraz opinię, że odgrywa ono istotną i bardzo istotną rolę w ich życiu, wyraziło 42% ogółu ankietowanych (tak jak w poprzednich badaniach przewagę stanowili mężczyźni – 55%, a kobiety – 49%). W grupie 18–29 lat zadowolonych z tego powodu było 53% ankietowanych – wśród osób w wieku 30–49 lat – 70% badanych, ale u osób mających ponad 50 lat jedynie 36%. Z uroków seksu najbardziej zatem korzystały osoby w średnim wieku.

Zauważony był niepokojący wynik badania osób w wieku powyżej 50. roku życia. Jest to już alarmujący trend, za co – być może – odpowiada znaczna częstość występowania osób samotnych w tym wieku, ale nawet pozostający w stałych związkach podawali, że seks jest dla nich mało ważny.

Drugim ważnym elementem był wynik badania, który wskazywał, że tylko 76% Polaków w wieku 18–49 lat uprawiało seks, co stanowiło mniej o 3% niż w badaniach w 2011 r. i aż o 10% mniej niż w 1997 r. Nie zadawano tego pytania osobom w wieku powyżej 50. roku życia. Nie zmieniła się długość trwania pojedynczych kontaktów seksualnych – wynosi średnio 13–15 minut, ale skróciła się długość gry wstępnej z 20 minut w 2005 r. do 15 minut. 23% osób przyznało, że kiedy było singlem, miało relacje o charakterze seksualnym – ale dotyczyło to jedynie 10% osób po pięćdziesiątce. Jedynie 17% wszystkich ankietowanych (12% osób po 50. roku życia) uważało, że można pozostawać jednocześnie w dwóch stałych związkach i to przez długie lata. Autorzy badania zauważyli, że Polacy na tle innych Europejczyków pod względem swoich zachowań seksualnych są jednak tradycjonalistami.

Konsultant krajowy ds. psychiatrii prof. Piotr Gałeczki zauważył, że **spadek zainteresowania seksem związany jest z coraz większym stresem, zmęczeniem wykonywaną pracą, ale też środowiskowymi czynnikami toksycznymi**. Współczesną tendencją jest niezawieranie związków małżeńskich. Jest to niekiedy wyraz korzyści finansowych (pierwszeństwo w przyjmowaniu do przedszkoli dzieci z niepełnych rodzin czy różne świadczenia dla samotnie wychowujących dziecko), ale też wyraźnej zmiany myślenia młodych ludzi często związanej z niezależnością materialną kobiet oraz poczuciem wolności wyboru.

Prof. Eugenia Mandal zwróciła uwagę, że nadal 70% Polaków jest w związkach małżeńskich, a jedynie 11% w nieformalnych, choć mieszkających razem. W 1974 r. takich nieformalnych związków było w naszym kraju zaledwie 1%.

Obecnie 20% dzieci przychodzi u nas na świat w związkach pozamałżeńskich⁶⁶.

⁶⁶ Raport: jedynie 42 proc. Polaków zadowolonych z życia seksualnego; PAP – Nauka w Polsce, 2017, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C413058%2Craport-jedynie-42-proc-polakow-zadowolonych-z-zycia-seksualnego.html> [dostęp: 17.03.2020].

Jerzy T. Marcinkowski
Zofia Konopielko
Paulina Rosińska
Marek A. Motyka

Styl życia a zdrowie

Zgodnie z modelami holistycznych determinant zdrowia zaproponowanych w 1973 r. przez Tanto Bluma z Kalifornii i Marca Lalonde'a – ministra zdrowia Kanady¹, zawartych rok później w raporcie *A New Perspective on the Health of Canadians, a working document*, wprowadzono koncepcję pól zdrowia, stanowiących cztery główne kategorie determinant zdrowia, procentowy ich udział w utrzymaniu oraz zachowaniu zdrowia:

- styl życia ludzi (55%);
- środowisko życia (20%);
- czynniki biologiczno-dziedziczne (15%);
- organizacja opieki zdrowotnej (10%)².

Niewątpliwą i niepodważaną przez naukowców najważniejszą determinantą zdrowia jest styl życia, gdyż zdrowie zależy aż w 55% od tego, w jaki sposób człowiek spędza życie i co jest tylko od niego w pełni zależne. Na pozostałe nie ma wpływu, lub ten wpływ jest znacznie mniejszy.

¹ <https://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema4.pdf> [dostęp: 1.03.2021].

² M. Lalonde, *A New Perspective on the Canadians. Working Document*, Minister of National Health and Welfare, Ontario 1974.

10 zasad zdrowego stylu życia dla dorosłych, dzieci, sportowców

Na podstawie obserwacji Lalonde'a i licznych współczesnych opracowań naukowych podano 10 zasad zdrowego stylu życia:

1. Nie pal.
2. Chroń 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. Chroń się przed słońcem i szerokim łukiem omijaj solaria.
8. Dbaj o psychikę.
9. Zadbaj o sen.
10. Regularnie badaj się:
 - podstawowe badania profilaktyczne (morfologia i moczu) – najlepiej raz w roku;
 - kontrola poziomu glukozy, a u osób po czterdziestce – cholesterolu;
 - regularny pomiar ciśnienia krwi;
 - udział w bezpłatnych badaniach przesiewowych, aby wcześniej wykryć niepokojące zmiany.

W ramach NFZ dostępne są bezpłatne badania profilaktyczne:

- raka piersi (badania mammograficzne zalecane są u kobiet w wieku od 50 do 69 lat, które nie miały wykonywanego badania w ciągu ostatnich 2 lat);
- raka szyjki macicy (cytologia zalecana jest dla pań w wieku od 25–59 lat, które nie miały takiego badania w ciągu ostatnich trzech lat);
- chorób układu krążenia (jeśli w tym roku kalendarzowym masz 35, 40, 45, 50, 55 lat, możesz poprosić swojego lekarza pierwszego kontaktu, by skierował Cię na dodatkowe badania, które określą Twoje ryzyko choroby układu krążenia). Szczególnie jest to ważne dla osób obciążonych takimi czynnikami ryzyka, jak: palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze krwi, wysoki poziom złego cholesterolu, niska aktywność ruchowa, nadwaga i otyłość, upośledzona tolerancja glukozy, nadmierny stres, nieracjonalne odżywianie się (z takich badań można skorzystać raz na pięć lat).

Jak dbać o zdrowie dzieci w XXI wieku – 10 zasad:

1. Jedz regularnie pięć 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.
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 słodyczy (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 dwóch godzin na dobę.
9. Wysypiaj się.
10. Sprawdzaj regularnie wysokość i masę ciała³.

10 zasadniczych założeń zdrowego stylu życia dla sportowców i nie tylko, według 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.

³ W. Szczepaniak, *10 zasad zdrowego stylu życia dla dzieci i młodzieży*, <https://zdrowie.pap.pl/rodzice/10-zasad-zdrowego-stylu-zycia-dla-dzieci-i-mlodziezy> [dostęp: 23.07.2020].

10. Postawa copingowa – umiejętność radzenia sobie w życiu, optymistyczne nastawienie⁴.

O znaczeniu **dotyku, tańca, spotkań z przyjaciółmi i bliskości intymnej** dla zdrowia psychicznego, fizycznego, ale też społecznego podano w poprzednim rozdziale. Wartości tych elementów są podkreślane przez większość naukowców, ale też doświadczane przez każdego człowieka na co dzień.

Prozdrowotny styl życia – definicja, zachowania profilaktyczne

Prozdrowotny styl życia jest to zespół codziennych 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; dotyczy aktywności fizycznej, racjonalnego odżywiania się, odpowiedniego czasu snu i jego jakości, a także aktywnego wpływu na środowisko. Natomiast w kontekście zdrowia psychicznego jest to unikanie nadmiaru stresów, radzenie sobie z problemami, a także korzystanie ze wsparcia społecznego i dawanie go. Prozdrowotny styl życia ma też wpływ na przebieg choroby i wyniki jej leczenia.

Zachowania profilaktyczne (prewencyjne) to przede wszystkim: samokontrola zdrowia i samobadanie, poddawanie się badaniom profilaktycznym, bezpieczne zachowania w życiu codziennym. Jednocześnie ważne jest niepodejmowanie zachowań ryzykownych, jak: palenie tytoniu (papierosów elektronicznych), spożywanie alkoholu, używanie innych substancji psychoaktywnych, nadużywanie leków niezaleconych przez lekarza.

⁴ 10 zasad zdrowego stylu życia, <https://zdrowie.pap.pl/10-zasad-zdrowego-stylu-zycia> [dostęp: 26.04.2020]; Z. Cendrowski, *Przewodźcą innym*, Agencja Promo-Lider, Warszawa 1997, <https://docplayer.pl/24567574-Zrodlo-zbigniew-cendrowski-przewodzc-innym-wyd-agencja-promo-lider-warszawa-1997-tab-wplyw-ruchu-wplyw-ruchu-i-treningu-na-organizm.html> [dostęp: 19.05.2021].

Aktywność fizyczna

Ci, którzy myślą, że nie mają czasu na uprawianie sportu, prędzej czy później będą musieli znaleźć czas na chorobę⁵.

Edward Stanley

Jednym z najważniejszych czynników powodujących choroby cywilizacyjne, które są zagrożeniem współczesnych społeczeństw, jest zmniejszona aktywność ruchowa (siedzący tryb życia – zwykle przed monitorem) oraz nieprawidłowe odżywianie się.

Już 150 minut umiarkowanej aktywności tygodniowo wystarczy, żeby poczuć się lepiej we własnym ciele, zbić wagę i obniżyć ciśnienie krwi⁶.

Sytuacja w Polsce, rekomendacja w USA, zalecenia dla dzieci i młodzieży wg WHO

Sytuacja w Polsce

W 2018 r. Kantar Public – na zlecenie Ministerstwa Sportu i Turystyki – przeprowadził sondaż Omnibus (ok. 1000 wywiadów CAPI realizowanych na ogólnopolskiej próbie Polaków w wieku 15 lat i powyżej).

Celem badania było sprawdzenie, jaka część społeczeństwa polskiego spełnia rekomendacje WHO dotyczące zalecanej dawki podejmowanej aktywności fizycznej pozytywnie wpływającej na zdrowie.

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

Zauważono, że tylko 1/5 Polaków (21,8%) – częściej mężczyzn w wieku 15–69 lat – spełnia kryteria wskazane przez WHO. Nieco więcej, bo 30,6% badanych, prowadzi regularną aktywność związaną z jazdą na rowerze.

⁵ Edward Stanley, 1873 r., https://pl.qwe.wiki/wiki/Edward_St Stanley, 17th_Earl_of_Derby [dostęp: 22.06.2021].

⁶ NFZ. Otyłość – choroba wagi ciężkiej, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/otylosc-choroba-wagi-ciezkiej,7355.html> [dostęp: 18.04.2020].

Mężczyźni częściej niż kobiety spełniają normy WHO w odniesieniu do aktywności w czasie wolnym (24,0% w stosunku do 19,7%) oraz aktywności uwzględniającej jazdę na rowerze (kolejno 34,5% w stosunku do 26,7%)⁷.

USA – rekomendacje 2018

Według szacunków amerykańskich ekspertów nawet 10% zgonów rocznie w USA jest konsekwencją zbyt małej aktywności fizycznej. Czasopismo „Journal of the American Medical Association” („JAMA”) opublikowało najnowsze rekomendacje dotyczące poziomu aktywności fizycznej dla dzieci i dorosłych⁸.

Poprzednie amerykańskie wytyczne dotyczące aktywności fizycznej zostały opublikowane w 2008 r. Autorzy zaleceń odeszli od rekomendacji, według której jednorazowa „dawka” aktywności fizycznej powinna trwać przynajmniej 10 minut. Obecne zalecenia z 2018 r. nie dotyczą już czasu jednorazowego treningu.

Zidentyfikowano też kolejne 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;
- zmniejszenie ryzyka upadków i związanych z nimi chorób oraz urazów u osób w podeszłym wieku.

Według amerykańskich ekspertów aktywność fizyczna na właściwym poziomie to przynajmniej 150 minut (60 minut dla dzieci i młodzieży) ćwiczeń aerobowych o umiarkowanym stopniu wysiłku. Zalecane są również ćwiczenia rozciągające i wzmacniające układ kostno-stawowy:

- przynajmniej 60 minut lub więcej ćwiczeń aerobowych dziennie o umiarkowanym lub znacznym wysiłku fizycznym;
- włączanie do codziennego treningu przynajmniej trzy razy w tygodniu ćwiczeń wzmacniających mięśnie i kości.

⁷ Ministerstwo Sportu i Turystyki, <https://www.msit.gov.pl/pl/sport/badania-i-analizy/aktywnosc-fizyczna-spol/575,Aktywnosc-fizyczna-spoleczenstwa.html> [dostęp: 2.05.2020].

⁸ K.L. Piercy, R.P. Troiano, R.M. Ballard i in., *The Physical Activity Guidelines for Americans*, „JAMA” 2018, 320(19), s. 2020–2028.

Zalecenia dotyczące aktywności fizycznej dla osób dorosłych:

- nie mniej niż 2,5 godziny (ale nie więcej niż 5 godzin) tygodniowo ćwiczeń aerobowych o umiarkowanym wysiłku fizycznym lub nie mniej niż 75 minut (ale nie więcej niż 2,5 godziny) ćwiczeń o dużym wysiłku fizycznym;
- przynajmniej dwa razy w tygodniu trening siłowy powinien być wzbogacony o ćwiczenia wzmacniające mięśnie i kości.

Eksperti podkreślają, że najlepszym rozwiązaniem jest równomierne rozłożenie aktywności fizycznej w ciągu tygodnia. Osoby starsze lub kobiety w ciąży albo w okresie połogu również nie powinny – w miarę swoich możliwości – rezygnować z aktywności fizycznej. W ich przypadku rekomenduje się około 2,5 godziny ćwiczeń aerobowych na tydzień.

Zalecenia dla dzieci i młodzieży – wg WHO

Aktywność fizyczna zapewnia prawidłowy rozwój zarówno fizyczny, jak i umysłowy, już od dzieciństwa, umożliwia kontrolowanie masy ciała, koordynacji i kontroli ruchów, zapobiega chorobom cywilizacyjnym, buduje sprawność układu krążenia, oddechowego, podnosi odporność, ale też daje korzyści psychiczne – obniża poziom lęku, zapobiega depresji, umożliwia budowanie i utrwalanie pewności siebie oraz właściwych relacji społecznych. W związku z tym WHO wystosowała następujące zalecenia dotyczące dzieci i młodzieży⁹:

- zaleca się co najmniej 60 minut aktywności fizycznej o umiarkowanej lub wysokiej intensywności;
- każda ilość dodatkowej aktywności fizycznej, przekraczająca zalecane minimalne 60 minut, zapewnia dodatkowe korzyści zdrowotne;
- większość dziennej aktywności fizycznej dzieci i młodzieży powinny stanowić umiarkowanie intensywne ćwiczenia aerobowe (czyli tlenowe), do których należy włączyć ruch o intensywnym natężeniu, wymagający większych nakładów energetycznych;
- co najmniej trzy razy w tygodniu aktywności ruchowe winny być ukierunkowane na wzmacnianie i kształtowanie mięśni i kości, a zatem idealne dla dzieci będą gry i zabawy grupowe lub indywidualne z piłką, bieganie, skakanie, jazda na rowerze, rolkach, czyli zajęcia zwiększające siłę, szybkość i gibkość.

⁹ NCŻŻ IŻŻ. Centrum Dietetyczne, <https://ncez.pzh.gov.pl/poradnia-cdo/centrum-dietetyczne-online-nasza-misja/> [dostęp: 19.05.2021]; M. Łopuszańska-Dawid, *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: 28.04.2020].

U dzieci, których poziom dziennej aktywności ruchowej nie spełnia zalecanego przez WHO minimum, należy zacząć od niewielkiej ilości aktywności fizycznej i stopniowo zwiększać czas jej trwania, częstotliwość i intensywność w czasie. Jeśli to możliwe, również dzieci i młodzież niepełnosprawna, powinny spełniać te zalecenia, choć oczywiście zajęcia ruchowe w ich przypadku winny być ukierunkowane na konkretne schorzenia i powinny być konsultowane z lekarzami prowadzącymi¹⁰.

Wytyczne WHO pokrywają się z rekomendacjami innych ekspertów, którzy zalecają, aby minimalna aktywność fizyczna dzieci i młodzieży wynosiła 6 000 kroków dziennie wykonywanych z co najmniej umiarkowaną intensywnością¹¹. Według zaleceń WHO dotyczących aktywności fizycznej niemowląt i dzieci poniżej 5. roku życia, udostępnionych w 2019 roku¹²:

- dzieci w wieku poniżej 5. roku życia nie powinny korzystać z telewizorów, smartfonów, komputerów, tabletów;
- należy ograniczać siedzący tryb życia dziecka (foteliki, wózki, bujaczki);
- konieczne jest zwrócenie uwagi na odpowiednio długi i dobrej jakości sen dziecka.

Niemowlęta do pierwszego roku życia powinny spędzać ok. 30 minut dziennie na brzuchu, a czas spędzany w wózku, krzeselku nie powinien w ciągu dnia przekraczać godziny. Noworodki i niemowlęta do 3. miesiąca powinny przespiać 14–17 godzin na dobę, niemowlęta w wieku 4–11 miesięcy 12–16 godzin na dobę, a dzieci w wieku 1–2 lata powinny spędzać czas w ruchu co najmniej 180 minut na dzień. Podobnie jak niemowlęta, nie powinny być sadzane na krzeselkach lub krepowane w nosidlach dłużej niż 1 godzinę dziennie.

Eksperti WHO dopuszczają ekspozycję na ekrany dzieci od 2. roku życia, ale nie powinna ona trwać dłużej niż godzinę. Sen w tym wieku powinien trwać od 11 do 14 godzin dziennie. Dzieci w wieku 3–4 lat powinny spędzać co najmniej 180 minut dziennie na różnego rodzaju aktywności, z czego minimum 60 minut powinna stanowić umiarkowana lub intensywna aktywność fizyczna¹³. Nie powinny

¹⁰ T.N. Gomes, P.T. Katzmarzyk, D. Hedeker i in., *Correlates of compliance with recommended levels of physical activity in children*, „Scientific Reports” 2017, 7(1), s. 16507.

¹¹ Nowe amerykańskie zalecenie dotyczące aktywności fizycznej, „Puls Medycyny”, 23.11.2018, <https://pulsmedycyny.pl/nowe-amerykanske-zalecenie-dotyczace-aktywnosci-fizycznej-946425> [dostęp: 28.04.2020].

¹² WHO: więcej ruchu, mniej ekranów. Nowe wytyczne dla dzieci poniżej 5 r.ż., <https://www.politykaszczrowotna.com/44207,who-wiecej-ruchu-mniej-ekranow-nowe-wytyczne-dla-dzieci-ponizej-5-rz> [dostęp: 28.04.2020].

¹³ <https://www.politykaszczrowotna.com/44207,who-wiecej-ruchu-mniej-ekranow-nowe-wytyczne-dla-dzieci-ponizej-5-rz> [dostęp: 2.03.2021].

spędzać dłużej niż godzinę w pozycji wymuszonej – fotelik, nosidło, wózek. WHO zaleca też ich opiekunom czytanie książek oraz opowiadanie historii. Sen powinien trwać 10–13 godzin i obejmować drzemkę w dzień. Należy przestrzegać regularnych godzin zasypiania i pobudki.

Korzyści płynące z regularnych ćwiczeń fizycznych to profilaktyka, ale też leczenie choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego, udaru mózgu, zaburzeń lipidowych, cukrzycy, osteoporozy, otyłości, schorzeń narządu ruchu.

Korzyści dla zdrowia psychicznego to *feel good factor*, *the fun factor* – warunkujące lepszą jakość życia, rozwój fizyczny dzieci i młodzieży, korzystny wpływ na proces starzenia się – kształtowanie pozytywnego obrazu osoby starszej i jej niezależności. Korzyści społeczne są też wymierne, np. mniejsze wydatki na ochronę zdrowia i pomoc społeczną¹⁴.

Zagrożenia zdrowia i zgony podczas aktywności fizycznej

Przyczynami zagrożenia zdrowia podczas aktywności fizycznej są:

- nadmierna aktywność fizyczna, niedopasowana do wieku i stanu zdrowia;
- brak rozgrzewki;
- nieodpowiednie miejsce;
- źle przygotowany sprzęt;
- brak zabezpieczeń;
- złe warunki atmosferyczne;
- duszne pomieszczenie;
- wydarzenia losowe np. wzajemne przypadkowe uszkodzenie ciała w czasie zajęć sportowych.

Zagrożenia zdrowia związane z aktywnością fizyczną to urazy tkanek miękkich, które zdarzają się najczęściej, ale też wzrost produkcji wolnych rodników, hipertermia, hipotermia, nagłe powikłania ze strony układu krążenia, a nawet nagła śmierć. Urazy dotyczą skóry, mięśni, ścięgien, więzadeł, torebek stawowych, ale zdarza się, że i kości. Są to najczęściej: 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 mikroura-**

¹⁴ W. Drygas, A. Jegier, *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].

zów, które zwykle nie przechodzą bez śladu, mają charakter przewlekły i prowadzą w dalszej perspektywie czasowej do wielu zaburzeń zdrowotnych¹⁵. Choroba ma przebieg skryty, następuje zwłóknienie tkanek, upośledzenie kurczliwości mięśnia czy elastyczności więzadła. **Uszkodzenia tkanek, zwłaszcza przewlekłe, na skutek mikrourazów są często lekceważone, nie zawsze właściwie diagnozowane i leczone**¹⁶.

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

Nagła śmierć, która występuje w czasie lub bezpośrednio po wysiłku fizycznym, zdarza się rzadko – średnio dotyczy 2 osób na 100 tys. uprawiających sport. W krajach zbliżonych wielkością do Polski notuje się rocznie od kilkunastu do kilkudziesięciu 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 itp.

Spśród przyczyn zgonów niezwiązanych z urazem dominują zgony z przyczyn kardiologicznych (nagła śmierć sercowa – NSS). U ludzi młodych zdarza się sporadycznie i większości przypadków jest następstwem niewykrytych wcześniej wad lub chorób układu krążenia (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 – kardiomiopatia przerostowa, a u osób w wieku powyżej 30. roku życia najczęściej – choroba wieńcowa i jej powikłania (ostra niewydolność wieńcowa, zawał serca) z prowadzącą do zgonu arytmia.

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

8 maja 2021 r. w czasie trwającej pandemii COVID-19 podano za „New York Post”, że w dwóch prowincjach Chin zmarło nagle podczas zajęć wf oraz biegów na 100 m dwóch chłopców. Jako przyczynę ich zgonu podano zatrzymanie akcji serca. Sekcja zwłok uczniów nie została jednak przeprowadzona, ponieważ rodzice nie wyrazili na nią zgody. Według nich do śmierci nastolatków przyczynić się miał fakt, że podczas zajęć nosili maseczki zasłaniające usta i nos. Według lekarzy jest

¹⁵ Z. Jethon, *Aktywność ruchowa jako dystres*, „Hygeia Public Health” 2013, 48(2), s. 156–161, <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2013/hyg-2013-2-156.pdf>

¹⁶ K. Mazurek, *Zagrożenia zdrowia związane z aktywnością fizyczną*, NCEŻ IŻŻ, <https://ncez.pl/aktywnosc-fizyczna/osoby-dorosle/zagrozenia-zdrowia-zwiazane-z-aktywnoscia-fizyczna> [dostęp: 19.05.2021].

to mało prawdopodobna przyczyna zgonu, jednak stało się to ostrzeżeniem, by w takich warunkach ograniczać wysiłek fizyczny¹⁷.

Rozważając ten temat, warto przypomnieć, że w wypadkach komunikacyjnych ginie znacznie więcej osób, a korzyści dla zdrowia z aktywności fizycznej są niewymierne. Jednak obowiązuje rozważa i uwzględnianie podanych zaleceń dotyczących choćby wieku czy chorób towarzyszących¹⁸.

Ludzie uprawiający intensywne ćwiczenia fizyczne, nawet uważane za rekreacyjnie, a szczególnie sportowcy, powinni być wstępnie, a potem okresowo badani przez lekarza. Jeśli ćwiczenia nie są zbyt intensywne, raczej 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) opracowały zasady kwalifikacji do ćwiczeń fizycznych, uwzględniając płeć, 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, ale 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 kardiologa¹⁹.

Żywienie

Wiedza o prawidłowym żywieniu jest tak rozległa, że przekracza ramy niniejszej książki. Ponadto temat jest rozpowszechniany w mass mediach – w zaleceniach oficjalnych, poradnikach czy blogach. Coraz liczniejsze grupy ludności stosują diety, takie jak wegetarianizm czy weganizm – jest to wyraz pewnej filozofii życiowej, ale często też mody. Niespożywanie mięsa wywodzi się ze świadomości i wrażliwości na cierpienia zwierząt hodowlanych czy nawet żyjących w dobrych warunkach lub w swoim naturalnym

¹⁷ <https://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/7,114881,25929368,chiny-uczniowie-zmarli-podczas-wf-u-wedlug-rodzicow-powodem.html> [dostęp: 19.05.2021].

¹⁸ W. Drygas, A. Jegier, *Zalecenia dotyczące aktywności...*, op. cit.

¹⁹ K. Mazurek, *Zagrożenia zdrowia...*, op. cit.

środowisku, ale zabijanych, a także z wiedzy o tym, jak bardzo hodowle niszczą nie tylko bezpośrednie środowisko człowieka, ale też planetę (np. wzmożona produkcja dwutlenku węgla, zanieczyszczenie gleby, zużycie wody, globalne ocieplenie).

Piramidy żywienia (ujęcie historyczne i współczesne),
inne współczesne formy obrazowania
– MyPlate, Healthy Eating Plate, Chińska Pagoda Dietetyczna

Wprawdzie o posiłkach pisał już Hippokrates, ale historia myśli powstania i rozwoju myśli związku prawidłowego odżywiania się z zachowaniem zdrowia jest relatywnie młoda.

Pierwsze wytyczne żywieniowe U.S. Department of Agriculture (USDA) zostały opublikowane w 1894 r. w biuletynie dla rolników przez dr Wilbura Olin Atwatera. W publikacji z 1904 r. podał on zasady żywienia i wartość odżywczą żywności, wymieniając rodzaje żywności, sposób pomiaru zawartości kalorycznej, zaproponował niedrogie, ale uważane za zdrowe, diety (z ograniczeniem tłuszczu, cukru i skrobi). Informacja ta poprzedzała odkrycie witamin, co nastąpiło dopiero w 1910 r.

W 1916 r. Caroline Hunt wydała nowy przewodnik pt. *Żywność dla małych dzieci*, odnosząc się do mleka, mięsa, płatków, warzyw i owoców, a w 1917 r. promowano podawanie pięciu grup żywności dla dorosłych, w odniesieniu do których w 1920 r. podano wytyczne. W 1933 r. w okresie trudności ekonomicznych (tzw. Wielka Depresja) podano zasady żywienia oparte na czterech różnych poziomach kosztów, ale też działaniu prozdrowotnym. W 1941 r. powstały pierwsze zalecenia żywieniowe z podaną listą kalorii, zawartości białka, żelaza, wapnia i witamin A, grupy B, C i D.

Podczas II wojny światowej USDA podał „Basic seven” – bazę grup żywności, dyktowaną po części wojennym racjonowaniem żywności. Zasady obowiązywały od 1943 r. do 1956 r. i wymieniono w nich siedem grup produktów niezbędnych dla zachowania zdrowia:

- zielone i żółte warzywa (niektóre surowe, niektóre gotowane, mrożone lub w puszkach);
- pomidory, pomarańcze, grejpfruty (lub surowce kapusty czy sałatkowe zielenie);
- ziemniaki i inne warzywa oraz owoce (surowe, suche, gotowane, zamrożone lub w puszkach);
- produkty mleczne i mleko;
- mięso, drób, ryby albo jaja (lub suszone fasola, groch, orzechy czy masło orzechowe);

- pieczywo, mąka i produkty zbożowe (naturalne całe ziarna lub wzbogacone albo odtworzone);
- masło i wzmocnione margaryny (z dodatkiem witamin A).

Od 1956 r. aż do 1992 r. Amerykański Departament Rolnictwa zalecał podstawowe cztery grupy żywności, wskazując na: warzywa i owoce, mleko, mięso, zboża i pieczywo. Podał ich wartość dla zdrowia i zasugerował liczbę posiłków w ciągu dnia zawierających te produkty.

Jednocześnie w 1972 r. wskazano na konieczność edukacji żywieniowej dzieci i młodzieży, co powtórzono w 1981 r.²⁰

Pierwsze przewodniki i piramidy żywienia

W 1980 r. wydano pierwszy przewodnik (a potem systematycznie kolejne) o żywieniu dla Amerykanów (*The Dietary Guidelines for Americans*). W 1992 r. wspomniany USDA opublikował piramidę żywienia (*Food Guide Pyramid*), adresowaną do osób zdrowych, która w formie graficznej stanowiła dość atrakcyjny materiał edukacyjny prozdrowotnych zaleceń żywieniowych²¹.

Zarówno pierwsza, jak i kolejne piramidy żywienia są ilustracjami przedstawiającymi zalecany przez specjalistów sposób żywienia – najważniejsze zasady komponowania codziennego jadłospisu. Czym wyższy szczebel piramidy, tym zalecana ilość żywności jest mniejsza.

Piramidy żywienia w Polsce – historia

Już w 1992 r. w Instytucie Żywności i Żywienia (IŻŻ) założonym w 1984 r. powstała pierwsza polska piramida żywienia wzorowana na amerykańskiej.

W piramidzie IŻŻ z 2009 r. u podstawy (produkty zalecane do spożywania często i w największej ilości) znajdowały się produkty zbożowe, warzywa, owoce. Po raz pierwszy włączono także aktywność fizyczną, a później dodano kontrolę masy ciała. Według tej piramidy olej, mięso, ryby, suche nasiona roślin strączkowych należały do produktów spożywczych, które społeczeństwo powinno spożywać sporadycznie. Aktualnie rekomendowane zalecenia żywieniowe przedstawione w formie piramidy różnią się głównie częstością spożycia produktów spożywczych²².

²⁰ Historia USDA przewodników Nutrition – History of USDA nutrition guides, https://pl.qwe.wiki/wiki/History_of_USDA_nutrition_guides [dostęp: 15.07.2020].

²¹ B. Całyniuk, E. Grochowska-Niedworok, A. Białek i in., *Piramida żywienia – wczoraj i dziś*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2011, 92(1), s. 20–24.

²² M. Wilkowska, *Zmiany Piramidy Żywienia na przestrzeni lat*, <https://dietetycy.org.pl/zmiany-piramidy-zywienia-na-przestrzeni-lat/> [dostęp: 26.04.2020].

Piramidy żywienia aktualnie

W ramach działań zawartych w Narodowym Programie Zdrowia (NPZ) na lata 2016–2020 zespół IŻŻ wprowadził do dotychczas upowszechnianych piramid żywienia zmiany uwzględniające zalecenia dla poszczególnych grup wiekowych. Są opracowane na podstawie najnowszych, publikowanych w ostatnich latach danych z badań naukowych prowadzonych w kraju i za granicą, a także na podstawie opinii międzynarodowych grup ekspertów. Przewiduje się dalsze modyfikacje zaleceń, bo 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 pełną, oficjalną nazwę na Piramida Zdrowego Żywienia i Stylu Życia Dzieci i Młodzieży²³.

W piramidach dla wszystkich grup wiekowych zawarta jest aktywność fizyczna, a wśród produktów spożywczych pierwsze miejsce zajmują **warzywa i owoce**²⁴. Według zaleceń WHO należy spożywać je codziennie, w jak największej ilości, minimum 400 g dziennie i – co ważne – dzieląc na kilka porcji rozłożonych w czasie. Badania przeprowadzone w ostatnich latach wykazały, że właśnie liczba porcji warzyw i owoców spożywanych w ciągu dnia koreluje ujemnie z umieralnością, zwłaszcza z powodu chorób układu krążenia i nowotworów złośliwych.

Choć zarówno warzywa i owoce korzystnie wpływają na zdrowie, to warzywa – przez niższą zawartość cukrów, a większą błonnika – są bardziej polecane niż owoce. Zarówno warzywa, jak i owoce, zawierają dużo składników bioaktywnych, takich jak karotenoidy (w tym beta-karoten, likopen), witaminy C i E, foliany, flawonoidy, izoflawony, selen oraz błonnik; mają one szczególne znaczenie przy zapobieganiu m.in. chorobom układu krążenia, cukrzycy typu 2 i wielu nowotworom złośliwym, czyli chorobom odpowiedzialnym za znaczną część zgonów w polskiej populacji.

Aktualnie podkreśla się **korzyści ze spożywania orzechów i nasion**²⁵. Już wcześniej znajdowały się w piramidzie dla dzieci i młodzieży, ale teraz są wpro-

²³ M. Jarosz, E. Rychlik, *Piramida Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej*, w: *Medycyna stylu życia*, D. Śliż, A. Mamcarz (red. nauk.), PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018, s. 103–117.

²⁴ O. Oyeboode, V. Gordon-Dseagu, A. Walker, J.S. Mindell, *Fruit and vegetable consumption and all-cause, cancer and CVD mortality: analysis of Health Survey for England data*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 2014, 68(9), s. 856–862.

²⁵ G. Grosso, J. Yang, S. Marventano i in., *Nut consumption on all-cause, cardiovascular, and cancer mortality risk: a systematic review and meta-analysis of epidemiologic studies*, „American Journal of Clinical Nutrition” 2015, 101(4), s. 783–793.

wadzone dla pozostałych grup wiekowych. Są one źródłem nienasyconych kwasów tłuszczowych, w tym omega-3 i wielu innych cennych składników. Wyniki badań wskazują, że orzechy działają przeciwzapalnie, zmniejszają ciśnienie krwi, normalizują stężenie cholesterolu w surowicy. Mogą też obniżyć ryzyko zgonu, zwłaszcza z powodu chorób układu krążenia i nowotworów.

Po raz pierwszy do piramid wprowadzono **ziola i inne przyprawy**²⁶. Nie tylko wzbogacają one smak i zapach żywności, zwiększają jej trwałość, korzystnie wpływają na trawienie i pobudzają apetyt, ale zawierają także wartościowe dla zdrowia składniki, wykazujące m.in. działanie przeciwzapalne oraz bakterio- i wirusobójcze. Stosowanie ziół pozwala na ograniczenie lub wręcz wyeliminowanie dodatku soli i cukru do potraw. Warto zwracać uwagę na gotowe mieszanki przyprawowe i czytać informacje zawarte na opakowaniach, gdyż wiele z nich posiada dodatek soli, która jest szkodliwa dla zdrowia.

Zaleca się picie herbaty i kawy (jeśli jest dobrze tolerowana) **osobom dorosłym** – także starszym. Herbata może mieć znaczenie w zapobieganiu chorobom układu krążenia. Podnosi się prozdrowotne działanie zawartych w herbacie, zwłaszcza zielonej, licznych polifenoli (katechin), które wykazują działanie aktywizujące. Podobnie działające substancje, m.in. kwas chlorogenowy, zawiera kawa. Wyniki badań publikowanych w ostatnich latach wskazują, że picie kawy obniża ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2, raka jelita grubego, wątroby i trzonu macicy, depresji oraz chorób neurodegeneracyjnych (choroby Parkinsona i choroby Alzheimer) ²⁷.

Po raz pierwszy w piramidzie adresowanej **do osób starszych** zamieszczono zalecenia dotyczące **całorocznej suplementacji witaminy D**, której produkcja w skórze okazuje się niewystarczająca. Ponadto wskazano na znaczenie dla zachowania zdrowia (szczególnie w starszym wieku) nie tylko aktywności fizycznej i odpowiedniej diety, ale **zaangażowania w życie rodzinne i działalność społeczną**²⁸.

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 ilo-**

²⁶ N.K. Rakhi, R. Tuwani, J. Mukherjee, G. Bagler, *Data-driven analysis of biomedical literature suggests broad-spectrum benefits of culinary herbs and spices*, „PLoS One” 2018, 13(5).

²⁷ A. Di Lorenzo, V. Curti, G.C. Tenore i in., *Effects of tea and coffee consumption on cardiovascular diseases and relative risk factors: an update*, „Current Pharmaceutical Design” 2017, 23(17), s. 2474–24875; N. Palacios, X. Gao, M.L. McCullough i in., *Caffeine and risk of Parkinson’s disease in a large cohort of men and women*, „Movement Disorders” 2012, 27(10), s. 1276–1282.

²⁸ M. Jarosz (red.), *Żywność i styl życia osób w wieku starszym*, Instytut Żywności i Żywności, Warszawa 2018.

ści snu, ograniczenie korzystania z urządzeń elektronicznych oraz regularną kontrolę wysokości i masy ciała²⁹.

Zasady odnoszące się do piramid zdrowego żywienia i aktywności fizycznej zostały przedstawione szerzej w broszurze opracowanej w IŻŻ³⁰.

Inne współczesne formy obrazowania zaleceń dietetycznych
– MyPlate, Healthy Eating Plate

W 2011 r. wspomniany USDA, chcąc bardziej zwrócić uwagę społeczeństwa poprzez ulepszone zobrazowanie zaleceń o zalecanych produktach żywnościowych, odszedł od schematu piramidy, wydając „MyPlate”, będące kontynuacją „MyPyramid”. Również Harwardzka Szkoła Zdrowia Publicznego opublikowała „Talerz zdrowego żywienia” (*Healthy Eating Plate*): ½ zalecanego talerza zajęły warzywa i owoce, ¼ – produkty zbożowe pełnoziarniste, natomiast pozostałą część – źródła białka (ryby, drób, nasiona roślin strączkowych). Zalecono umiarkowane spożycie tłuszczów roślinnych. „Talerz zdrowego żywienia” przypomina także o aktywności fizycznej³¹.

Wiele krajów, usiłując przybliżyć problem prozdrowotnego żywienia, przedstawia schematy, używając atrakcyjnej dla swoich społeczeństw formy³².

W 2016 r. Chiny opublikowały nowe dietetyczne rekomendacje – Chińską Pagodę Dietetyczną. Te rekomendacje sugerują spożywanie mleka i mlecznych produktów w ilości 300 g na osobę dziennie w kraju, który nie jest rozpoznawany jako „mleczarski”³³.

Indeks glikemiczny (IG) i indeks sytości (IS)

Po raz pierwszy pojęcie indeksu glikemicznego (IG) zastosowano w publikacji *Glycemic index of foods: a physiological basis for carbohydrates exchange* w 1981 r.³⁴ Oceniono w niej poposiłkową glikemię 62 produktów spożywczych zawierających

²⁹ M. Jarosz, *Piramida Zdrowego Żywienia i Stylu Życia Dzieci i Młodzieży*, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2019.

³⁰ 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].

³¹ M. Grajek, G. Wanat, *Skuteczność przekazu zdrowotnego na przykładzie edukacji żywieniowej uczniów z użyciem piramidy żywieniowej*, „Journal of Ecology Health” 2013, 17, 3.

³² USDA. MyPyramid Graphics, <https://www.fns.usda.gov/mypyramid-graphics> [dostęp: 22.06.2021].

³³ EDA: Nowe chińskie rekomendacje żywieniowe stanowią szansę dla świata mleczarskiego, <https://www.portalspozywczy.pl/mleko/wiadomosci/eda-nowe-chinskie-rekomendacje-zywieniowe-stanowia-szanse-dla-swiatea-mleczarskiego,160370.html> [dostęp: 26.04.2020].

³⁴ D.J. Jenkins, T.M. Wolver, R.H. Taylor, *Glycemic index of foods: a physiological basis for carbohydrates exchange*, „American Journal of Clinical Nutrition” 1981, 35, s. 362–366.

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.

IG poza programowaniem diety człowieka, leczeniem dietetycznym otyłości i szeregu schorzeń cywilizacyjnych jest wykorzystywany w badaniach naukowych, a także praktycznej technologii przemysłu spożywczego.

Trzy grupy produktów w zależności od IG

Wyodrębniono trzy grupy produktów spożywczych – o niskim (<50), średnim (55–70) i wysokim IG (>70). Wyprowadzono z tego wniosek, że produkty z grupy pierwszej, takie jak nasiona roślin strączkowych, większość warzyw i owoców, są najzdrowsze. Do trzeciej włączono np. gotowane ziemniaki, biały ryż, białe pieczywo i podano, że wszystkie produkty z tej grupy należy spożywać sporadycznie. Dla przykładu, piwo znalazło się w grupie trzeciej, bo ustalono że jego IG wynosi 200%!³⁵

Tabele produktów z podaniem indeksu glikemicznego można znaleźć na wielu stronach internetowych. Redakcja „Medycyny Praktycznej” w wydaniu dla pacjentów podaje zasady wyliczania IG oraz prezentuje m.in. te tabele³⁶.

Czynniki wpływające na IG węglowodanów

Warto pamiętać, że na IG mają wpływ jeszcze inne czynniki, co warto uwzględnić przy układaniu diety. Zbadano, że indeks glikemiczny zwiększają: skrobia, glukoza, sacharoza, ale także rodzaj i stopień przetworzenia produktu, stan jego rozdrobnienia i długość obróbki termicznej (dłuższa obróbka – większy IG). Zmniejszają zaś: błonnik, tłuszcz, białka, kwas fitynowy, tanina, kwasy organiczne, fruktoza i długie przechowywanie w niskich temperaturach³⁷.

Zbadano, że produkty o wysokim IG powodują szybki wzrost glukozy we krwi, ale mogą też spowodować jej gwałtowny spadek, co jest przyczyną pojawiania się uczucia głodu. Te znaczne wahania glikemii wywołują szereg zmian metabolicz-

³⁵ 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.

³⁶ L. Ostrowska, *Indeks glikemiczny*, <https://www.mp.pl/pacjent/dieta/zasady/68179,indeks-glike-miczny> [dostęp: 22.06.2021].

³⁷ S. Gugala-Mirosz, *Indeks glikemiczny – niski, średni, wysoki – który lepszy?*, <https://ncez.pl/abc-zywienia-/zasady-zdrowego-zywienia/indeks-glikemiczny-----niski--sredni--wysoki-----ktory-lepszy-> [dostęp: 21.10.2020].

nych i hormonalnych (np. gwałtowny wyrzut insuliny) i działają niekorzystnie. Tu należy wspomnieć o niekorzystnym wpływie fruktozy na przemianę tłuszczowe; problem opisano w odrębnym podrozdziale.

Dla ułatwienia układania diety wprowadzono pojęcie **ładunku glikemicznego**, który dostarcza informacji na temat jakości i ilości spożywanych węglowodanów.

Indeks sytości (IS)

Jeszcze inne podejście do tematu żywienia zaproponowała w 1995 r. dr Susanna Holt zajmująca się zdrowym odżywianiem człowieka, zatrudniona w Departamencie Biochemii Uniwersytetu w Sydney. 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) zaproponowała tzw. indeks sytości (IS). Pracę na ten temat opublikowała w piśmie naukowym „European Journal of Clinical Nutrition”. Jej publikacja była wtedy niezauważona i dopiero po 15 latach do niej powrócono. Z pewnością miała na to wpływ zauważona epidemia otyłości dzieci i dorosłych³⁸.

Fruktoza a choroby metaboliczne

Fruktoza stanowi od 15–30% ilości cukrów spożywanych przez człowieka. Dostarcza znaczną ilość kalorii. W formie wolnej występuje głównie w owocach (1–8%) i stanowi około 38% składu miodu. Na marginesie, warto dodać, że owoce i miód zawierają również glukozę.

W odległych czasach ludzie spożywali fruktozę jedynie wówczas, gdy były dostępne dojrzałe owoce. Innym źródłem był miód. Fruktoza zawarta w owocach jest mniej szkodliwa, gdyż zawierają one błonnik i dużo antyoksydantów (witaminy antyoksydacyjne, flawonoidy), których rolę w ochronie przed chorobami układu krążenia i miażdżycą naukowo udowodniono.

Głównym źródłem fruktozy jest cukier spożywczy – sacharoza (dwucukier złożony z fruktozy i glukozy, które są uwalniane w jelicie cienkim). Źródłem fruktozy jest też syrop kukurydziany stosowany powszechnie do słodzenia produktów spożywczych (fruktozą słodzi się także wiele napojów).

³⁸ S.H. Holt, J.C. Miller, P. Petocz, E. Farmakalidis, *A satiety index of common foods*, „European Journal of Clinical Nutrition” 1995, 49, 9, s. 675; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7498104/> [dostęp: 21.10.2020]; S. Gugala-Mirosz, *Indeks glikemiczny...*, op. cit.; M. Skotnicka i in., *Rola składników odżywczych w regulacji sytości organizmu*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis” 2015, 45, s. 79–87.

Podczas gdy glukoza jest metabolizowana w każdej komórce ustroju, fruktozę metabolizuje jedynie wątroba. Największa jej ilość przekształcana jest do glukozy, glikogenu i kwasu mlekowego, ale częściowo jest metabolizowana ostatecznie do trójglicerydów. Fruktaza ma stosunkowo niski indeks glikemiczny, co miało wpływ na pogląd, że może być zamiennikiem glukozy dla chorych na cukrzycę. Jednak późniejsze badania wykazały, że może wywoływać niekorzystne zmiany poprzez zwiększoną syntezę trójglicerydów w wątrobie osoby spożywającej ją w nieograniczonych ilościach, pomimo lepszej kontroli glikemii³⁹.

Poza szkodliwym wpływem na poziom trójglicerydów, szczególnie u pacjentów ze zwiększonym ich poziomem (hipertrójglicydemią), fruktoza wywołuje też inne niekorzystne zmiany w ustroju. Należą do nich: niealkoholowe stłuszczenie wątroby, wzrost produkcji kwasu moczowego (możliwość dny, kamicy układu moczowego, gorszej kontroli nadciśnienia tętniczego), oporność na leptynę (hormon wytwarzany w tkance tłuszczowej, hamujący łaknienie), oporność na insulinę i rozwój lub nasilanie zespołów metabolicznych (otyłości, cukrzycy, hipertrójglicydemii, nadciśnienia tętniczego), a przez to wzrost ryzyka chorób układu krążenia. Do tej pory nie udowodniono jednoznacznie wpływu fruktozy na rozwój miażdżycy, ale poprzez wpływ na elementy zespołu metabolicznego może ją generować⁴⁰.

Wegetarianizm i weganizm – „nie jem tego, co ma oczy” i fleksitarianizm

„Nie jem tego, co ma oczy” – tak mawia zaprzyjaźniona wieloletnia weganka, matka pięknej, zdrowej, 2-letniej córeczki. Coraz powszechniej ludzie stosują diety, takie jak wegetarianizm czy weganizm – jest to wyraz pewnej filozofii życiowej, a czasem mody. Wywodzą się one ze świadomości i wrażliwości na cierpienia zwierząt hodowlanych czy nawet żyjących w dobrych warunkach, także w swoim naturalnym środowisku, ale zabijanych, również z wiedzy o tym, jak bardzo hodowle niszczą bezpośrednio środowisko człowieka i ogólnie planetę (np. wzmocniona produkcja dwutlenku węgla, zanieczyszczenie gleby, zużycie wody).

³⁹ L.A. Morenga, A.J. Howatson, R.M. Jones, J. Mann, *Dietary sugars and cardiometabolic risk: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of the effects on blood pressure and lipids*, „American Journal of Clinical Nutrition” 2014, 100, s. 65–79, <https://academic.oup.com/ajcn/article/100/1/65/4576668> [dostęp: 21.10.2020].

⁴⁰ K.L. Stanhope, J.-M. Schwarz, P.J. Havel, *Adverse effects of dietary fructose: results from recent epidemiological, clinical and mechanistic studies*, „Current Opinion in Lipidology” 2013, 24, s. 198–206.

Warto pamiętać, że **wegetarianizm** czy **weganizm to często diety niedoborowe**, a ich stosowanie wymaga znacznej wiedzy dotyczącej zapotrzebowania ustroju na wszystkie elementy niezbędne dla życia, rozwoju, także w określonych sytuacjach, jak np. ciąża. Konieczna jest także wiedza na temat zawartości tych substancji w każdym produkcie żywnościowym oraz zasad bilansowania diety. Osoby pozostające na diecie, szczególnie wegańskiej, zwykle mają świadomość jej niedoborów żywieniowych, które uzupełniają preparatami uzyskanymi w sposób sztuczny, choć czasem zwanymi „naturalnymi” (leki i paraleki). Przy całej tej analizie korzyści i zagrożeń, stosowanie wymienionych diet okazuje się znacznie bardziej przemyślane i korzystne niż jądanie byle czego, bez zastanowienia się, co skutkuje zaburzeniami, np. otyłością (z chorobami, których jest przyczyną), a także degradają środowiska.

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 (cenne źródło białka, ale też tłuszczów naturalnych i składników mineralnych, których niedobory, jak wspomnieliśmy, obserwuje się nierzadko w czasie stosowania diety wegetariańskiej, a tym bardziej wegańskiej), jest coraz bardziej popularny na świecie **fleksitarianizm**. Określenie to zamieszczono po raz pierwszy w *Oxford English Dictionary* w 2014 r. Niestety, ten trend nie spełnia warunków związanych z filozofią życia, np. „niespożywania wszystkiego, co ma oczy”, jak mawiają wegetarianie czy weganie. Fleksitarianizm jest to sposób odżywiania się, w którym dieta wegetariańska okresowo jest uzupełniana mięsem. W fleksitarianizmie zaleca się jednak ograniczanie mięsa czerwonego, gdyż dawno już potwierdzono, że częste jego spożywanie, zwłaszcza w formie przetworzonej, może zwiększać ryzyko chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy typu 2, a także raka jelita grubego⁴¹. Okazjonalne spożywanie mięsa jest kompromisem między ochroną środowiska (w tym zwierząt) a zdrowiem ludzi⁴². Zabezpiecza też naturalną dla wielu potrzebę spożywania mięsa.

⁴¹ E.J. Derbyshire, *Flexitarian Diets and Health: A Review of the Evidence-Based Literature*, „Frontiers in Nutrition” 2016, 3, 55; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5216044/> [dostęp: 21.10.2020]; WHO. Monographs evaluate consumption of red meat and processed meat and cancer risk, IARC, 2015, https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/07/pr240_E.pdf [dostęp: 21.10.2020].

⁴² C.A. Forestell, *Flexitarian Diet and Weight Control: Healthy or Risky Eating Behavior?*, „Frontiers in Nutrition” 2018, 5, 59.

Dieta śródziemnomorska i DASH – od lat najzdrowsze modele diet

Ostatnio na podstawie badań amerykańskich potwierdzono utrzymujący się od lat pogląd, polecając na 2020 r. jako najzdrowszą **dietę śródziemnomorską**, a także opracowaną przed 6 laty – dietę DASH⁴³. Do najbardziej niezdrowych – najgorszych zaliczono dietę Dunkana, ketogeniczną i dietę Whole 30. Jedna z diet, tzw. Body Rest, zniknęła z tej listy.

Określenie „dieta śródziemnomorska” po raz pierwszy wprowadził do dietetyki dr Ancel Keys. Jej zdrowotne korzyści potwierdził badaniami przeprowadzonymi w latach 50. XX wieku. Wynikały z obserwacji, że w krajach stosujących tę dietę zwyczajowo rzadziej występują choroby sercowo-naczyniowe.

Nazwa diety DASH⁴⁴ (Dietary Approches to Stop Hypertension), podobnej do śródziemnomorskiej, wywodzi się od nazwy badań nad dietą obniżającą ciśnienie tętnicze krwi, przeprowadzonych przez wiodące ośrodki naukowe w USA w latach 1994–1996. Porównano wówczas 3 rodzaje diet: przeciętną, którą spożywali Amerykanie, przeciętną, wzbogaconą o owoce i warzywa oraz proponowaną, łatwą do realizowania, gdyż nie zawierała produktów poza dostępnymi w zwykłych sklepach – dietę DASH⁴⁵. Najskuteczniejszą, nawet gdy celowo zwiększano podaż sodu, okazała się ta ostatnia. DASH polecają medyczne towarzystwa naukowe i instytucje, takie jak: Europejskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego (European Society of Hypertension), Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego, Polskie Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (European Society of Cardiology), Amerykańskie Towarzystwo Diabetologiczne (American Diabetes Association), Polskie Towarzystwo Diabetologiczne. Rekomendowano je w „Dietary Guidelines for Americans, 2015–2020” („Zalecenia żywieniowe dla Amerykanów, na lata 2015–2020”)⁴⁶.

Interesująca dla młodzieży wydaje się **dieta paleo** (dieta paleolityczna, dieta człowieka epoki kamiennej) nieco zbliżona do diety DASH. Nie tylko w nazwie

⁴³ Best diets 2020, <https://health.usnews.com/best-diet> [dostęp: 26.04.2020].

⁴⁴ Dieta DASH – gwiazda wśród diet, <https://ncez.pl/abc-zywienia-/zasady-zdrowego-zywienia/dieta-dash-----gwiazda-wsrod-diet> [dostęp: 26.04.2020].

⁴⁵ U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture. Dietary Guidelines for Americans, 2015–2020, 8th Edition, December 2015, https://health.gov/sites/default/files/2019-09/2015-2020_Dietary_Guidelines.pdf [dostęp: 26.04.2020]; F.M. Sacks, L.P. Svetkey, W.M. Vollmer i in., *Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approches to Stop Hypertension (DASH) Diet*, DASH Collaborative Research Group, „New England Journal of Medicine” 2001, 344, s. 3–10.

⁴⁶ Dietary Guidelines for Americans, 2015–2020, <https://health.gov/our-work/food-nutrition/2015-2020-dietary-guidelines/guidelines/> [dostęp: 26.04.2020].

nawiązuje do pradawnego stylu życia naszych przodków, ale też – uzupełniona lub w pewnej modyfikacji – jest dietą uważaną za zdrową i modną⁴⁷.

Można znaleźć w popularnych mediach społecznościowych, jak Instagram, porady dotyczące różnych diet, także i tej. Podkreśla się m.in., by dobierać produkty o niskim indeksie glikemicznym, spożywać ryby, również mięso, równoważąc je warzywami, a także oliwę z oliwek i orzechy bez ograniczeń ilościowych, jednak wykluczając arachidowe i tzw. nerkowce. Wiele porad dotyczy wyeliminowania z diety nabiału, poza twarde, oryginalnymi serami – co jednak może być dyskusyjne. Jednak warto problem przedyskutować z uznanym autorytetem i dopasować do własnego ciała i zdrowia.

Dieta sirtfood – nowa i modna

Dieta sirtfood to nowy modny sposób odżywiania się, i jak uważa się powszechnie, jest to dieta odchudzająca (choć tego nie udowodniono naukowo). Została opracowana w 2016 r. przez dwóch angielskich absolwentów nauk o żywieniu – Aidana Gogginsa i Glena Mattena⁴⁸.

Jest oparta na produktach niskokalorycznych, choć wg autorów jej kluczową zasadą nie jest to, czego należy się pozbyć z jadłospisu, a to, jakie produkty do niego dołączyć – są to zielone koktajle zawierające ok. 20 produktów uważanych za aktywatory produkowanych w organizmie sirtuin. Jest ich 20, m.in. papryczka *chilli bird's eye*, kapary, jarmuż, lubczyk, pietruszka, rukola, seler naciowy, czerwona cykoria, czerwona cebula, kasza gryczana, soja, oliwa z oliwek tłoczona na zimno (*extra virgin*), orzechy włoskie, kurkuma, niesłodzone kakao, prawdziwa kawa, czekolada gorzka o zawartości kakao min. 85%, zielona herbata matcha, daktyle medjool, truskawki, borówki, czerwone winogrona, także czerwone wino.

Sirtuiny są białkami, występującymi w organizmie ssaków o udowodnionym dużym znaczeniu dla jakości i długości życia, a nawet zostały nazwane „genem długowieczności” i „genem szczupłości”⁴⁹. Badania *in vitro* dowiodły, że sirtuiny wpływają na proces starzenia oraz odporność na stany zapalne i stres⁵⁰.

⁴⁷ Ł.M. Kowalski, J. Bujko, *Ocena potencjału biologicznego i klinicznego diety paleolitycznej*, „Roczniki Państwowego Zakładu Higieny” 2012, 1, s. 9–15, http://wydawnictwa.pzh.gov.pl/roczniki_pzh/ocena-potencjalu-biologicznego-i-Trzyklinicznego-diety-paleolitycznej?lang=en [dostęp: 26.04.2020].

⁴⁸ M. Glen, G. Aidan, *Dieta SIRT. Przełom w dziedzinie zdrowego stylu życia i odchudzania*, Laurum, Warszawa 2017.

⁴⁹ K. Siedlecka, W. Bogusławski, *Sirtuiny – enzymy długowieczności?*, „Gerontologia Polska” 2005, 3, s. 147–152, <https://gerontologia.org.pl/wp-content/uploads/2016/05/2005-03-7.pdf> [dostęp: 21.10.2020].

⁵⁰ N. Preyat, O. Leo, *Sirtuin deacylases: a molecular link between metabolism and immunity*, „Journal of Leukocyte Biology” 2013, 93(5), s. 669–680, <https://europepmc.org/article/med/23325925>

W czasie odchudzania się ważna jest odpowiednia aktywność fizyczna, unikanie produktów z cukrem i żywności wysoko przetworzonej⁵¹.

Nieprawidłowe odżywianie się

Fast-food

Do największych sieci barów szybkiej obsługi, które sprzedają żywność fast food należą: McDonald's (ponad 30 tysięcy barów na całym świecie), Burger King, KFC, Subway i Taco Bell. Aby poprawić wizerunek barów szybkiej obsługi w Polsce, prowadzone są kampanie marketingowe, które propagują nazywanie barów szybkiej obsługi restauracjami.

Współcześnie oblicze fast foodu zaczyna się zmieniać; coraz częściej zaliczane są do niego serwowane na poczekaniu sałatki.

Na stronie internetowej, wspomnianego w poprzednich rozdziałach, naukowego autorytetu żywieniowego w Polsce – Narodowego Centrum Edukacji Żywieniowej można znaleźć artykuł pt. *Fast food – czy szybko znaczy zdrowo?*⁵² Autorzy podają, że niewątpliwą korzyścią korzystania z tego typu barów jest szybkie zaspokojenie głodu, ale spożywanie często fast foodów ma niekorzystny wpływ na stan zdrowia. Składnikami, które mają wpływ na to, że produkt jest smaczny, ale też pobudzającymi apetyt i niestety bardzo szkodliwymi są dodawane w dużych ilościach tłuszcze (w tym kwasy tłuszczowe typu trans), cukier i sól oraz glutaminian sodu, czyli substancja dodatkowo wzmacniająca smak. Nadmiar tych składników, a także niska zawartość błonnika może prowadzić do otyłości i związanych z nią chorób, w tym: cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, chorób serca i naczyń krwionośnych oraz nowotworów (szczególnie przewodu pokarmowego).

Istotnym problemem jest to, że głównymi odbiorcami takich produktów są dzieci. Zwykle przejmują nawyki żywieniowe dorosłych i często to one, zwabione atrakcyjną formą podania i otoczenia takich barów, dyktują rodzicom spożywanie tam posiłków. Dotyczy to też młodzieży. Producenci tej żywności i projektanci wewnątrz lokali doskonale wiedzą, co jest dla wszystkich atrakcyjne. Szkodliwość

[dostęp: 21.10.2020]; A. Satoh, C.S. Brace, G. Ben-Josef i in., *SIRT1 Promotes the Central Adaptive Response to Diet Restriction through Activation of the Dorsomedial and Lateral Nuclei of the Hypothalamus*, „Journal of Neuroscience” 2010, 30(30), s. 10220–10232, <https://www.jneurosci.org/content/30/30/10220> [dostęp: 21.10.2020].

⁵¹ A. Żyłowska-Mazgaj, *Dieta sirtfood – odmładza i odchudza. Na czym polega dieta bogata w polifenole?*, <https://www.poradnikzdrowie.pl/diety-i-zywienie/odchudzanie/dieta-sirtfood-odmładza-i-odchudza-na-czym-polega-dieta-bogata-aa-33z6-8H5X-oQCg.html> [dostęp: 21.10.2020].

⁵² NCEŻ – IŻŻ. B. Wojda, *Fast food – czy szybko znaczy zdrowo?*, <https://ncez.pl/abc-zywienia/zasady-zdrowego-zywienia/fast-food----czy-szybko-znaczy-zdrowo-> [dostęp: 26.04.2020].

zdrowotna polega na narastaniu zjawiska otyłości z chorobami metabolicznymi wśród najmłodszych w wielu krajach świata.

Ponadto ten wygodny, łatwo dostępny, estetycznie podany w ciekawym miejscu i smaczny posiłek zawiera znaczne ilości kalorii. Często nie zdajemy sobie sprawy, jak kaloryczne są dania fast food. Oto kilka przykładów⁵³.

Aby spalić kalorie zawarte w hamburgerze z dodatkami, należy ponad 2 godziny szybko spacerować lub 1,5 godziny jeździć na rowerze. To spory wysiłek. Dlatego, wybierając fast food, należy rozważyć, czy w najbliższym czasie planujemy aktywność fizyczną, aby pozbyć się tych kalorii. Jeżeli już decydujemy się na fast food, to sałatka z warzyw i z dodatkiem grillowanego kurczaka czy ryb jest lepszym wyborem niż pszenna bułka lub naleśnik ze smażonym mięsem. Warto zrezygnować z sosów majonezowych, a wybrać sos winegret, choć tylko w małych ilościach. Jeśli decydujemy się na pizzę, to powinna być z dużą ilością warzyw, a kanapki raczej z pieczywa razowego niż psennego. Warto zamiast słodkiego, gazowanego napoju wybrać wodę lub sok wyprodukowany w 100% z owoców.

O czym warto pamiętać w żywieniu?

W żywieniu, zwłaszcza dzieci, warto stosować następujące zasady:

- przyzwyczajając dzieci do potraw przygotowywanych w sposób tradycyjny z rodzimych produktów;
- starać się nie zastępować pełnowartościowego posiłku daniami fast food i przestrzegać przed nimi dzieci;
- korzystanie z żywności typu fast food powinno być okazjonalne i nie może być traktowane jako nagroda;
- dodatkowa porcja warzyw bądź surówek zwiększy ilość cennych składników w zestawie;
- kupując frytki warto poprosić, żeby nie były wcześniej solone. Kontrolować ilość soli dodawanej przez spożywających;
- zachęcać dzieci do picia wody, najlepiej niegazowanej i wybierać wodę zamiast słodkich napojów;
- zwracać uwagę na wielkość porcji – w restauracjach najczęściej są podawane tak duże, że zwykle jedną można podzielić na dwie osoby, a nawet trzy lub więcej.

⁵³ Na podstawie analizy informacji o wartości energetycznej produktów oferowanych przez wybrane sieci barów szybkiej obsługi w Polsce (McDonald's, KFC, Burger King): <https://ncez.pl/abc-zywienia-/zasady-zdrowego-zywienia/fast-food-----czy-szybko-znaczy-zdrowo-> [dostęp: 21.10.2020].

Badania w Polsce nad związkiem między tzw. energizerami a używaniem środków psychoaktywnych

W Polsce przeprowadzono badania wśród młodzieży, w trakcie których sprawdzano związki między spożywaniem wysokosłodzonych napojów energetyzujących a używaniem innych środków psychoaktywnych (tytoniu, alkoholu, marihuany i innych narkotyków). W badaniach tych ustalono statystycznie istotne związki między spożywaniem napojów energetyzujących (tzw. energizerów)⁵⁴ i używaniem innych środków o potencjale psychoaktywnym, zarówno legalnych, jak i takich, których stosowanie podlega sankcjom prawnym⁵⁵.

Co prawda, przytoczone badania mogą się wydawać dyskusyjne pod względem generalizowania wyników na całą populację, jednak stanowią istotny asumpt do podejmowania dalszych studiów nad zjawiskiem objadania się produktami wysoko cukrowymi, szkodami związanymi z preferowaniem takiej żywności, jak i nad ustalaniem konsekwencji wskazywanych w dotychczasowych pomiarach oraz określaniem nowych niebezpiecznych związków.

O tym, że nadmierne objadanie się cukrem jest szkodliwe – niekoniecznie ze względu na możliwość uzależnienia – napisano już wiele prac naukowych potwierdzonych licznymi badaniami klinicznymi⁵⁶.

Kontrowersje dotyczące badań naukowych w żywieniu

Ten podrozdział celowo umieszczamy na końcu, po podaniu oficjalnych zaleceń żywieniowych, by uczulić czytelnika, że do każdej wiedzy należy podejść z rozwagą, nie ulegając chwilowym modom, a także nie fascynować się tzw. nowościami. Podstawą prawidłowego odżywiania się jest bowiem własny rozsądek, umiar w spożywaniu pokarmów, urozmaicanie posiłków, co oznacza też różnorodność produktów.

⁵⁴ K. Kieś, *Napoje energetyczne na (bardzo) cenzurowanym*, <https://gadgetomania.pl/15709,napoje-energetyczne-na-bardzo-cenzurowanym> [dostęp: 20.06.2020].

⁵⁵ M. Motyka, *Od napojów energetyzujących do narkotyków. Nowe wyzwania polityki prewencyjnej*, „UR Journal of Humanities and Social Sciences” 2019, 3(12), s. 139–158, <http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.desklight-7a630343-89d5-4522-8519-897a51092d17> [dostęp: 21.10.2020].

⁵⁶ P.T. Bradshaw, S.K. Sagiv, G.C. Kabat i in., *Consumption of sweet foods and breast cancer risk: a case-control study of women on Long Island*, „Cancer Causes & Control” 2009, 20(8), s. 1509–1515, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19387852/> [dostęp: 21.10.2020]; L. Tappy, *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: 21.10.2020]; T.A. Khan, J.L. Sievenpiper, *Controversies about sugars: results from systematic reviews and meta-analyses on obesity, cardiometabolic disease and diabetes*, „European Journal of Nutrition” 2016, 55, suppl. 2, s. 25–43, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27900447/> [dostęp: 21.10.2020].

A w przypadku określanych przez autorytety tzw. przekroczeń – równoważenie ich zwiększoną aktywnością fizyczną. Medycyna bowiem jest sztuką, stale dynamiczną, w rozwoju często prezentującą inne, wielokrotnie odmienne poglądy.

Prof. John Ioannidis ze Stanford University – znany epidemiolog oraz specjalista statystyki i metodologii badań, od lat walczący o poprawność badań naukowych, a co za tym idzie – ich wiarygodność, nazywany czasem „biczem na niechlubną naukę”, w 2019 r. opublikował na łamach „Journal of the American Medical Association” swój raport dotyczący znaczącej liczby przeprowadzanych na całym świecie badań naukowych nad żywieniem. Dokładnie przeanalizował używaną w nich metodologię (np. ankietowanie nawet milionów ludzi, których tylko raz zapytano o preferowane produkty żywnościowe; oceniając ich stan zdrowia po latach wyprowadzono wnioski o szkodliwości lub wpływie prozdrowotnym wymienionych produktów). Wyniki podawane w poważnych czasopismach naukowych z entuzjazmem rozpowszechniali dziennikarze. Prof. Ioannidis podważył wiarygodność tych badań (choćby dotyczących zielonej herbaty, japońskich zup, czerwonego mięsa, orzechów itp.), nie tylko z powodu zastosowanej metodologii, ale też nieuwzględniania wpływu innych czynników żywieniowych poza tym jednym ocenianym, a także czynników genetycznych, stylu życia i chorób, które mogły mieć wpływ na zdrowie ankietowanych. Profesor zaapelował, by przeprowadzić radykalne reformy badań z obszaru epidemiologii żywieniowej, podkreślając, że badania te są bardzo trudne, gdyż badany człowiek musiałby znajdować się przez lata pod ścisłą kontrolą dietetyczną – spożywać tylko przygotowane potrawy i nie ulegać chwilowym „zachciankom”⁵⁷.

W listopadzie 2019 r. zespół pod kierownictwem profesora epidemiologii Bradleya Johnstona z Uniwersytetu Dalhousie w Kanadzie dokonał analizy wielu opublikowanych w ciągu 3 lat badań dotyczących szkodliwości i korzyści zdrowotnych spożywania czerwonego mięsa⁵⁸. Wyniki swoich dociekań naukowych opublikował aż w 7 artykułach zamieszczonych w „Annals of Internal Medicine”⁵⁹.

⁵⁷ J.P.A. Ioannidis, *Neglecting Major Health Problems and Broadcasting Minor, Uncertain Issues in Lifestyle Science*, „JAMA” 2019, 322(21), s. 2069–2070, <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2753533> [dostęp: 21.10.2020].

⁵⁸ B.C. Johnston, D. Zeraatkar, M.A. Han i in., *Unprocessed Red Meat and Processed Meat Consumption: Dietary Guideline Recommendations From the Nutritional Recommendations (NutriRECS) Consortium*, „Ann. Intern. Med.” 2019, 170(10), <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M19-1621> [dostęp: 21.10.2020].

⁵⁹ D. Zeraatkar, G.H. Guyatt, P. Alonso-Coello, M.M. Bala, M. Rabassa, M.A. Han, R.W.M. Vernooij, C. Valli, R. El Dib, B.C. Johnston, *Red and Processed Meat Consumption and Risk for All-Cause Mortality and Cardiometabolic Outcomes*, „Ann. Intern. Med.” 2020, 172(7), s. 511–512, <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/L20-0070> [dostęp: 21.10.2020].

Udowodnił, że wszystkie te wyniki łącznie wskazują, iż nie warto rekomendować społeczeństwu ograniczania w diecie czerwonego mięsa, ale i mięsa w ogóle, gdyż korzyści tych ograniczeń są niewielkie⁶⁰. Doniesienia prof. Johnstona wywołały burzę wśród specjalistów zajmujących się żywieniem. Dyskusja trwa nadal, wystarczy zajrzeć do wyszukiwarki PubMed, by przekonać się, jak wiele nowych artykułów na ten temat pojawiło się w 2020 r.

Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2016–2020
i Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej (NCEŻ)

Narodowy Program Zdrowia (NPZ) priorytetowo traktuje problem chorób dietozależnych, kwestię sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej Polaków⁶¹. Opisane w tym dokumencie działania i strategie mają na celu poprawę świadomości społeczeństwa na temat znaczenia prawidłowo zbilansowanej diety oraz korzyści z podejmowania regularnej aktywności fizycznej w prewencji chorób cywilizacyjnych. W projekcie zaplanowano wiele działań informacyjno-edukacyjnych, zachęcających do zdrowego stylu życia i promujących go w różnych grupach społecznych. Realizacja celu 1 NPZ („Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa”) przyczyni się do zatrzymania wzrostu liczby osób z nadwagą i otyłością, czego konsekwencją będzie spadek obciążenia populacji przewlekłymi chorobami niezakaźnymi (w tym cukrzycą).

Jednak niezależnie od własnych poglądów czy przekonań, warto poznawać zasady podawane przez autorytety, choćby dla skonfrontowania swojej wiedzy.

⁶⁰ D. Zeraatkar, B.C. Johnston, J. Bartoszko i in., *Effect of Lower Versus Higher Red Meat Intake on Cardiometabolic and Cancer Outcomes: A Systematic Review of Randomized Trials*, „Ann. Intern. Med.” 2019, 171(10), <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M19-0622> [dostęp: 21.10.2020]; C. Valli, M. Rabassa, B.C. Johnston i in., *NutriRECS Working Group: Health-Related Values and Preferences Regarding Meat Consumption: A Mixed-Methods Systematic Review*, „Ann. Intern. Med.” 2019, 171(10), <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M19-1326> [dostęp: 21.10.2020]; R.W.M. Vernooij, D. Zeraatkar, M.A. Han i in., *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, 171(10), <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M19-1583> [dostęp: 21.10.2020]; M.A. Han, D. Zeraatkar, G.H. Guyatt i in., *Reduction of Red and Processed Meat Intake and Cancer Mortality and Incidence: A Systematic Review and Meta-analysis of Cohort Studies*, „Ann. Intern. Med.” 2019, 171(10), <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M19-0699> [dostęp: 21.10.2020]; D. Zeraatkar, M.A. Han, G.H. Guyatt i in., *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, 171(10), <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M19-0655> [dostęp: 21.10.2020].

⁶¹ Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-zdrowia-na-lata-2016-2020> [dostęp: 26.04.2020].

Jerzy T. Marcinkowski
Zofia Konopielko
Paulina Rosińska
Marek A. Motyka

Otyłość dzieci i dorosłych epidemią XX/XXI wieku

Otyłość została uznana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za najgroźniejszą chorobę przewlekłą, która prowadzi do rozwoju chorób układu krążenia, cukrzycy typu 2, zespołu metabolicznego, zaburzeń hormonalnych, a także zwiększa ryzyko zachorowań na niektóre nowotwory.

Według WHO koszty medyczne związane z leczeniem chorób powodowanych przez nadwagę i otyłość mogą w 2025 r. sięgnąć aż 1,2 bln dolarów.

Już w latach 50. XX zauważono w USA narastający problem otyłości nie tylko wśród dorosłych, ale też dzieci i młodzieży, oraz związanych z nią chorób, jak cukrzyca typu 2 czy nadciśnienie tętnicze. Jednak apele i promocja prozdrowotnego stylu życia nie zapobiegły XXI-wiecznej epidemii, a właściwie już nieomal pandemii – bo za wyjątkiem krajów najuboższych, otyłość coraz częściej staje się problemem już nawet tam, gdzie ludzie dotychczas byli szczupli i odżywiali się prawidłowo, np. w Japonii.

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

Pomimo wielu współcześnie prowadzonych badań z zakresu psychologii człowieka otyłego oraz prac nad uzależnieniami od słodczy, nadal uważa się, że główną przyczyną jest m.in. antyzdrowotny styl życia – nieprawidłowe nawyki żywieniowe i brak aktywności fizycznej. Otyłość może być związana też z nieradzeniem sobie ze stresem, który przynosi cywilizacja. Spożywamy produkty jednoznacznie uznane jako niezdrowe – żywność wysoko przetworzoną z dodatkami chemiczny-

mi, jak np. fast foody, z dużą zawartością węglowodanów i niską błonnika. Bez względu na przyczynę otyłości i złożoną patogenezę, w niemal każdym przypadku można zauważyć dodatni bilans energetyczny – spożywanie większej ilości kilokalorii niż dana osoba spala w ciągu doby¹.

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 dostarczyły wielu informacji o tym, że jest to bardzo aktywny narząd endokryny spełniający także inne wielorakie funkcje, których zaburzenie może powodować szereg chorób cywilizacyjnych i innych².

Klasyfikacja wg ICD-10

W ICD-10 klasyfikacja otyłości (E66) przedstawiana jest następująco:

- E66.0 – otyłość spowodowana nadmierną podażą energii;
- E66.1 – otyłość polekowa;
- E66.2 – ciężka otyłość z hipowentylacją pęcherzykową;
- E66.8 – inne postacie otyłości;
- E66.9 – otyłość nieokreślona.

Epidemiologia dorosłych i dzieci

Poniżej podajemy dane z badań wykonywanych na przestrzeni ostatnich lat.

Odsetek osób z nadwagą i otyłych stale rośnie. W Polsce w 1996 r. wynosił 27,7%, w 2004 r. wzrósł do 29,6%, a w 2009 osiągnął już 53%. Wzrost odnotowano również w innych krajach UE³.

W 2020 r. opublikowano wyniki raportu przygotowanego na podstawie ankiet wypełnionych w ramach Narodowego Testu Zdrowia Polaków 2020. Zadawane pytanie to m.in. BMI,

¹ M. Jarosz, K. Wolnicka, J. Kłosowska, *Czynniki środowiskowe związane z występowaniem nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży*, „Postępy Nauk Medycznych” 2011, 9, s. 770–777.

² M. Graff, R.A. Scott, A.E. Justice i in., *Genome-wide Physical Activity Interactions in Adiposity – A Meta-Analysis of 200,452 Adults, Meta-Analysis*, „PLoS Genet” 2017, 13(4); Dr. Axe, *Visceral Fat*, „Food and Medicine” 2018; J. Levy, *What It Is and Why It's So Dangerous*, <https://draxe.com/health/visceral-fat/> [dostęp: 7.06.2020]; B. Skowrońska, M. Fichna, P. Fichna, *Rola tkanki tłuszczowej w układzie dokrewnym*, 2005, <https://journals.viamedica.pl/oiizpm/article/view/26089> [dostęp: 22.06.2021].

³ [http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/E1076D55B37A9603C12580E2002F7655/\\$file/Infos_227.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/E1076D55B37A9603C12580E2002F7655/$file/Infos_227.pdf) [dostęp: 2.03.2021].

styl życia, poddawanie się badaniom profilaktycznym. 61% ankietowanych podawało że ma problemy z nadmierną masą ciała – częściej dotyczą one mężczyzn (74%) niż kobiet (50%). Nadwagę ma 46% mężczyzn i 29% kobiet a 28% mężczyzn i 21% kobiet cierpi na otyłość⁴.

Podobne zjawisko obserwuje się wśród amerykańskich dzieci i młodzieży. W USA koszty związane z leczeniem schorzeń wynikających z otyłości oraz nieobecności w pracy wzrosły w tych latach z 3,38 do 6,38 bln dolarów. Stanowi to znaczny problem zdrowia publicznego⁵. 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 >39 kg/m²) rozpoznawano u 13% dorosłych – nieco częściej u kobiet. Ustalono też, że większość ludzi żyje w krajach, w których nadwaga i otyłość zabija więcej osób niż niedowaga⁶.

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

Wśród krajów europejskich najwięcej osób otyłych jest w Wielkiej Brytanii (27,3%), Irlandii (25,5%) i Czechach (23,8%), a najmniej otyłych – w Serbii (17,8%), Holandii (18,6%) i Danii (19%)⁷.

Oto stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce z dnia 24 października 2019 r. w sprawie podjęcia dyskusji na temat przyjęcia regulacji zmierzających do ograniczenia spożycia produktów wysoko-słodzonych, w tym napojów:

⁴ <https://www.medonet.pl/narodowy-test-zdrowia-polakow/raport-2020,narodowy-test-zdrowia-polakow-2020--problem-otylosci-jest-coraz-grozniejszy,film,61552230.html> [dostęp: 2.03.2021].

⁵ Obesity Research Special Supplement, <https://rippehealth.com/publishing/medicaljournals.htm> [dostęp: 17.05.2020].

⁶ WHO. Obesity and overweight, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [dostęp: 18.04.2020].

⁷ 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].

Częstość występowania otyłości wzrasta na całym świecie. Obecnie ponad 1,9 miliarda ludzi po 18 roku życia ma nadmierną masę ciała (średnio 39%), z czego aż 650 mln stanowią osoby otyłe (13% populacji). Również w Polsce skala problemu nadwagi i otyłości jest bardzo duża⁸.

W Polsce obserwuje się tendencję wzrostową nadmiernej masy ciała populacji – w styczniu 2019 r. na Narodowym Kongresie Żywności 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” – ostrzegano⁹.

Według raportu NFZ z 22 maja 2019 r., ale też danych GUS, nadwagę ma już trzech na pięciu (60%) dorosłych Polaków, a 25% jest otyłych. W ciągu ostatnich lat odsetek dorosłych cierpiących na otyłość w Polsce systematycznie rośnie. Niestety, prognozy nie są optymistyczne – w 2025 r. otyłych (dla przypomnienia – nie dotyczy to osób z tylko niewielką nadwagą) będzie już 26% polskich kobiet i 30% mężczyzn¹⁰.

W 2016 r. porównano dane z Polski i krajów ościennych. Zauważono, że 23% polskich kobiet i 25% mężczyzn jest otyłych. Spośród krajów sąsiedzkich – w tym samym roku – odsetek ludzi otyłych w Rosji był zbliżony do Polski, Słowacy i Niemcy byli rzadziej otyli (21% i 22% populacji), a bardziej otyli – Czesi, Litwini, Białorusini i Ukraińcy (26% i 24% populacji).

Według specjalistów, z nadmierną masą ciała można skutecznie walczyć. Mówił o tym dyrektor Instytutu Żywności i Żywnienia w Warszawie prof. Mirosław Jarosz, podając przykład 12-tygodniowego programu redukcji masy ciała, zrealizowanego przez 42 przychodnie i szpitale, którym objęto 1,7 tys. osób (głównie kobiety) z nadmierną masą ciała (BMI od 25 do 45). Aż u 95% osób uzyskano obniżenie masy ciała od kilku do kilkunastu kilogramów (średnio o prawie 5 kg na osobę).

⁸ GIS. Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie Zdrowia Publicznego z dnia 24.10.2019 r., <https://gis.gov.pl/zdrowie/stanowisko-konsultanta-krajowego-w-dziedzinie-zdrowia-publicznego-w-sprawie-podjecia-dyskusji-na-temat-przyjecia-regulacji-zmierzajacych-do-ograniczenia-spozycia-produktow-wysokoslodzonych-w-tym-napo/> [dostęp: 18.04.2020].

⁹ Z. Wojtasiński, *Eksperti: otyłość u polskich dzieci narasta w wyjątkowo szybkim tempie*, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C32606%2Ceksperti-otylosc-u-polskich-dzieci-narasta-w-wyjatkowo-szybkim-tempie.html> [dostęp: 1.06.2020].

¹⁰ NFZ. Otyłość – choroba wagi ciężkiej, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/otylosc-choroba-wagi-ciezkiej,7355.html> [dostęp: 18.04.2020].

W efekcie zmiany stylu życia (bez podawania leków) u znacznej części osób obniżyła się masa ciała, ale także poziom cholesterolu i trójglicerydów we krwi oraz stężenie glukozy na czczo¹¹.

Dane dotyczące dzieci i młodzieży

Pediatrzy obserwują od lat, że otyli rodzice często mają otyłe dzieci. Być może związane jest to z czynnikami genetycznymi, ale prawdopodobnie wynika w znacznym stopniu z rodzinnego modelu stylu życia.

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).

Niepokojącym zjawiskiem w krajach rozwiniętych (także w Polsce¹²) jest wysoka częstość otyłości u dzieci¹³, 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 (rozwiniętych i nie) 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 dzieci i młodzieży w wieku 5–17 lat mających nadwagę oraz 91 mln cierpiących na otyłość. Wśród dzieci w Europie w wieku 6–9 lat, wg WHO, na 3 chłopców 1 jest otyły, a na 5 dziewczynek – 1 otyła¹⁴.

Otyłość u dziecka 6-letniego prognozuje 25% ryzyko otyłości w wieku dorosłym, a otyłość w wieku 12 lat – zwiększa to ryzyko do 75%. Można więc rzec, że sytuacja jest dramatyczna, gdyż jednocześnie podano, że „przybywa osób z ciężką, patologiczną już otyłością, których zdrowie i życie jest najbardziej zagrożone”.

¹¹ W 2025 r. 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].

¹² 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: 18.04.2020].

¹³ J.J. Reilly i in., *Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study*, „BMJ” [Clinical research ed.], 2005, 330(7504), s. 1357.

¹⁴ W 2025 r. 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].

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.

Dane z Polski dotyczące dzieci – w czasie IV Narodowego Kongresu Żywieniowego w styczniu 2019 r. (z powodu pandemii COVID-19 V Kongres Żywieniowy odbył się w październiku 2020 r. w systemie on-line) podano, że:

- już co piąte polskie dziecko w wieku szkolnym zmagają się z problemem nadwagi lub otyłości;
- **w porównaniu z dziećmi w Europie, dzieci w Polsce tyją najszybciej; już co czwarte dziecko i nastolatek ma nadwagę;**
- w Europie polskie 8-latków zajmują pierwsze, niechlubne miejsce, ponieważ 30% z nich ma nadwagę lub jest otyła; dotyczy to szczególnie chłopców;
- ponad 18% 11–12-latków ma nadwagę, a przeszło 3% jest otyłych (łącznie 21% dzieci w tym wieku);
- otyłość dotyczy już dzieci najmłodszych: już w pierwszych latach życia odsetek polskich dzieci z nieprawidłową masą ciała wzrósł z 10% u półrocznych niemowląt do prawie 25% u trzylatków.

Zauważono jednocześnie niepokojący trend, który może świadczyć o nasilającej się częstości anoreksji – wśród dziewcząt w wieku 11–15 lat – ponad połowa z nich o prawidłowej masie ciała stosuje dietę odchudzającą (zjawisko dotyczy 40% chłopców)¹⁵. Dziesięć miesięcy później, tj. 24 października 2019 r., konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce podał:

18% dzieci w wieku 5–19 lat ma nadwagę, a 7% jest otyłych. Polskie dzieci zaliczane są od kilku lat do najszybciej tyjących w Europie¹⁶.

Jednocześnie apelował on o podjęcie dyskusji na temat przyjęcia regulacji zmierzających do ograniczenia spożycia produktów wysokosłodzonych, w tym napojów.

¹⁵ Z. Wojtasiński, *Eksperti: otyłość u polskich dzieci narasta w wyjątkowo szybkim tempie*, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C32606%2Ceksperti-otylosc-u-polskich-dzieci-narasta-w-wyjatkowo-szybkim-tempie.html> [dostęp: 19.05.2020].

¹⁶ GIS. Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie Zdrowia Publicznego z dnia 24.10.2019 r., <https://gis.gov.pl/zdrowie/stanowisko-konsultanta-krajowego-w-dziedzinie-zdrowia-publicznego-w-sprawie-podjecia-dyskusji-na-temat-przyjecia-regulacji-zmierzajacych-do-ograniczenia-spozycia-produktow-wysokoslodzonych-w-tym-napoju/> [dostęp: 18.04.2020].

Pozostałe problemy dotyczące dzieci

Udział czynników genetycznych w patogenezie otyłości ocenia się jedynie na mniej niż 5%, zauważając, że największy wpływ ma środowisko¹⁷.

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 wieku¹⁸ (w tym słodzone napoje oraz posiłki typu fast food, zbyt mała ilość warzyw i owoców w codziennej diecie), siedzący tryb życia¹⁹.

Rozpoznanie otyłości i nadciśnienia tętniczego u dzieci

Do rozpoznania otyłości, ale też kontroli rozwoju dziecka (wzrostu i masy ciała, również ciśnienia tętniczego, a w przypadku niemowląt innych parametrów) służą tzw. siatki centylowe. Na przestrzeni 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. Należy więc korzystać z wiedzy czynnych 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 centyli, a otyłość, gdy BMI przekracza 97²⁰.

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 utworzo-

¹⁷ W. Kołłątaj i in., *Obesity – adisease, or maybe a battered child case?*, „Pediatric Endocrinology” 2018, 17(2), s. 107–118 [dostęp: 18.04.2020].

¹⁸ D. Przybylska, M. Kurowska, O. Przybylski, *Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej*, „Hygeia Public Health” 2012, 47(1), s. 28–35; D.C.W. Lau, J.D. Douketis i in., *2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary]*, „Canadian Medical Association Journal” 2007, 176(8), s. 1–13; A. Malhotra, T. Noakes, S. Phinney, *It is time to bust the myth of physical inactivity and obesity: you cannot outrun a bad diet*, „British Journal of Sports Medicine” 2015, 49(15), s. 967–968.

¹⁹ 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].

²⁰ M. Pycińska, P. Albrecht, *Otyłość u dzieci*, <https://przegladpediatryczny.pl/a1352/Otylosc-u-dzieci-.html> [dostęp: 22.06.2021]; WHO. Siatki centylowe – dzieci 0–5 lat, http://www.imid.med.pl/images/do-pobrania/Siatki_0-5_lat_WHO.pdf [dostęp: 21.10.2020].

no odrębne siatki centylowe, a do pomiaru niemowląt zamiast wzrostu podaje się długość ciała²¹.

Temat **nadciśnienia tętniczego** u dzieci jest raczej odrębny od otyłości, gdyż są inne jego 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 wegetatywne, wahania nastroju i nasilone emocje.

W Polsce w latach 80. XX wieku jako pierwsza zajęła się problemem nadciśnienia tętniczego u dzieci nestor polskiej nefrologii dziecięcej – prof. Teresa Wyszynska, będąca kierownikiem Kliniki Nefrologii Instytutu „Pomnika – Centrum Zdrowia Dziecka” (IP-CZD) przemianowanej później na Klinikę Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego IP-CZD. Z jej inicjatywy rozpoczęto pomiary ciśnienia tętniczego u dzieci we wszystkich grupach wiekowych, a także systematyczne w przychodniach²².

W siatkach centylowych opracowanych m.in. w IP-CZD, w 2015 r. – poza wskaźnikami rozwoju dziecka – podano, co szczególnie cenne, kryteria norm ciśnienia tętniczego krwi u dzieci wg wieku i płci²³. Należy jednak podkreślić, że tak jak w przypadku siatek centylowych dotyczących rozwoju dzieci, także w odniesieniu do ciśnienia tętniczego warto śledzić nowe doniesienia o normach, bo, jak wiadomo, medycyna stale się rozwija, ale też zmienia się styl życia społeczeństwa i warunki środowiskowe²⁴.

Problemy psychologiczne

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).

²¹ 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: 21.10.2020].

²² Jedną z pierwszych prac na ten temat w Polsce: T. Wyszynska, P. Januszewicz, A. Witeska-Klimczak, *Nadciśnienie tętnicze u dzieci i młodzieży*, „Terapia i Leki” 1997, 9–10, s. 241–253.

²³ 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: B. Werner, P. Wieniawski, *Zasady rozpoznawania nadciśnienia tętniczego u noworodków, dzieci i młodzieży*, „Nowa Pediatria” 2017, 1, s. 17–24, <http://www.czytelniamedyczna.pl/5934,zasady-rozpoznawania-nadcisnienia-tetniczego-u-noworodkow-dzieci-i-mlodziezy.html> [dostęp: 21.10.2020].

²⁴ M. Tkaczyk, *Nadciśnienie tętnicze u dzieci*, <https://podyplomie.pl/pediatrica/30734,nadcisnienie-tetnicze-u-dzieci> [dostęp: 19.05.2020].

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 odrzucenie²⁵.

Sposób reagowania i pomocy dziecku w walce ze znaczną nadwagą nie jest prosty. Trudno, by tak oceniane dziecko skutecznie walczyło z otyłością. Odchudzanie bazujące na negatywnych emocjach i samostygmatyzacji nie jest skuteczne. W Internecie można znaleźć szereg porad dla rodziców i wychowawców²⁶.

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.

Niejako równolegle istnieją dwie metody oceny otyłości. Najbardziej popularne jest określanie wskaźnika BMI (*body mass index*), choć wydaje się słuszne, by poznać też metody umożliwiające w pewnym stopniu rozpoznanie otyłości trzewnej (brzuszej), gdyż jak wykazano, tłuszcz zlokalizowany w obrębie narządów jamy brzusznej – wątroby, trzustki, nerek czy jelit, spełnia największą rolę jako narząd wpływający na funkcjonowanie organizmu. Problem opisano w następnych rozdziałach.

Rozpoznanie otyłości na podstawie prostych metod antropometrycznych opisanych w kolejnym podrozdziale o pomiarach otyłości trzewnej (brzuszej), takich jak: stosunek obwodu talii do obwodu bioder lub grubość fałdu skórniego – może być obarczone błędem, bo np. nie uwzględnia uwarunkowań osobniczych czy pochodzenia etnicznego²⁷. Wymienione wskaźniki nie uwzględniają też wzrostu ani wieku człowieka. Dlatego w badaniach epidemiologicznych bardzo często podawany jest **wskaźnik masy ciała BMI** – współczynnik powstały przez podzielenie masy ciała podanej w kilogramach przez kwadrat wysokości podanej w metrach.

²⁵ NFZ. Otyłość – choroba wagi ciężkiej, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/otylosc-choroba-wagi-ciezkiej,7355.html> [dostęp: 18.04.2020].

²⁶ B. Kielbus, L. Szewczyk, *Poziom niepokoju u dzieci otyłych*, „Aspekty Zdrowia i Choroby” 2017, 2(4), s. 19–27, <https://zdrowie.pap.pl/strefa-psyche/stygmatyzacja-otylosci-nie-sprzyja-odchudzeniu> [dostęp: 18.04.2020].

²⁷ M. Wąsowski, M. Walicka, E. Marcinowska-Suchowierska, *Otyłość – definicja, epidemiologia, patogeneza*, „Postępy Nauk Medycznych” 2013, XXVI (4).

Nie uwzględnia on płci, gdyż uznano ją w tym aspekcie za mało istotną, jednak jego normy są różne w zależności od wieku.

Zakres wartości prawidłowych BMI zależy od wieku i wynosi odpowiednio:

- 19–24 lata: 19–24;
- 25–34 lata: 20–25;
- 35–44 lata: 21–26;
- 45–54 lata: 22–27;
- 55–64 lata: 23–28;
- ponad 64 lata: 24–29.

Uważa się, że wskaźnik BMI dla osób dorosłych i o przeciętnych warunkach umięśnienia odpowiednio ocenia masę ciała, gdyż dobrze koreluje z zawartością tkanki tłuszczowej w ustroju i jest raczej niezależny od wzrostu²⁸. Według niektórych badaczy wskaźnik BMI nie stanowi pełnej podstawy do klinicznej oceny otyłości.

Istnieje szereg metod umożliwiających precyzyjne określenie zawartości tkanki tłuszczowej danego człowieka, jak tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny czy inne, stosowane jedynie w wybranych przypadkach (dotyczy to głównie opisanej w podrozdziale otyłości trzewnej – brzusznej) i przez odpowiednich specjalistów.

Rozpoznanie otyłości trzewnej

Choć w badaniach epidemiologicznych zwykle są porównywane wyniki BMI, jednak, jak zaobserwowano w trakcie wieloletnich badań, ten współczynnik nie jest uniwersalnym wskaźnikiem otyłości trzewnej, czyli nadmiaru szczególnie aktywnej tkanki tłuszczowej trzewnej, która może występować także u osób z prawidłową masą ciała wyznaczoną przez BMI²⁹.

Wiele osób, pomimo prawidłowego BMI, cierpi na otyłość trzewną (brzuszną), ma figurę typu jabłko i szczupłe kończyny, a tłuszcz gromadzi się u nich głównie na brzuchu³⁰.

Pierwszy stopień otyłości brzusznej rozpoznaje się wtedy, gdy **obwód talii** wynosi >94 cm u mężczyzny i >80 cm u kobiety, a stopień drugi >102 cm u mężczyzny i >88 cm u kobiety³¹.

²⁸ P. Grimm i in., *Żywność. Atlas i podręcznik*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012.

²⁹ J. Carroll, *Visceral fat, waist circumference and BMI: impact of race*, 2008, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18239557> [dostęp: 1.06.2020].

³⁰ A. Sumner, *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: 22.06.2021].

³¹ *Waist Circumference and Waist-Hip Ratio, Report of a WHO Expert Consultation*, Geneva 2008.

Do określenia rozmieszczenia tkanki tłuszczowej wykorzystuje się również stosunek obwodu talii do obwodu bioder tzw. **wskaźnik talia-biodro (waist to height ratio – WHR)**. Wielu autorów uważa, że jest on dokładniejszy niż BMI i pomiar obwodu pasa (talii). Według WHO, WHR powyżej 0,8 u kobiet oraz powyżej 0,9 u mężczyzn oznacza podwyższone ryzyko dla zdrowia³².

Otyłość brzuszna ocenianą na podstawie wskaźnika 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 zdrowotnych³³.

Według psychologów ewolucyjnych, wskaźnik WHR jest miarodajnym liczbowym wskaźnikiem atrakcyjności kobiet w oczach mężczyzn. Jak wskazują badania, w większości kultur pozostaje on postrzegany tak samo. Widok nagich kobiet o WHR około 0,7 powoduje aktywację w mózgu mężczyzn ośrodka przyjemności. Przypuszcza się, że jest to nieświadome ocenianie potencjału płodności kobiet³⁴.

Otyłość, ale przede wszystkim trzewną (OT), można rozpoznać **metodami obrazowymi**, jak tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny. Kryterium diagnostyczne OT to pole tłuszczu trzewnego większe niż 100 cm². Koreluje to z obwodem talii u kobiet >70 cm i >86 cm u mężczyzn oraz z WHR u kobiet >0,8 i u mężczyzn >1,0, a także ze wzrostem śmiertelności³⁵.

Postrzeganie otyłości na przestrzeni wieków

Już Hippokrates pisał, że „otyłość jest nie tylko sama w sobie chorobą, ale stanowi także zwiastun wielu innych chorób”, a także: „nagła śmierć jest bardziej powszechna wśród tych, którzy są z natury bardziej otyli niż szczupli”³⁶. Wyliczał też choroby spowodowane złą dietą, które można złagodzić, poprawiając sposób

³² WHO. Waist circumference and Waist-Hip Ratio: Report of a WHO Expert Consultation. Geneva, https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_report_waistcircumference_and_waisthip_ratio/en/ [dostęp: 1.06.2020].

³³ J. Despres, *Pathophysiology of human visceral obesity: an update*, 2013, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23303913> [dostęp: 22.06.2021].

³⁴ S.M. Platak, D. Singh, *Optimal waist-to-hip ratios in women activate neural reward centers in men*, „PLoS One” 2010, 5(2).

³⁵ E. Wasilewska-Dziubińska, *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].

³⁶ H. Christopoulou-Aletra, N. Papavramidou, *Methods used by the hippocratic physicians for weight reduction*, „World Journal of Surgery” 2004, 28, s. 513–517.

odżywiania się³⁷. Ponadto dawał wskazówki ludziom otyłym, jak mogą obniżyć masę ciała – należy podjąć wysiłek fizyczny, mając „pusty żołądek”, następnie, gdy się jest jeszcze zdyszany, bez odzyskania spokojnego oddechu wypić trochę rozcieńzonego wina. Dopiero potem należy zjeść śniadanie, tj. chude mięso przygotowane ziarnami sezamu³⁸. Ponadto Hippokrates zalecał, aby jeść tylko jeden posiłek dziennie, bez kąpieli kłaść się na twardym łóżku do snu, a w ciągu dnia spacerować w ubraniach lekkich i przewiewnych³⁹. Zauważył także, że otyłość jest przyczyną niepłodności i rzadkich miesiączek u kobiet⁴⁰.

Galen, a właściwie Claudius Galenus (ok. 130–200 n.e.), rzymski lekarz i filozof, pochodzenia greckiego, wyróżniał dwa typy otyłości: „umiarkowany” – naturalny i „nadmierny” – będący objawem chorobowym. Przyczyny otyłości upatrywał w „złych humorach”. W ramach leczenia swoim pacjentom zalecał masaże, kąpiele i „pokarmy wyszczuplające”, takie jak warzywa, w tym czosnek, a także dziczyznę⁴¹.

W V i VI wieku uznano za najcięższe z 7 grzechów głównych tzw. gulę, czyli łakomstwo i luxurię – lekkomyślność. Te dwa grzechy miały być córkami szatana⁴².

W 1701 r. w słowniku autorstwa Antoine’a Furetière’a (ojca współczesnej chemii i twórcy nauki o żywieniu) pojawiło się objaśnienie naukowe słowa „otyłość”. Autor twierdził, że jest to konkretna choroba, a nie tylko „ilościowy eksces”. Pisał, że otyłość to: „Termin medyczny. Stan osoby nazbyt tłustej lub mięsistej”⁴³.

W 1757 r. lekarz Malcolm Flemyng na forum Królewskiego Towarzystwa Naukowego przedstawił wyniki swoich badań na temat „nadmiernej korpulentności”. We wnioskach określił otyłość jako stan chorobowy, wynikający ze zbyt obfitego jedzenia – zwłaszcza żywności z dużą zawartością tłuszczu. Zauważył też, że ta choroba upośledza funkcję różnych narządów człowieka. Trzy lata później opublikował pierwszą na świecie monografię na temat otyłości, podał jej przyczyny i ich

³⁷ T.O. Cheng, *Obesity, Hippocrates and Venus of Willendorf*, „Int. J. Cardiol.” 2006, 113(2), s. 257; A.S. Truswell, *Medical history of obesity*, „Nutrition and Medicine” 2013, 1, s. 1–25.

³⁸ H. Christopoulou-Aletra, N. Papavramidou, *Methods used by the hippocratic...*, op. cit.

³⁹ E. Korek, *Problematyka otyłości w ujęciu historycznym*, „Forum Zaburzeń Metabolicznych” 2014, 5(4), s. 148–157.

⁴⁰ T.O. Cheng, *Obesity, Hippocrates...*, op. cit.

⁴¹ Galen, <https://plato.stanford.edu/entries/galen/> [dostęp: 18.04.2020]; H. Brown, *How Obesity Became a Disease. And, as a consequence, how weight loss became an industry*, <https://www.theatlantic.com/health/archive/2015/03/how-obesity-became-a-disease/388300/> [dostęp: 18.04.2020].

⁴² E. Wólkiewicz, *Grube ciało. Społeczne postrzeganie otyłości w średniowieczu*, „Przegląd Historyczny” 2009, 3(100), s. 495–524.

⁴³ J. Jarzyńska, *Otyłość na przestrzeni wieków na przykładzie Europy*, <https://ncez.pl/zdrowe-odchudzenie/skuteczne-odchudzanie/otylosc-na-przestrzeni-wiekow-na-przykladzie-europy> [dostęp: 18.04.2020].

dokładny opis oraz zawarł wiele porad i rekomendacji żywieniowych, z których część obowiązuje do dnia dzisiejszego⁴⁴. Również Joannes Babtysta Morgagni (1682–1771) w 1761 r. opublikował ważne w historii medycyny dzieło, składające się z 5 ksiąg: *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* (O siedzibie i przyczynach chorób badanych przez anatoma). Fragment dzieła stanowi szczegółowy opis związku otyłości brzusznej z nadciśnieniem, miażdżycą, hiperurykemią i zespołem bezdechu obturacyjnego⁴⁵. W 1832 r. Adolf Quetelet (1796–1874) opracował tzw. wskaźnik Queteleta, znany obecnie jako BMI⁴⁶.

Poszczególne okresy historyczne różnych regionów świata wpływały na pojęcie nadwagi. Bywała symbolem bogactwa, ale czasem też choroby.

Mimo że w 1727 r. opublikowano wspomnianą już pierwszą monografię poświęconą otyłości, zawierającą szereg aktualnych zaleceń⁴⁷, to w Europie jeszcze na początku XIX wieku otyłość była rzadkością i dotyczyła głównie kobiet. Jednak od tego okresu stopniowo zaczęła wzrastać liczba ludzi z nadwagą. Na początku XX wieku, kiedy zaczęła się dynamicznie rozwijać nauka, otyłość wiązano z zaburzeniami hormonalnymi, a także czynnikami genetycznymi⁴⁸. Potem badano **uzależnienie od cukru i podstawy psychologiczne**. W latach 20. XX wieku pojawiły się pierwsze leki odchudzające⁴⁹. W 1947 r. zauważono odrębności otyłości brzusznej i długo nie przywiązywano do tego wagi. Od lat 50. XX wieku rozwijało się leczenie chirurgiczne – rozpoczęto wykonywanie tzw. **zabiegów bariatrycznych**.

⁴⁴ G.A. Bray, *The Metabolic Syndrome and Obesity*, Humana Press, Totowa, New Jersey 2007, s. 67–91.

⁴⁵ D. Haslam, *Historical Context of Obesity Research Obesity: a Medical History*, „Obes. Rev.” 2007, 8, suppl. 1, s. 31–36; B. Wyrzykowski, *Historia zespołu metabolicznego*, „Choroby Serca i Naczyń” 2005, 2, s. 206–213; P. Samborski, M. Kucharski, *Historia otyłości jako zagadnienia medycznego*, „Acta Medicorum Polonorum” 2016, 1(6).

⁴⁶ G. Eknoyan, *Adolphe Quetelet (1796–1874) – the average man and indices of obesity*, „Nephrology Dialysis Transplantation” 2008, 23(1), s. 47–51.

⁴⁷ G.A. Bray, *A guide to obesity and the metabolic syndrome. Origins and treatment*, CRC Press, Boca Raton 2011.

⁴⁸ A. Budnik, *Otyłość na przestrzeni dziejów*, w: M. Kopczyński, A. Siniarska (red.), *Budowa fizyczna człowieka na ziemiach polskich wczoraj i dziś*, Muzeum Historii Polski, Warszawa 2017, https://ngoteka.pl/bitstream/handle/item/356/budowa05_otylosc.pdf?sequence=5 [dostęp: 18.04.2020].

⁴⁹ H. Brown, *How Obesity Became a Disease – And, as a consequence, how weight loss became an industry*, <https://www.theatlantic.com/health/archive/2015/03/how-obesity-became-a-disease/388300/> [dostęp: 18.04.2020].

Rola adipocytów (leptyna, adipokiny)

Przełomem w rozumieniu otyłości było odkrycie w 1994 r. przez Jeffreya Friedmana **leptyny** – hormonu sytości⁵⁰ produkowanego przez adipocyty⁵¹. Od tej pory rozpoczęto liczne badania naukowe nad tkanką tłuszczową i m.in. odkryto, że nie jest tylko „magazynem energetycznym”, ale także aktywnym narządem endokrynym. Odbywa się tam synteza wielu biologicznie czynnych substancji zwanych adipokinami. Poznano już liczne – należące do adipokin – cytokiny, enzymy i hormony peptydowe; 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 krwi. Biorą udział w procesach zapalnych i immunologicznych całego ustroju⁵².

Dalsze dynamiczne badania być może znajdą zastosowanie do opracowania zastosowań terapeutycznych⁵³.

Obecnie otyłość (łac. *obesitas*) jest uznawana za chorobę przewlekłą, związaną ze stanem zapalnym tkanki tłuszczowej⁵⁴ i ze zwiększeniem masy ciała powyżej akceptowalnych norm⁵⁵.

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 pomenopau-

⁵⁰ G.A. Bray, *A guide to obesity and the metabolic syndrome...*, op. cit.

⁵¹ E. Korek, H. Krauss, J. Piątek, Z. Chęcińska, *Regulacja hormonalna łaknienia*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2013, 19, s. 211–217.

⁵² E. Korek, H. Krauss, *Nowe adipokiny o potencjalnym znaczeniu w patogenezie otyłości i zaburzeń metabolicznych*, „Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej” 2015, 69, s. 799–810.

⁵³ C.K. Shiba, A.R. Dâmaso, S.O. Rhein i in., *Interdisciplinary therapy had positive effects on inflammatory state, mediated by leptin, adiponectin, and quality of diet in obese women*, „Nutr. Hosp.” 2020, 3(37), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32207312> [dostęp: 18.04.2020].

⁵⁴ R. Liu, B.S. Nikolajczyk, *Tissue Immune Cells Fuel Obesity-Associated Inflammation in Adipose Tissue and Beyond*, „Frontiers in Immunology” 2019, 10, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31379820> [dostęp: 18.04.2020].

⁵⁵ WHO. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic (WHO Technical Report Series)*, World Health Organisation.

zalnym 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 2⁵⁶.

Otyłość brzuszną (otyłość trzewną – OT) po raz pierwszy opisał w 1947 r. francuski lekarz Jean Vague, który wyróżnił dwa typy otyłości: brzuszną (trzewną) – androidalną (typu jabłko) i udowo-pośladkową – gynoidalną (typu gruszka). Wykazał też, że ryzyko powikłań otyłości zależy nie tyle od ilości nagromadzonej tkanki tłuszczowej w ogóle, ile od jej rozmieszczenia. Doniesienie zostało wówczas przyjęte przez gremium naukowców z dużym sceptycyzmem i niedowierzaniem.

Jak wspomnieliśmy, przełomem w rozumieniu otyłości było odkrycie w 1994 r. przez Jeffrey'ego Friedmana leptyny – hormonu sytości⁵⁷ produkowanego przez adipocyty⁵⁸; nastąpił okres intensywnych badań nad funkcją tkanki tłuszczowej⁵⁹.

Obecnie otyłość jest postrzegana jako poważny problem nie tylko estetyczny, ale przede wszystkim medyczny, który – jak wielokrotnie podkreślano – od lat przyjmuje postać szybko rozprzestrzeniającej się epidemii. Na podstawie wielu badań udowodniono, że przyczyną większości negatywnych konsekwencji zdrowotnych jest zauważona przez J. Vague otyłość brzuszna wynikająca z nagromadzonego głębiej niż pod skórą tłuszczu. Tłuszcz brzuszny jest zlokalizowany wokół głównych narządów wewnętrznych, w tym wątroby, trzustki i nerek.

Wiadomo już, że tkanka tłuszczowa brzuszna (trzewna) nie tylko jest „magazynem energii” ale aktywnym narządem endokrynnym, który reguluje wiele funkcji organizmu⁶⁰.

Tkanka tłuszczowa trzewna jest bardziej aktywna metabolicznie i hormonalnie niż podskórna, a także bardziej wrażliwa na działanie hormonów lipolitycznych – glikokortykoidów i katecholamin oraz mniej wrażliwa na działanie insuliny. W TTT biologicznie nieaktywny kortyzon jest miejscowo przekształcany w aktywny kortyzol. Hamuje on obwodowe zużycie glukozy i prowadzi do gromadzenia tłuszczu w obrębie jamy brzusznej, co nasila ten typ otyłości⁶¹. TTT w porównaniu z podskórną jest bardziej unaczyniona i zawiera więcej innych komórek niż adi-

⁵⁶ E. Wasilewska-Dziubińska, *Otyłość trzewna*, „Puls”, <https://izba-lekarska.pl/numer/numer-11-2018/otylosc-trzewna/> [dostęp: 4.06.2020].

⁵⁷ G.A. Bray, *A guide to obesity...*, op. cit.

⁵⁸ E. Korek, H. Krauss, J. Piątek, Z. Chęcińska, *Regulacja hormonalna...*, op. cit., s. 211–217.

⁵⁹ E. Wasilewska-Dziubińska, *Otyłość trzewna. Wykład wygłoszony podczas Konferencji „Ból i cierpienie – ognisko światła i ciemności”...*, op. cit.

⁶⁰ M. Gollasch, *Vasodilator signals from perivascular adipose tissue*, 2012, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3315036/> [dostęp: 22.06.2021].

⁶¹ E. Wasilewska-Dziubińska, *Otyłość trzewna...*, op. cit.

pocyty, np. makrofagów, co jest przyczyną rozwoju przewlekłego stanu zapalnego (stwierdzono korelację z parametrami stanu zapalnego w surowicy)⁶².

W otyłości brzusznej tłuszcz gromadzony w nadmiarze w okolicy narządów wewnętrznych – wątroby, trzustki, nerek czy jelit – zaburza metabolizm, prowadząc do stanu zapalnego. Jednym z produkowanych tam białek tzw. prozapalnych jest interleukina-6; także ta tkanka jest źródłem cytokin. W efekcie na skutek zmian zapalnych i zakrzepowych dochodzi do uszkodzenia śródbłonna naczyń, co zwiększa ryzyko m.in. chorób układu krążenia czy udarów mózgu⁶³.

Ryzyko powikłań naczyniowych zwiększają także inne zaburzenia metaboliczne związane z aktywnością trzewnej tkanki tłuszczowej, np.: hipertrójgliderydemia, obniżony poziom cholesterolu HDL, insulinooporność i zapalenia wątroby⁶⁴. Aktywna tkanka tłuszczowa sąsiadująca z wątrobą dodatkowo poprzez układ żyły wrotnej pośrednio wpływa na zwiększenie ryzyka chorób krążenia i cukrzycy⁶⁵.

Wśród konsekwencji otyłości trzewnej można znaleźć, oprócz wyżej wymienionych, insulinooporność i upośledzenie tolerancji glukozy⁶⁶.

Reasumując, negatywny wpływ nadmiaru TTT na stan zdrowia wynika z wydzielania przez nią prozapalnych cytokin i z rozwoju zapalenia oraz z dużej aktywności lipolitycznej TTT i uwalniania do krążenia wolnych kwasów tłuszczowych, które hamują transport glukozy do komórek, prowadząc do insulinooporności, a następnie do hyperinsulinizmu, zespołu metabolicznego i cukrzycy typu 2⁶⁷.

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 normy⁶⁸.

⁶² M. Mirza, *Obesity, visceral fat, and NAFLD, querying the role of adipokines in the progression of nonalcoholic fatty liver disease*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3168494/> [dostęp: 8.07.2021].

⁶³ P. Björntorp, *Hormonal Control of Regional Fat Distribution*, „Hum. Reprod.” 1997, suppl. 1, s. 21–25; C. Fox, *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: 22.06.2021].

⁶⁴ P. Mathieu, P. Poirier, P. Pibarot i in., *Visceral Obesity: The Link Among Inflammation, Hypertension, and Cardiovascular Disease*, „Hypertension” 2009, 53(4), s. 577–584.

⁶⁵ P. Björntorp, „Portal” *Adipose Tissue as a Generator of Risk Factors for Cardiovascular Disease and Diabetes*, „Arteriosclerosis” 1990, 10(4), s. 493–496.

⁶⁶ E.S. Freeland, *Role of a critical visceral adipose tissue threshold in metabolic syndrome*, „Nutr. Metab.” 2004, 1, 12.

⁶⁷ E. Wasilewska-Dziubińska, *Otyłość trzewna...*, op. cit.

⁶⁸ S. Lear, *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: 22.06.2021].

U człowieka otyłość brzuszna jest niezależnym czynnikiem ryzyka nagłego zgonu⁶⁹ oraz wystąpienia niektórych nowotworów⁷⁰, obniża płodność⁷¹, jest związana z zespołem policystycznych jajników⁷², refluksem żołądkowo-przełykowym⁷³, a także z gorszym funkcjonowaniem płuc⁷⁴. 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 bólu⁷⁵.

Związek otyłości brzusznej ze zdrowiem psychicznym. Podobieństwa z depresją?

Jak wykazały badania – im wyższy stosunek talii do bioder (WHR – wykładnik otyłości trzewnej – brzusznej), tym gorsze funkcjonowanie centrum pamięci mózgu manifestujące się zmniejszonymi funkcjami poznawczymi⁷⁶. Zauważono też podobne zależności z chorobą Alzheimera⁷⁷. Zaobserwowano także związek otyłości brzusznej ze skłonnością do depresji i wahań nastroju. Jest to tłumaczone wpływem nadmiaru tkanki tłuszczowej, szczególnie trzewnej, na produkcję serotoniny,

⁶⁹ J.P. Empana, P. Ducimetiere, M.A. Charles, X. Jouven, *Sagittal Abdominal Diameter and Risk of Sudden Death in Asymptomatic Middle-Aged Men: The Paris Prospective Study I*, „Circulation” 2004, 110(18), s. 2781–2785.

⁷⁰ S. Doyle, C. Donohoe, *Visceral obesity, metabolic syndrome, insulin resistance and cancer*, 2012, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22051112> [dostęp: 22.06.2021].

⁷¹ M. Zain, R. Norman, *Impact of obesity on female fertility and fertility treatment*, 2008, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19072520> [dostęp: 22.06.2021].

⁷² B. Yildirim, N. Sabir, *Relation of intra-abdominal fat distribution to metabolic disorders in nonobese patients with polycystic ovary syndrome*, 2003, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12798883> [dostęp: 22.06.2021].

⁷³ D. Festi, F. Baldi, *Body weight, lifestyle, dietary habits and gastroesophageal reflux disease*, 2009, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19360912> [dostęp: 22.06.2021].

⁷⁴ Y. Park, H. Know, *Impact of visceral adiposity measured by abdominal computed tomography on pulmonary function*, 2011, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3102871/> [dostęp: 22.06.2021].

⁷⁵ L. Wang, *Body mass index and waist circumference predict health-related quality of life, but not satisfaction with life, in the elderly*, 2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29881897> [dostęp: 22.06.2021].

⁷⁶ R. Whitmer, *Central obesity and increased risk of dementia more than three decades later*, 2008, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18367704> [dostęp: 22.06.2021].

⁷⁷ G. Razay, G. Wilcock, *Obesity, abdominal obesity and Alzheimer disease*, 2006, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16847377> [dostęp: 22.06.2021].

galaniny i innych transmiterów w mózgu⁷⁸. Zauważono, że osoby z obniżonym nastrojem mają tendencję do zwiększania masy ciała⁷⁹.

Otyłość i depresja stanowi coraz poważniejszy problem XXI wieku, nie tylko medyczny, ale też społeczny. Częstość obu schorzeń dynamicznie wzrasta na całym świecie, szczególnie w krajach zamożnych, a powikłania zagrażają zdrowiu i życiu. Zaobserwowano, że niektóre rodzaje depresji – zwłaszcza z nietypowymi objawami (nadmierne łaknienie, przyrost masy ciała o 3–5 kg w ciągu 3 miesięcy, nadmierna senność, uczucie paraliżu ołowianego oraz nadwrażliwość na odrzucenie) – wyraźnie silniej wiążą się z otyłością, szczególnie brzusznią. U cierpiących na depresję objawy nietypowe występują częściej u osób otyłych niż u szczupłych.

Od dawna obszarem zainteresowania wielu badaczy jest rola układu odpornościowego człowieka w patogenezie depresji. Wskazuje się na rolę cytokin w zaburzeniach behawioralnych oraz ich bezpośredni wpływ na neuroprzebieżność w centralnym układzie nerwowym, a także na zmiany endokrynne. Zarówno w depresji, jak i w otyłości, obserwuje się zaburzenie funkcji neuroprzebieżników, a szczególnie serotoniny, noradrenaliny, dopaminy czy neuropeptydu Y. Mają one regulujący wpływ na nastrój i nawyki żywieniowe. W otyłości obserwuje się zwiększone uwalnianie z tkanki tłuszczowej inhibitora aktywatora plazminogenu PAI-1 (*plazminogen activator inhibitor-1*). Przewlekły wzrost jego stężenia sprzyja tworzeniu zakrzepów i razem z innymi cytokinami może nasilać reakcje zapalne w mięśniach, ścianach naczyń czy w wątrobie. Są to dodatkowe kryteria dla rozpoznania zespołu metabolicznego. U osób otyłych z nadmiernym nagromadzeniem tkanki tłuszczowej trzewnej zaobserwowano spadek poziomu adiponektyny oraz wzrost stężenia TNF-a, co może być jedną z głównych przyczyn insulinooporności i nasilenia zmian zapalnych. Wydaje się, że zwiększona aktywacja współczulna może przyczyniać się do rozwoju otyłości oraz depresji⁸⁰.

⁷⁸ S. Ahmer, R.A.M. Khan, S.P. Iqbal, *Association Between Antipsychotics and Weight Gain Among Psychiatric Outpatients in Pakistan: A Retrospective Cohort Study*, „Annals of General Psychiatry” 2008, 7.

⁷⁹ B. Blaine, *Does Depression Cause Obesity?: A Meta-analysis of Longitudinal Studies of Depression and Weight Control*, „Journal of Health Psychology” 2008, 13(8), s. 1190–1197.

⁸⁰ G.A. Buzuk, *Badanie związku nadwagi i otyłości z obrazem klinicznym wybranych rodzajów depresji* [praca doktorska, promotor prof. M. Owecki], 2014, <http://www.wbc.poznan.pl/Content/347497/PDF/index.pdf> [dostęp: 22.06.2021].

Najczęstsze choroby spowodowane m.in. otyłością (cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze)

Według wspomnianego już raportu NFZ z 22 maja 2019 r. – otyłość i nadwaga powodują około 300 różnego rodzaju powikłań. Należą do nich: nadciśnienie tętnicze, miażdżycy grożąca zawałami serca czy udarem mózgu i chorobami układu krążenia, cukrzyca typu 2, niealkoholowe stłuszczenie wątroby, choroby dróg żółciowych, bezdech senny, choroby kości, ścięgien, mięśni, tkanki łącznej i skóry, a także zaburzenia płodności. Konsekwencją otyłości są także częstsze nowotwory, jak np. jelita grubego – w UE z powodu nadwagi i otyłości corocznie rozpoznaje się o 100 tys. nowotworów więcej. Wyjątkowo duża otyłość może prowadzić do niepełnosprawności.

Według WHO z powodu chorób związanych z nadwagą i otyłością umiera rocznie ponad 2,5 mln osób na świecie, a otyłość skraca życie średnio o 14 lat.

Cukrzyca typu 2

Cukrzyca typu 2 (kwalifikowana w ICD-10: E11 jako cukrzyca insulinoniezależna) 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). Jak ustalono, najczęstszą przyczyną jest otyłość brzuszna opisana w poprzednich podrozdziałach. Zbyt wysoki poziom glukozy w surowicy krwi, ale też znaczne wahania dobowe od hipoglikemii do hiperglikemii są przyczyną uszkodzenia narządu wzroku, nerek, serca i naczyń krwionośnych.

Cukrzyca została opisana jako jedna z pierwszych chorób ok. 1500 r. p.n.e. w egipskim manuskrypcie. Prawdopodobnie opis dotyczył cukrzycy typu 1. Podano, że schorzenie polega na częstym oddawaniu moczu. W tym samym okresie hinduscy lekarze wymieniali tę chorobę jako „miodowy mocz”, który zwabia mrówki. Określenie *diabetes* zauważa się w zapiskach z 230 r. p.n.e. sporządzonych przez greckiego lekarza Appolloniusa z Memfis. W okresie cesarstwa rzymskiego Galen opisał tylko dwa przypadki tej choroby. Ok. 400–500 r. n.e. hinduscy lekarze Sushruta i Charaka po raz pierwszy odróżnili dwie różne choroby – typ 1 występujący u ludzi młodych i typ 2 dotyczący ludzi otyłych. W XVII w. angielski lekarz John Rolle, by odróżnić cukrzycę od moczówki prostej, którą nazwano też *diabetes*, dodał określenie *meliitus* (powstały z miodu). W 1921 r. Kanadyjczycy – Frederick Banting i Charles Best odkryli insulinę⁸¹.

⁸¹ L. Poretzky (ed.), *Principles of diabetes mellitus*, Springer, New York 2009, s. 3.

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 występuje w Chinach, Indiach 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 7. pozycji wśród najczęstszych przyczyn zgonów na świecie.

Polska

- **W 2018 r. w Polsce na cukrzycę chorował co jedenasty 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) wzrosła wśród osób dorosłych o 13,7%. Tempo wzrostu wskazuje na to, że tylko w połowie był to efekt zmian demograficznych.
- 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.
- **Cukrzyca powoduje szereg ciężkich powikłań.** Są to m.in.:
 - retinopatia cukrzycowa (uszkodzenie naczyń krwionośnych znajdujących się w siatkówce oka) – wraz z nią rośnie ryzyko jaskry i zaćmy;

- 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**, która jest źle ukrwiona, sucha, z pękającą skórą, owrzodzeniami. Pacjent czuje mrowienia, drętwienia, a z powodu pogorszenia odczuwania bólu może nie zauważać skaleczeń, a nawet samemu je powodować. Rany źle się goją, często ulegają zakażeniu trudno poddającemu się leczeniu, co grozi amputacją.

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 zł.⁸²

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 powikłania⁸³.

Nadciśnienie tętnicze

Udowodniono, że nadciśnienie tętnicze (RR) dorosłych w zależności od badanych populacji jest w 30% ale nawet i 65% związane z otyłością. Ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego u osób w różnym wieku z nadwagą wzrasta trzykrotnie, a u osób w wieku 20–44 lata jest prawie 6 razy wyższe niż u osoby z prawidłową masą ciała. Każdy wzrost masy ciała o 10 kg podwyższa ciśnienia tętnicze o ok. 2–3 mm Hg, podczas gdy obniżenie masy ciała o 1% wpływa korzystnie na podwyższone ciśnienie tętnicze, obniżając je o 1–2 mm Hg⁸⁴.

⁸² Cukrzyca w liczbach, <https://pacjent.gov.pl/artukul/cukrzyca-w-liczbach> [dostęp: 4.07.2020].

⁸³ S. Gugała-Mirosz, *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].

⁸⁴ IŻŻ. Otyłość i nadwaga, <http://www.izz.waw.pl/en/eufic?id=82> [dostęp: 19.05.2020].

17 maja 2019 r. w Światowym Dniu Nadciśnienia Tętniczego NFZ przedstawił raport, z którego wynika, że aż 10 mln dorosłych Polaków cierpi na tę chorobę, co oznacza, że schorzenie dotyka niemal co trzeciego Polaka – najczęściej w wieku 55–74 lat. Nielezione może prowadzić do m.in. udarów, choroby niedokrwiennej serca, niewydolności serca i niewydolności nerek.

Temat przyczyn nadciśnienia tętniczego i związków z otyłością jest badany od lat i stale pojawiają się nowe odkrycia, które warto śledzić w literaturze przedmiotu. Na podstawie informacji podawanych w 2018 r. zauważa się, że nadciśnienie tętnicze u osób otyłych rozwija się w mechanizmie m.in. przewlekłego uwalniania czynników prozapalnych, uszkodzenia i dysfunkcji śródbłonna naczyniowego (choćby poprzez zmniejszoną dostępność tlenu azotu – NO), przebudowy ściany naczynia, hiperinsulinemii, hiperleptynemii oraz zwiększonej aktywności układu współczulnego i układu RAA. Zmiany powstające w naczyniach u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym prowadzą do rozwoju ich sztywności i upośledzenia czynności⁸⁵.

U pacjentów otyłych często obserwuje się wynikający z nadmiernej masy ciała obturacyjny bezdech senny, co może stanowić ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego krwi⁸⁶.

W przebiegu otyłości trzewnej dochodzi do wzrostu poziomu aldosteronu z zatrzymywaniem sodu i jednoczesną utratą potasu. Po zmniejszeniu masy ciała u tych pacjentów wskaźniki powracały do normy⁸⁷.

Otyłość przebiegająca wraz z nadciśnieniem tętniczym może mieć także wpływ na układ sercowo-naczyniowy, powodując przerost lewej komory serca, chorobę niedokrwinną czy choroby naczyń wieńcowych, dlatego tak ważna jest redukcja masy ciała i wprowadzenie odpowiednich nawyków żywieniowych⁸⁸. W powyższym raporcie podano i omówiono najczęstsze przyczyny nadciśnienia tętniczego: otyłość, nadmierne spożycie sodu, stres, czynniki genetyczne. Pomimo licznych apeli, przeciętne dzienne spożycie sodu w Polsce w latach 1990–2010 wzrosło o 2 g dziennie i przekraczało niemal dwukrotnie wartości rekomendowane przez

⁸⁵ A. Lewandowska, M. Kręgielska-Narożna, P. Bogdański, *Ocena sztywności naczyń jako element analizy ryzyka sercowo-naczyniowego*, https://journals.viamedica.pl/forum_zaburzen_metabolicznych/article/view/56422/44471 [dostęp: 19.05.2020].

⁸⁶ V. Cauter, *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].

⁸⁷ G. Lastra-Gonzales, C. Manrique-Acevedo, J.R. Sowers, *The Role of Aldosterone in Cardiovascular Disease in People with Diabetes and Hypertension: An Update*, „Current Diabetes Reports” 2008, 8, s. 203–207, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18625117/> [dostęp: 22.06.2021].

⁸⁸ A. Kwaśny, A. Tomczyk, *Wpływ otyłości na nadciśnienie tętnicze*, <http://www.wspolczesnadietetyka.pl/leczenie-nadwagi-i-otylosci/wplyw-otylosci-na-nadcisnienie-tetnicze> [dostęp: 19.05.2020].

WHO⁸⁹. Na refundację leków przeciwnadciśnieniowych 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.

Psychologiczne aspekty otyłości

„Lek” na własne problemy

Do niedawna uważano, że istnieje jedynie tzw. otyłość prosta, będąca wynikiem nieprawidłowego stylu życia. Od kilku lat pojawia się szereg prac, w których autorzy podkreślają znaczącą rolę psychiki w rozwoju tej choroby i trudnościach w obniżeniu masy ciała w przypadku otyłości oraz w następstwach psychologicznych otyłości. Badacze problemu podają, że bardzo często nadmierne spożywanie pokarmów, objadanie się, z czasem staje się utrwalonym mechanizmem, który zwykle wynika z nieuświadomianych problemów z własną psychiką. Nie dotyczy to konkretnych chorób psychicznych, choć i tak bywa, ale często się zdarza, że otyłość jest wynikiem nieradzenia sobie ze stresem, lękami, niskim poczuciem własnej wartości i skuteczności. W tej sytuacji sam akt jedzenia przestaje służyć dostarczaniu substancji niezbędnych dla funkcjonowania ciała, ale staje się „lekiem” na własne problemy. Pomimo narastającej masy ciała, świadomości własnego widoku w lustrze czy na zdjęciach, a nawet występujących wtórnych problemów zdrowotnych, potrzeba osoby otyłej spożywania nadmiernej ilości jedzenia nie jest hamowana w sposób racjonalny, gdyż otyłość nasila wszystkie zaburzenia będące punktem wyjścia do objadania się zdeterminowanego psychiką. W ten sposób powstaje błędne koło, w którym zamyka się osoba dotknięta problemem i dopóki sama sobie nie uświadomi – najczęściej dzieje się to za pomocą psychologa czy psychodietetyka – nie jest w stanie uwolnić się od tego swoistego „nałogu” – niemożności odłożenia „nagrody”, jaką jest jedzenie. Przypomina to dobrze poznane mechanizmy wszystkich innych uzależnień⁹⁰.

⁸⁹ NFZ o zdrowiu. Nadciśnienie tętnicze, <https://zdrowedane.nfz.gov.pl/course/view.php?id=17> [dostęp: 15.03.2020].

⁹⁰ M. Jaracz, J. Pulkowska-Ulfig, M. Tomaszewska i in., *Temperament u osób otyłych – doniesienia wstępne*, „Journal of Health Sciences” 2014, 13(14), s. 163–171.

Wprawdzie spożywanie wspólnych posiłków jest jednym z elementów dobrego życia w rodzinie czy w pracy, ale w przypadku osób samotnych – czasami objadanie się jest jedynym „towarzyszem samotności”⁹¹.

Związek z cechami osobowości; niska samokontrola czy/i sposób na nudę

Wrodzoną i właściwie przez całe życie niezmienną cechą każdego człowieka jest **temperament**, który m.in. determinuje tendencję do spożywania nadmiernej ilości produktów różnej jakości. U osób otyłych obserwuje się nasilenie pewnych cech, które mają wpływ na nastrój. Najczęściej jest to **cyklotymia (wahania nastroju), drażliwość oraz lękliwość**. Wyniki niektórych badań sugerują, że osoby otyłe w porównaniu z osobami o prawidłowej masie ciała mają **obniżoną otwartość na doświadczenia**. Obserwuje się też powtarzające się cechy tej grupy, np. **myślenie pesymistyczne, unikanie szkody i uzależnienie od „nagrody”, jaką w tym wypadku jest jedzenie. Brak poczucia osobistej kontroli**, nieuświadamianie sobie podejmowanych czynności oraz **zrzucanie z siebie odpowiedzialności** za podejmowane decyzje prowadzi do wzmożonego bezmyślnego jedzenia. Przymus objadania się prowadzi do niemożności odłożenia „nagrody” w czasie⁹².

Psychologowie zauważają, że osoby otyłe mają pewne charakterystyczne cechy osobowości. Stan wiedzy i metody diagnostyczne pozwalają rozpoznać u nich np.: **zespół kompulsywnego jedzenia, syndrom jedzenia nocnego, jedzenie pod wpływem stresu, zaburzenia odżywiania związane ze snem i inne**⁹³.

Jak już wspomnieliśmy, u osób otyłych często obserwuje się **niską samokontrolę**. Osoby takie stosują zasadę „wszystko albo nic” – jeżeli są na diecie, to ściśle kontrolują, co i kiedy jedzą, natomiast, gdy restrykcje dietetyczne dobiegają końca – jedzą bez własnej kontroli to, na co mają ochotę⁹⁴. Z tego powodu wyraźnie nie następuje u nich poprawa nawyków żywieniowych w wyniku zastosowania „diety odchudzającej”. Pacjenci z wyższą wrażliwością na bodźce zewnętrzne są bardziej podatni na sięganie po posiłki pod wpływem impulsu – zapachu czy wyglądu⁹⁵. Pojawiające się

⁹¹ E. Mikołajczyk, J. Samochowiec, *Cechy osobowości pacjentek z zaburzeniami odżywiania*, „Psychiatria” 2004, 1(2), s. 91–95.

⁹² K. Zdziewchowska, *Temperament a ryzyko uzależnienia od jedzenia u kobiet*, w: E. Topolewska, E. Skimina, S. Skrzek (red.), *Młoda psychologia*, Liberi Libri, Warszawa 2014, s. 175–194.

⁹³ M. Lech, L. Ostrowska, *Psychologiczne aspekty otyłości*, „Forum Zaburzeń Metabolicznych” 2017, 8(2), s. 63–70.

⁹⁴ A. Juruć, B. Wierusz-Wysocka, P. Bogdański, *Psychologiczne aspekty jedzenia i nadmiernej masy ciała*, „Farmacja Współczesna” 2011, 4, s. 119–126.

⁹⁵ S.R. Karasu, *Of mind and matter: psychological dimensions in obesity*, „American Journal of Psychotherapy” 2012, 66(2), s. 111–128.

w życiu emocje o charakterze negatywnym mogą się wiązać z odczuwaniem stresu oraz lęku, a to z kolei przyczynia się u wielu osób do nadmiernego jedzenia⁹⁶.

Otyłości sprzyja duża dostępność jedzenia, gęsta sieć restauracji, ale też barów czy punktów żywienia z pokarmami typu fast food o wiadomej szkodliwości, które – wzmocnione atrakcyjnością miejsca czy reklamą – wręcz zachęcają do odwiedzenia, nawet wtedy, gdy nie odczuwa się głodu. Dla niektórych jedzenie jest sposobem na nudę, osamotnienie czy po prostu ulubioną formą spędzania czasu.

Następstwa psychologiczne otyłości

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 otyłością⁹⁷. Budzą w innych nie tylko niechęć, ale też współczucie. Dodatkowo wzbudzają w nich poczucie niskiej wartości, co wpisuje się we wspomniane błędne koło bezsilności, w centrum którego znajduje się osoba otyła⁹⁸.

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 dzieciństwa⁹⁹.

Rola mikroflory bakteryjnej i błonnika w przewodzie pokarmowym

Interesujące są wyniki badań ostatnich lat, że jednym z czynników wpływających na OT jest nieprawidłowy skład mikroflory bakteryjnej zasiedlającej przewód pokarmowy. Dzięki niej odbywa się proces fermentacji spożywanego błonnika, w wyniku czego powstają endogenne krótkołańcuchowe kwasy tłuszczowe (KTT). Stanowią

⁹⁶ K. Suzuki, C.N. Jayasena, S.R. Bloom, *Obesity and appetite control*, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22899902/> [dostęp: 8.07.2021].

⁹⁷ J.C. Collins, J.E. Bentz, *Behavioral and psychological factors in obesity*, „The Journal of Lancaster General Hospital” 2009, 4, s. 124–127.

⁹⁸ M. Makara-Studzińska, A. Zaborska, *Otyłość a obraz własnego ciała*, „Psychiatria Polska” 2009, 43(1), s. 109–114; M. Pietrzykowska, K. Nowicka-Sauer, T. Cwaliński i in., *Występowanie zaburzeń psychicznych wśród osób z otyłością*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2014, 16(2), s. 146–147.

⁹⁹ D. Carr, K. Jaffe, *The psychological consequences of weight change trajectories: evidence from quantitative and qualitative data*, „Econ. Hum. Biol.” 2012, 10(4), s. 419–430; A. Brytek-Matera, *Obraz własnego ciała u otyłych kobiet: przyczyny i stopień niezadowolenia, związek z obniżoną samooceną i strategiami radzenia sobie ze stresem*, „Psychiatria Polska” 2010, 44(2), s. 267–275; M. Lech, L. Ostrowska, *Psychologiczne aspekty otyłości*, op. cit.

one substrat energetyczny dla tych samych bakterii fermentacyjnych, ale też dla komórek nabłonka jelita grubego, które chronią barierę jelitową w aspekcie wchłaniania substancji niekorzystnych dla organizmu. KTT po przejściu do krążenia wrotnego i ogólnego zmniejszają insulinooporność w wątrobie i w mięśniach szkieletowych oraz zmniejszają łaknienie, wpływając na ośrodki głodu i sytości. Niedobory błonnika w diecie powodują zahamowanie produkcji KTT, gdyż brakuje czynnika energetycznego, jakim jest błonnik dla bakterii fermentacyjnych i komórek nabłonka jelita grubego. Powoduje to zwiększoną przepuszczalność ściany jelita; lipopolisacharydy bakteryjne i inne toksyczne substancje przechodzą ze światła jelita do krążenia wrotnego i bezpośrednio do wątroby, przyczyniając się do rozwoju stanu zapalnego indukującego oporność na insulinę oraz niealkoholowe stłuszczenie wątroby.

Liczne badania epidemiologiczne wykazały zależność między ilością błonnika w diecie a występowaniem OT, chorób układu krążenia, cukrzycy typu 2, ale także raka jelita grubego. Dla zahamowania rozwoju OT nie wystarczy zwykła dieta, aktywność fizyczna, ale też konieczne jest spożywanie błonnika, który – jak wspomnieliśmy powyżej – zapewnia właściwą produkcję KTT, w czym odgrywają znaczną rolę właściwe bakterie jelitowe. Dla przypomnienia, dzienne zapotrzebowanie organizmu na warzywa i owoce to ok. 400 g.

Narastająca epidemia otyłości i jej skutki zdrowotne wskazują na konieczność zaangażowania się w prowadzenie polityki prewencyjnej przez resorty odpowiedzialne za zdrowie, żywienie i edukację¹⁰⁰.

Otyłość a dieta

W grudniu 2019 r. opublikowano w formie raportu przegląd badań dotyczących żywienia i otyłości w USA. Problem otyłości w tym kraju i związanych z nią chorób, pomimo wielu akcji edukacyjnych dotyczących odpowiedniego stylu życia i promowania zdrowej żywności, stale narasta.

Żywność przetwarzana

Jak wykazano w raporcie, Amerykanie, wobec wysokiego tempa życia, ale też dla wygody, wybierają nie tylko dietę tańszą, ale także żywność niewymagającą przygotowania, co jest związane z wysokim przetwarzaniem produktów. Na podstawie licznych opracowań zauważono, że zwyczajowa dieta Amerykanów w porównaniu

¹⁰⁰ E. Wasilewska-Dziubińska, *Otyłość trzewna...*, op. cit.

z żywieniem w obszarach tzw. niebieskich, gdzie mieszka najwięcej osób w wieku powyżej 100 lat, różni się diametralnie. **Zdrowe i długowieczne populacje spożywają mniej żywności przetworzonej, ale też więcej produktów, które np. zawierają dużo błonnika.**

Jak wynika z rozlicznych badań będących podstawą raportu, żywność, która najbardziej jest kojarzona ze wzrostem masy ciała to: chipsy ziemniaczane, napoje słodzone cukrem, słodczyce, przetwarzane i oczyszczane ziarna, czerwone mięso, mięso przetworzone. Natomiast produktami, które mają największe korzystne znaczenie w utrzymaniu prawidłowej masy ciała, a także przy odchudzaniu, są ziarna nieoczyszczone, owoce i warzywa.

Inne szkodliwe trendy żywieniowe – poza niewystarczającą podażą w diecie błonnika – to **dramatyczny wzrost dodatków do żywności, takich jak emulgatory i zagęstniki** stosowane w żywności przetwarzanej.

W badaniach na szczurach i testach *in vitro* udowodniono, że emulgatory znajdujące się w przetworzonej żywności zmieniają skład flory jelitowej, podnoszą poziom glukozy na czczo, wzmagają łaknienie i poprzez to powodują otyłość, a ponadto są przyczyną stłuszczenia wątroby¹⁰¹.

Niedawne badania na ludziach oceniały korelacje i potwierdzały zależność pomiędzy spożywaniem znacznie przetworzonych produktów spożywczych a uczuciem sytości, pogarszającymi się wskaźnikami biochemicznymi (m.in. lipidogramu), a także pojawianiem się wykładników stanu zapalnego. Autorzy raportu podkreślili, że zamiast skupiać się na farmakologicznym leczeniu objawów otyłości i chorób z nią związanych, należałoby przede wszystkim skoncentrować się na leczeniu dietą. Zalecenia są wiadome i proste – ograniczać spożycie przetworzonej żywności, ale też promować właściwą dietę w żywieniu zbiorowym, podawać więcej warzyw i roślin strączkowych, orzechów, owoców i wody. Zmiana stylu życia jest podstawą zdrowia.

Strategia przeciwdziałania

Wobec narastającej, ogólnoswiatowej epidemii nadwagi i otyłości jednym z nadrzędnych celów systemu opieki zdrowotnej jest opracowanie i wdrożenie skutecznej strategii przeciwdziałania. Jedynie interdyscyplinarne podejście, wykorzystujące wyniki badań naukowych, może przyczynić się do zmniejszenia występowania nadmiernej masy ciała i w konsekwencji wynikających z niej powikłań. Wyniki

¹⁰¹ J. Laster, L.A. Frame, *Beyond the Calories – Is the Problem in the Processing?*, „Journal Current Treatment Options in Gastroenterology” 2019, 17, 4, s. 577–586, <https://link.springer.com/article/10.1007/s11938-019-00246-1> [dostęp: 17.05.2020].

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 behawioralną**¹⁰².

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 epidemiologicznych¹⁰³.

Cukier jest zawarty nie tylko w słodyczach, ale też w wielu produktach, np. w gotowanej szynce, parówkach, sosach, keczupie, musztardzie czy w marynowanych warzywach. Uważa się, że produkty, które smakują najbardziej, muszą zawierać cukier albo sól. Niezależnie od produktów spożywczych określanych jako słodocze – większość populacji spożywa cukier w ilości nawet 25 łyżek dziennie, co stanowi rocznie 45 kg. Potrzeby zaś organizmu to około 7 g cukru dziennie.

Zauważono także, że samo włączenie do diety produktów typu light, bez modyfikacji sposobu żywienia, nie przyczynia się do zmniejszenia częstości występowania nadwagi i otyłości. Sztuczne substancje słodzące z uwagi na ich słodki smak wpływają bezpośrednio na pragnienie słodocze. Istnieje silna korelacja między osobniczą preferencją danego smaku a jego intensywnością i częstością spożycia. Biorąc pod uwagę powyższe informacje należy stwierdzić, że być może systematyczna redukcja zawartości cukru i słodyczy w diecie, bez żadnej ich zamiany na substancje słodzące, będzie bardziej skuteczna w wykształceniu preferowanego, niższego progu odczuwania słodyczy i może stać się sposobem walki z otyłością¹⁰⁴.

Niewiele jest osób, które przestrzegają ustalonych norm spożycia cukru i czasami część z nich uzależnia się od słodkiego smaku, choć nie każdy przypadek łakomstwa można zdefiniować jako uzależnienie.

Jeżeli odczuwany jest stały (lub bardzo częsty), nieposkromiony głód na słodocze, niezbędna jest porada lekarska w celu określenia stanu metabolicznego, np. pod kątem hipoglikemii czy niedoborów magnezu, ale też zaburzeń hormonal-

¹⁰² J. Myszkowska-Ryciak, A. Harton, D. Gajewska, S. Bawa, *Środki słodzące w profilaktyce i leczeniu otyłości*, „Kosmos. Problemy Nauk Biologicznych” 2010, 59, 3–4(288–289), s. 365–374.

¹⁰³ V.S. Malik, M.B. Schulze, F.B. Hu, *Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review*, „The American Journal of Clinical Nutrition” 2006, 84(2), s. 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].

¹⁰⁴ J. Myszkowska-Ryciak, A. Harton, D. Gajewska, S. Bawa, *Środki słodzące w profilaktyce...*, op. cit.

nych, np. związanych z tarczycą. **Jednocześnie wskazana jest konsultacja psychologa.** Umożliwi to rozpoznanie uzależnienia, uświadomienie, że się utraciło kontrolę nad spożywaniem cukru i podjęcie odpowiedniej terapii. Jednym z elementów tej terapii jest wyznaczenie innych możliwości uzyskiwania „nagrody”, jak np. relaksujące kąpiele, sport czy miłe spotkania, uczestniczenie w życiu kulturalnym poza domem (kino, teatr, koncert). Gwałtowne odstawienie słodyczy 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 słodyczy, a nawet niespożywaniu ich w obecności osoby z zaburzeniami tego typu¹⁰⁵.

Wszechobecne reklamy słodyczy i duża ich dostępność stanowią nie lada wyzwanie dla osoby uzależnionej. I tu ważna jest jej wewnętrzna motywacja oraz siła – często podtrzymywana w ramach psychoterapii. Wobec narastania epidemii otyłości na świecie powstają grupy wsparcia osób z tym samym problemem, ale chyba należałoby zwiększyć ich liczbę oraz promować działalność w mass mediach.

Badania naukowe – potwierdzenia i kontrowersje

Na podstawie wielu obserwacji ustalono, że w zamierchłej przeszłości niedobory pokarmowe, prowadzące także do obniżania poziomu glukozy we krwi, były pierwotną przyczyną wytworzenia, na drodze ewolucji, mózgowych mechanizmów regulujących łaknienie, m.in. wywołują one uczucie głodu, nasilają działania w celu poszukiwania pokarmu i „nagradzają” za jego spożycie (szczególnie cukru) – co wyraża się uczuciem przyjemności. **Z tej wiedzy wysnuto hipotezę, iż przyczyną otyłości mogą być zaburzenia funkcjonowania „układu nagrody”.** Jedni badacze sugerowali, że jest to reakcja nadmierna, co oznacza, że uczucie przyjemności po zjedzeniu słodyczy jest tak silne, iż człowiek, dążąc do jej powtórzenia, zapomina o szkodach związanych ze spożywaniem cukru czy słodyczy. Druga grupa badaczy sugeruje zmniejszoną wrażliwość „układu nagrody”, tj. nieodczuwanie w pełni przyjemności związanej ze spożytym pokarmem. Prowadzi to także do przymusu konsumowania większej ilości pokarmów słodkich dla zaspokojenia tej potrzeby, co w dalszej kolejności powoduje zwiększenie masy ciała aż do otyłości.

¹⁰⁵ Uzależnienie od cukru, <http://www.narkotyki.pl/nietypowe-uzaleznienia/uzaleznienie-od-cukru/> [dostęp: 25.05.2020].

Uważa się, że w obrębie mózgu „układ nagrody” zlokalizowany jest głównie w okolicy podwzgórzowo-limbicznej i **podlega wpływowi grupy neuroprzekaźników, m.in. dopaminy, serotoniny, noradrenaliny i endogennych peptydów opioidowych**. Uczucie przyjemności rośnie razem ze wzrostem poziomu dopaminy w odpowiedzi na tzw. naturalne czynniki nagradzające, jak pożywienie czy aktywność seksualna. W ten sam sposób mogą wpływać na człowieka środki psychoaktywne (uzależniające) – powodując wzrost wydzielania dopaminy i tym samym szeregu innych neuroprzekaźników, a także endogennych peptydów opioidowych. Niezależnie od rodzaju czynników wywołujących ten proces, efekt jest taki sam – człowiek odczuwa przyjemność, jak po otrzymaniu nagrody. Dla wyobrażenia skali problemu – wzrost dopaminy wyrażony w procentach, a tym samym wzrost uczucia nagrody, np. po spożyciu amfetaminy wynosi 1000%, kokainy 400%, morfiny/heroiny 150–300%, alkoholu etylowego 125–200%, nikotyny 225%, po akcie seksualnym 50–100%, a po smacznym jedzeniu 50%. Jednak w związku z tym, że jedzenie jest podstawą codziennego życia i jest najbardziej dostępne, zagrożenie jest znaczne.

Wspomniane **endogenne peptydy opioidowe** mają szeroki zakres działania na organizm – jest to zmniejszenie bólu, termoregulacja, poprawa procesu uczenia się i zapamiętywania, ale też powodowanie uczucia nagrody. Pośredniczą w odróżnianiu pokarmów smacznym, a nawet smakowitych. **Ich receptory** poza centralnym układem nerwowym znajdują się w przewodzie pokarmowym, macicy, powrózku nasiennym, sercu i naczyniach krwionośnych, płucach, wątrobie, nerkach, nadnerczach, siatkówce oka, mięśniach poprzecznie prążkowanych, stawach, komórkach układu immunologicznego i płytkach krwi. Poszczególne grupy endogennych peptydów opioidowych oddziałują odmiennie na różne receptory. **Egzogenne peptydy opioidowe**, m.in. izolowane z maku (morfiny, kodeina) czy modyfikowane syntetycznie (np. heroina), wpływając na receptory opioidowe, wykazują podobne działanie jak peptydy opioidowe endogenne, powodują spadek ich wytwarzania w ustroju, który nie zabezpiecza ich poziomu w chwili odstawienia substancji uzależniającej. Występują wówczas objawy **zespołu abstynencji narkotykowej** (m.in. głód narkotykowy). Powoduje on nieopanowaną potrzebę użycia substancji psychoaktywnej i przyjmowania jej w sposób ciągły. Jest to potrzeba silniejsza niż doznawane cierpienia i zagrożenie życia związane z zażywaniem narkotyków. Uzależnienie jest złożoną chorobą ośrodkowego układu nerwowego.

Food craving, czyli nadmierną chęć spożywania określonych pokarmów związaną z doznawaną przyjemnością, przynajmniej raz w życiu odczuło nieomal 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. Często chęć ta występowała w stanach obniżonego nastroju, to zjawisko nazwano *carbohydrate craving*¹⁰⁶.

Było to zgodne z obserwowanym we wcześniejszych badaniach uzależnieniem od węglowodanów. Zakładano wówczas, że jest ono wynikiem niedoboru serotoniny oraz tryptofanu, który bierze udział w tworzeniu serotoniny. Jednak późniejsze badania na zwierzętach udowodniały, że **spożywanie niektórych pokarmów wybranych jako najsmaczniejsze jest związane ze wspomnianym już wzrostem poziomu endogennych opiatów**. Zjawisko to było obserwowane szczególnie wyraźne po spożyciu węglowodanów – rozpuszczonej w wodzie mieszanki sacharozy, ale też sacharyny, co sugeruje używanie nazwy uzależnienia pochodzącej nie tylko od cukru, ale od słodkiego smaku w ogóle. Wykazano także, że podanie mleka czekoladowego, ale też innych słodocy, powodowało u szczurów natychmiastowe uwolnienie w podwzgórzu beta-endorfin. Udowodniono w badaniach prowadzonych na zwierzętach, ale i ludziach, że zwiększona aktywność endogennych opiatów (EOP) pod wpływem spożycia słodkich pokarmów ma wpływ na odczuwanie bólu. Płaczące dzieci podczas bolesnych zabiegów w czasie pobytu w szpitalu uspokajały się po podaniu pokarmów zawierających sacharozę.

Obserwuje się też, że osoby uzależnione od heroiny leczone metadonem wykazują chęć większego spożywania cukru. Także osoby uzależnione od narkotyków nieleczonych w czasie przed podaniem narkotyku mają zwiększony apetyt na słodkie, który ustępuje po podaniu narkotyku. Uznano więc, że wszelakie uzależnienia, nie tylko od narkotyków, alkoholu czy nikotyny, wiążą się z nieprawidłowościami funkcji układu nagrody.

Osoby otyłe nie są w stanie kontrolować nadmiernego spożywania substancji energetycznych w stosunku do faktycznego zapotrzebowania organizmu. **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%. Nadmierne spożycie cukrów może powodować, że wzrośnie liczba i aktywność receptorów opioidowych, co z kolei powoduje, iż nasili się potrzeba spożywania cukrów w coraz większej ilości, prowadząc do otyłości lub ją zwiększając¹⁰⁷.

Interesujące w świetle badań przeprowadzonych na szczurach nad uzależnieniami od cukru, ale też sacharyny (używanej jako bezkaloryczny słodzik) i kokainy były dane opublikowane w 2007 r. W pracy, w pewnym sensie pionierskiej, ocenia-

¹⁰⁶ A. Hill, *The psychology of food craving: Symposium on 'Molecular mechanisms and psychology of food intake'*, „Proceedings of the Nutrition Society” 2007, 66(2), s. 277–285.

¹⁰⁷ B. Jabłonowska-Lietz, M. Wrzosek, G. Nowicka, *Czy cukier może uzależniać? Ścieżkami mózgowego układu nagrody*, „Żywność Człowieka i Metabolizm” 2012, 39(4), s. 276–283.

no biologiczne podobieństwo leków i cukru, a także ich wzajemne zależności. Podawano szczurom wodę słodzoną sacharyną – bezkalorycznym środkiem słodzącym, następnie sacharozę, a także dożylnie kokainę. Po przyzwyczajeniu do tych substancji, mając możliwość wyboru, 94% szczurów wybierało sacharynę (słodzik). Od dawna obserwowano zachowanie się i zmienność nastrojów, w zależności od spożycia (lub nie) słodczy, ludzi otyłych zdobywających niemal za wszelką cenę jakieś słodkie pożywienie i rozpoczęto analizę, szukając podobieństwa do zachowania narkomana uzależnionego np. od leków. Autorzy pracy wysunęli wniosek, że intensywna słodycz może przewyższać „nagrodę” za kokainę nawet u osób uzależnionych od narkotyków. Swoje obserwacje wiązali z tym, że pierwotne środowisko większości ssaków, w tym szczurów i ludzi, było ubogie w cukry. Dość nagle zwiększanie ich w diecie na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat nie korelowało z ewolucją receptorów na słodycze, która umożliwiłaby przystosowanie ich do wysokich stężeń słodkich smaków. Przekroczenie funkcji odpowiednich receptorów mogło stać się przyczyną generowania w mózgu „sygnału nagrody”, który zastępuje mechanizmy samokontroli i prowadzi do uzależnienia¹⁰⁸.

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 uzależnień¹⁰⁹.

W ostatnich latach pojawiły się również doniesienia, a także **wnioski z przeglądu badań, które zdają się przeczyć pogładowi, iż istnieje uzależnienie od cukru**. Między innymi w 2016 r. podano, że znaleziono niewiele dowodów potwierdzających uzależnienie od cukru i zwykle dotyczą one zwierząt. U tych ostatnich objadanie się prawdopodobnie występuje tylko w kontekście przerywanego dostępu do cukru czy bardzo smacznych potraw, a nie neurochemicznych efektów spożycia cukru. Autorzy publikacji sprzeciwiają się wręcz przedwczesnemu włączeniu uzależnienia od cukru do literatury naukowej i zaleceń polityki prozdrowotnej¹¹⁰.

W pierwszej dekadzie nowego milenium nadal trwały rozważania na temat „uzależnienia od żywności”, choć zauważano podobne zachowania u osób uzależnionych np. od narkotyków i od jedzenia. W celu identyfikowania osób, które

¹⁰⁸ M. Lenoir, F. Serre, L. Cantin, S.H. Ahmed, *Intense Sweetness Surpasses Cocaine Reward*, „PLoS ONE” 2007, 2(8).

¹⁰⁹ M.B. Liester, J.D. Moore, *Is Sugar a Gateway Drug?*, „Journal of Drug Abuse” 2015, 1, 8, s. 1–8.

¹¹⁰ M.L. Westwater, P.C. Fletcher, H. Ziauddeen, *Sugar addiction: the state of the science*, „European Journal of Nutrition” 2016, 55, suppl. 2, s. 55–69.

wykazują uzależnienie od żywności Ashley Gearhardt, badacz z Rudd Center for Food Policy and Obesity, samodzielnie opracował i znormalizowane narzędzie, które umożliwiało określenie osób o wysokim ryzyku uzależnienia od żywności, niezależnie od masy ciała. Powstała skala uzależnienia od żywności Yale – Yale Food Addiction Scale, YFAS. Jest to pierwszy miernik zaprojektowany specjalnie w celu oceny zachowań związanych z odżywianiem¹¹¹.

YFAS obejmuje 25 pozycji i uwzględnia kryteria diagnostyczne uzależnienia od substancji określone w klasyfikacji DSM-4 (poprzedniej, gdyż na jej podstawie powstała DSM-5). **Umożliwia bardziej systematyczne badanie hipotezy, że żywność o dużej zawartości kalorii (np. o wysokiej zawartości rafinowanych węglowodanów i tłuszczu), a także wysokoprzetworzona (np. frytki, koktajle mleczne), może wywołać uzależnienie u niektórych osób.** Skala umożliwia także ocenę i zależności innych czynników, takich jak: zmniejszona kontrola konsumpcji, uporczywe pragnienie lub powtarzające się nieudane próby rzucenia palenia, objawy wycofania się i inne istotne zaburzenia kliniczne.

YFAS obejmuje dwie grupy punktacji:

- „liczba objawów” w zakresie od 0 do 7, która odzwierciedla liczbę zatwierdzonych kryteriów podobnych do uzależnienia;
- dychotomiczna „diagnoza”, która wskazuje, czy próg 3 lub więcej powyższych „objawów” współistnieje z klinicznie znaczącym zaburzeniem.

Na podstawie YFAS wykazano, że w największym stopniu wiążą się z uzależnieniem produkty żywnościowe o wysokiej zawartości tłuszczu i cukru¹¹².

W 2017 r. opublikowano wyniki badań 1495 studentów uniwersytetów z różnych wydziałów pod kątem **objawów uzależnienia od różnych produktów żywnościowych**, ocenianych wg wspomnianego YFAS, oraz negatywnego ich wpływu na BMI. Wykazano, że 95% wszystkich badanych doświadczyło co najmniej jednego objawu „uzależnienia od żywności”, ale tylko 12,6% spełniło klasyfikację YFAS dotyczącą tego uzależnienia. Większość, bo 55% respondentów, doświadczyła tych problemów w przypadku połączonych wysokotłuszczowych pikantnych (30%) i wysokotłuszczowych słodkich (25%) potraw, podczas gdy zdecydowanie mniejsza grupa – jedynie 2% badanych – doświadczyła takich problemów w przypadku niskotłuszczowych/pikantnych, a 5% – żywność zawierająca cukier. **Nadwaga korelowała z objawami świadczącymi o uzależnieniu jedynie w przy-**

¹¹¹ A.N. Gearhardt, W.R. Corbin, K.D. Brownell, *Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale*, „Appetite” 2009, 52, 430–436.

¹¹² A.N. Gearhardt, M.A. White, R.M. Masheb i in., *An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder*, „International Journal of Eating Disorders” 2012, 45, s. 657–663.

padku wysokotłuszczowych pikantnych i wysokotłuszczowych słodkich potraw ($p < 0,0001$), podczas gdy nie stwierdzono tego w przypadku pokarmów zawierających głównie cukier¹¹³. Autorzy tej pracy, ale też innych, podają więc, że produkty zawierające cukier bez innych wymienionych składników w diecie w minimalnym stopniu przyczyniają się do „uzależnienia od żywności” i zwiększenia ryzyka przyrostu masy ciała. Zgodnie z obecnym poglądem naukowym przyjmuje się, że gęstość energii żywności oraz wyjątkowe indywidualne doświadczenie jedzenia odgrywają ważną rolę w określaniu wartości nagrody żywności i promowaniu nadmiernego spożycia produktów wysoko energetycznych.

Współuzależnienia

Należy zaznaczyć, że naukowe dowody na występowanie analogicznych predyspozycji do przyjmowania cukru i narkotyków dodatkowo podkreślają wspólne mechanizmy ich używania i nadużywania. **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 związku¹¹⁴.** W badaniach przeprowadzonych w 2016 r. na temat dziedziczności nadmiernego spożycia cukru i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych ustalono korelację między tymi zmiennymi¹¹⁵.

Wcześniej, w 2008 r., w jednej z licznych prac z tego zakresu, również opisano związki między spożywaniem produktów zawierających cukier a sięganiem po środki psychoaktywne. Badania, do których odwołali się autorzy tej pracy, były przeprowadzone na szczurach; gryzonie miały stały dostęp do cukru, a po odebraniu im tej możliwości wykazywały większą skłonność do spożywania alkoholu, kokainy, co sugerowało, że przerwany dostęp do cukru może być „bramą” do innych środków¹¹⁶.

¹¹³ C.R. Markus, P.J. Rogers, F. Brouns, S.R. Chepers, *Eating dependence and weight gain; no human evidence for a 'sugar-addiction' model of overweight*, „Appetite” 2017, 1(114), s. 64–72.

¹¹⁴ J.L. Fortuna, *Sweet preference, sugar addiction and the familial history of alcohol dependence: shared neural pathways and genes*, „Journal of Psychoactive Drugs” 2010, 42(2), s. 147–151.

¹¹⁵ J.L. Treur, D.I. Boomsma, L. Ligthart i in., *Heritability of high sugar consumption through drinks and the genetic correlation with substance use*, „American Journal of Clinical Nutrition” 2016, 104(4), s. 1144–1150.

¹¹⁶ N.M. Avena, P. Rada, B.G. Hoebel, *Evidence for sugar addiction: behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake*, „Neuroscience and Biobehavioral Reviews” 2008, 32(1), s. 20–39.

Czteroetapowy model uzależnienia

Występowanie takiej zależności wśród ludzi może się wydawać dyskusyjne, jednak już w ostatnich dekadach XX wieku Denise B. Kandel wraz z zespołem ustaliła, że droga do uzależnienia jest kilkufazowym procesem. Badacze, na podstawie wieloletnich badań prowadzonych wśród młodzieży, przedstawili czteroetapowy model uzależnienia, nazwany przez nich **teorią bramy (gate theory): pierwszym etapem jest palenie tytoniu, następnym łączenie palenia z coraz mocniejszym alkoholem, kolejnym jest używanie marihuany, a dalszym zażywanie innych narkotyków**¹¹⁷. W trakcie kolejnych badań potwierdzono rozwojową sekwencyjność uzależnienia¹¹⁸. Ich autorzy podkreślali, że używanie któregośkolwiek z legalnych środków psychoaktywnych nie zawsze prowadzi do korzystania z narkotyków, zwracali jednak uwagę, że wśród osób, u których zdiagnozowano uzależnienie, występują zaobserwowane sekwencje.

O tym, że nadmierne objadanie się cukrem jest szkodliwe – niekoniecznie ze względu na możliwość uzależnienia – napisano już wiele prac naukowych potwierdzonych licznymi badaniami klinicznymi¹¹⁹.

Warto podać informacje i zalecenia, które są zamieszczone na portalu narkomania.pl. Przedstawiane są tam m.in. liczne przykłady obrazujące, jak zachowuje się człowiek, który wykazuje zależność od spożywania słodyczy. Jest to, wynikająca z niepohamowanej potrzeby zakupu czy zdobycia takiego produktu, np. nocna wyprawa do odległego nawet sklepu czy na stację benzynową po jeden tylko batonik, lub spóźnienie do pracy (mimo ryzyka jej utraty) z tego powodu, że kolejka w sklepie była długa, a potrzeba spożycia jakiegoś słodkiego produktu silniejsza niż zwyczajowa sumienność. Nasiloną potrzebą słodyczy często jest powodem gorączkowego poszukiwania w domu ukrytych czekoladek i skonsumowania najchętniej zawartości całego pudełka, nawet gdy są one stare i nieapetycznie wyglądają. Podsumowując, gdy ochota na słodycze staje się

¹¹⁷ D. Kandel, *Stages in Adolescent Involvement in Drug Use*, „Science” 1975, 190(4217), s. 912–914.

¹¹⁸ D.B. Kandel, I. Adler, M. Sudit, *The epidemiology of adolescent drug use in France and Israel*, „American Journal of Public Health” 1981, 71(3), s. 256–265; D.B. Kandel, K. Yamaguchi, K. Chen, *Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: Further evidence for the gateway theory*, „Journal of Studies on Alcohol” 1992, 53(5), s. 447–457.

¹¹⁹ P.T. Bradshaw, S.K. Sagiv, G.C. Kabat i in., *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), s. 1509–1515; L. Tappy, *Q&A: toxic' effects of sugar: should we be afraid of fructose?*, „BMC Biology” 2012, 10, 42; T.A. Khan, J.L. Sievenpiper, *Controversies about sugars: results from systematic reviews and meta-analyses on obesity, cardiometabolic disease and diabetes*, „European Journal of Nutrition” 2016, 55, suppl. 2, s. 25–43.

celem nadrzędnym w życiu, może to oznaczać uzależnienie. W artykułach zamieszczonych na portalu wskazuje się na wyraźne podobieństwo zachowań człowieka uzależnionego od narkotyków czy alkoholu itp. do człowieka uzależnionego od słodyczy. Zachowują się one w charakterystyczny sposób, wskazujący, że nałóg ma nad nimi władzę – organizm wprost woła o dawkę substancji, od której są uzależnione. Gdy taka osoba jej nie otrzyma, odczuwa wyraźny spadek nastroju, a nawet popada w depresję. Po zjedzeniu pożądanego produktu (m.in. wzrasta wtedy poziom tzw. hormonu szczęścia, czyli serotoniny) odzyskiwane jest dobre samopoczucie, następuje odprężenie i relaks, błogość, a czasem pozytywne pobudzenie, np. chęć do działania. Jednak po pewnym czasie ponownie pojawia się „głód”. Problem nasilają różnorodne codzienne stresy i w przypadku nawet najslabszych, zamiast podejmowania próby radzenia sobie w określonej sytuacji, wybiera się najkrótszą drogę – sięganie po wspomnianą „nagrodę”. Potrzeba powtarzania dawki słodyczy jest w pełni uświadamiana, dlatego człowiek ma poczucie winy, że ulega pokusie, która nie jest zdrowa, a często nasila już istniejącą otyłość i choroby z nią związane.

Bariatria

Termin „bariatria” (*bariatrics*) powstał w roku 1965 (z języka greckiego *βάρως-ίατρος*, waga – medycyna). Dziedzina obejmuje metody leczenia odchudzającego, ćwiczeń fizycznych i behawioralnych w celu zmniejszenia masy ciała, a także farmakoterapię i chirurgię bariatryczną¹²⁰.

Chirurgia bariatryczna – krótka historia, kwalifikacja do leczenia

W latach 50. XX zauważono w USA narastający problem otyłości i powodowanych nią chorób, jak cukrzyca typu 2 i nadciśnienie tętnicze. Apele o stosowanie właściwej diety i zwiększanie aktywności fizycznej, okazały się niewystarczające. Gdy zjawisko przybierało postać epidemii, rozpoczęto leczenie chirurgiczne otyłości, a amerykańskie firmy ubezpieczeniowe zaczęły pokrywać jego koszty. W tym czasie powstały też pierwsze prace naukowe, w których wykazano, że u niektórych pacjentów tylko operacja zmniejszenia żołądka uwalnia od problemu, jakim jest otyłość. Wcześniej uważano, że dieta i ruch są wystarczające.

Pomysł zaczerpnięto z obserwacji spadku masy ciała chorych po rozległych resekcjach żołądka i jelita cienkiego. Zaproponowano metodę chirurgicznego lecze-

¹²⁰ <https://dictionary.cambridge.org/pl/dictionary/english/bariatric> [dostęp: 23.06.2021].

nia otyłości. Pionierem był John H. Linner, który po raz pierwszy wykonał w tym celu sztuczny zespół krótkiego jelita, czyli zespolenie jelita czczego i krętego, uzyskując w ten sposób skrócenie pasażu treści pokarmowej. Przez kolejne lata wykonywano różne modyfikacje tej metody leczenia, np. zespalając jelito czcze z grubym.

Jednak zabiegi powodowały wiele skutków ubocznych, choćby z powodu zaburzenia krążenia kwasów żółciowych, zaburzeń wchłaniania tłuszczów i rozpuszczalnych w nich witamin. Niejednokrotnie prowadziły do osteoporozy, „kurzej ślepoty”, neuropatii, a także kamicy pęcherzyka żółciowego czy ciężkiego odwodnienia. W rezultacie metody te zarzucono.

We wczesnych latach 60. XX wieku opracowano drugą grupę zabiegów bariatrycznych, tzw. restrykcyjnych, polegających na zmniejszeniu objętości żołądka. Pierwszym zabiegiem zastosowanym u ludzi była tzw. pozioma gastroplastyka według Pacea i Carreya. Zabieg ten doczekał się wielu odmian, w tym laparoskopowej¹²¹.

W latach 80. XX wieku w dalszym ciągu udoskonalano metody chirurgiczne, by wybierać te najlepsze, nieobciążone powikłaniami. W drugiej połowie tego dziesięciolecia do chirurgii triumfalnie wkroczyła laparoscopia. W 1991 r. wykonano pierwsze operacje zakładania regulowanej opaski według Kuzmana. Dwa lata później Wittgrows i Clark wykonali laparoskopowo RYGB, czyli wyłączenie żołądkowo-jelitowe (*Roux en Y gastric bypass* – RYGB)¹²².

Aktualnie jedynym ratunkiem dla osób patologicznie otyłych (jest ich w Polsce około 500 tys.) jest leczenie chirurgiczne. Ludzie po zabiegach bariatrycznych otrzymują nową jakość życia, dłużej i zdrowiej żyją. Zabieg w takiej sytuacji należy do ratujących życie, powoduje ustąpienie cukrzycy 2 typu i normalizację ciśnienia tętniczego.

Dzięki operacjom bariatrycznym pacjent spożywa znacznie mniejsze porcje jedzenia, bo odczuwa radykalnie mniejsze łaknienie. Informacja z wypełnionego, ale zmniejszonego lub ominiętego żołądka, jest bowiem przekazywana do mózgu jako uczucie sytości.

Do zabiegu kwalifikują się osoby z tzw. otyłością olbrzymią, u których wskaźnik BMI wynosi co najmniej 40. Dodatkowo do zabiegów kwalifikowani są pacjenci ze wskaźnikiem BMI co najmniej 35, u których otyłości towarzyszą inne

¹²¹ J.J. Johnson, R. Mageau i in., *Who's Who in Bariatric Surgery: The Pioneers in the Development of Surgery for Weight Control*, „Curr. Surg.” 2005, 62, s. 38–44.

¹²² K.C.M. Clinic, *Zmniejszenie żołądka – Centrum Leczenia Otyłości* *Zmniejszenie żołądka – resekcja żołądka – KCM Clinic*, <https://www.kcmclinic.pl/pl/dla-pacjentow/oferta/centrum-leczenia-otylosci-i-chirurgii-laparoskopowej-3d,595.htm> [dostęp: 18.04.2020].

choroby metaboliczne, takie jak cukrzyca, nadciśnienie, podwyższony cholesterol czy bezdech senny. Przeciętny mężczyzna kwalifikowany z tych powodów do takiej operacji waży zatem ok. 120 kg, a kobieta ok. 100 kg.

Według najnowszych badań i zaleceń wielu towarzystw naukowych, operacjom bariatrycznym mogą być poddawani także niektórzy pacjenci z BMI między 30 a 35 i z cukrzycą typu 2 niedającą się wyregulować tradycyjnymi lekami doustnymi i insuliną. Co ważne, operacje bariatryczne i metaboliczne mogą wpływać na całkowite zatrzymanie choroby, jaką jest cukrzyca.

Przed zabiegiem pacjenci przechodzą co najmniej 2-miesięczny okres przygotowania, gdyż muszą odbyć szereg konsultacji i badań. Jedną z konsultacji jest ocena psychologiczna, która umożliwia wyłączenie poważniejszych problemów psychicznych; psycholog przygotowuje pacjenta do życia po operacji. Opieka przed operacją i po niej jest wielodyscyplinarna – biorą w niej udział także chirurg bariatryczny, kardiolog, fizjoterapeuta i w razie potrzeby wielu innych specjalistów.

W ramach kompleksowej opieki nad pacjentem zaangażowane są też grupy wsparcia¹²³. Aktualnie na Facebooku ponad 8 tys. osób jest zaangażowanych w aktywność profilu dotyczącego zabiegów bariatrycznych. Pacjenci po takich zabiegach muszą przez całe życie przestrzegać diety, bo w przeciwnym razie problem nadwagi i otyłości powróci.

W 2017 r. Fundacja Osób Chorych na Otyłość OD-WAGA i Stowarzyszenie Pacjentów Bariatrycznych CHLO zawiązały porozumienie na rzecz rzetelnej edukacji o chirurgii bariatrycznej. W ramach tej współpracy będą realizować wspólne akcje edukacyjne. Stowarzyszenie CHLO wspiera Fundację OD-WAGA i jej ekspertów w działaniach na rzecz utworzenia systemu leczenia i opieki nad pacjentem bariatrycznym. Z kolei Fundacja pomaga Stowarzyszeniu w tworzeniu przy szpitalach Grup Wsparcia dla Pacjentów Bariatrycznych¹²⁴.

Droga do decyzji o leczeniu chirurgicznym otyłości wcale nie jest prosta. Nie zawsze lekarze POZ informują pacjentów o takiej możliwości. Czasem dzieje się to przypadkowo. Jak opowiadała w 2017 r. Katarzyna Partyka – założycielka Stowarzyszenia Pacjentów Bariatrycznych CHLO – ważyła 136 kg, kiedy trafiła do szpitala z guzem tarczycy. Jednak lekarzy zainteresowała jej niealkoholowo stłuszczone wątroba. Kolejnym istotnym wydarzeniem w jej życiu było spotkanie z lekarzem, który się nią opiekował – okazało się, że sam przeszedł operację bariatryczną i skutecznie

¹²³ P. Major, *Operacja bariatryczna zmniejsza ryzyko chorób związanych z otyłością*, <https://pul-smedycyny.pl/operacja-bariatryczna-zmniejsza-ryzyko-chorob-zwiazanych-z-otyloscia-979647> [dostęp: 18.04.2020].

¹²⁴ Powstaną Grupy Wsparcia dla pacjentów bariatrycznych, <http://www.niepelnospawni.pl/ledge-x/578611.jsessionid=7D2A103A18F600B7D2BD1F1F0DB18CDC> [dostęp: 18.04.2020].

namówił swoją pacjentkę. Przedtem próbowała stosować różne diety, nie odnosząc sukcesu. Poddała się tej operacji, po czym odzyskała radość życia i założyła grupę wsparcia oraz CHLO, czyli organizację pozarządową działającą przy II Klinice Chirurgii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Od założenia w marcu 2015 r. Stowarzyszenie rozszerzyło swoją działalność na 7 miast Polski¹²⁵.

Programy walki z otyłością i grupy wsparcia

W 2017 r. na podstawie wieloletnich doświadczeń Instytutu Żywności i Żywienia, z jego inicjatywy, przy wsparciu finansowym Szwajcarii i Ministerstwa Zdrowia RP, powstało Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej (NCEŻ). Działania NCEŻ są adresowane do różnych grup odbiorców: dzieci, młodzieży, szkół, osób zagrożonych nadwagą i już otyłych, do kobiet w ciąży, ale też osób zajmujących się żywieniem. Partnerami projektu są: Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie, Polskie Towarzystwo Dietetyki i Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”¹²⁶.

W 2018 r. przypomniano, że Polacy mają do dyspozycji nowe źródło rzetelnej wiedzy na temat żywności, żywienia i zdrowego stylu życia, czyli NCEŻ. Prowadzona była kampania pod hasłem „Weź zdrowie w swoje ręce”¹²⁷.

Utworzone zostały aplikacje dostępne w systemie Android i iOS, np.: „Asystent zdrowego żywienia” czy „Zdrowa mama” (dedykowana kobietom w ciąży oraz planującym ciążę). Istnieją kalkulatory bazujące na aktualnych normach oraz tabelach składu i wartości odżywczej żywności oraz udostępniane są wywiady z ekspertami NCEŻ, a także porady dla kobiet w ciąży i po porodzie w formie nagrań wideo. Przeprowadzane są quizy edukacyjne pozwalające sprawdzić własną wiedzę na ten temat i skorygować błędne informacje¹²⁸.

W 2018 r. Ministerstwo Zdrowia w ramach NPZ zajęło się **wspieraniem lokalnych inicjatyw**, podjętych w wielu miejscowościach Polski, w dziedzinie walki z otyłością. Opracowano specjalne programy dla osób otyłych, dla których organizowano wstępne badania. Porad udzielał dietetyk i psycholog. Organizowano

¹²⁵ Stowarzyszenie Pacjentów Bariatrycznych CHLO, <http://chlo.com.pl/> [dostęp: 18.04.2020].

¹²⁶ 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].

¹²⁷ Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej, <https://ncez.pl/> [dostęp: 18.04.2020].

¹²⁸ 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].

różne formy zajęć fizycznych pod kierunkiem trenerów. Przy okazji niektóre z samorządów przygotowywały warsztaty kulinarne. Zanotowano znaczne sukcesy mierzone obiektywnie i podawane przez uczestników.

W 2019 r. Ministerstwo Zdrowia ogłosiło konkurs ofert na „**tworzenie grup wsparcia dla osób z otyłością**”¹²⁹. NFZ prowadzi kampanię pt. „**Planuję długie życie**”¹³⁰, w ramach której propaguje hasło:

Już 150 minut umiarkowanej aktywności tygodniowo wystarczy, żeby poczuć się lepiej we własnym ciele, zbić wagę i obniżyć ciśnienie krwi.

¹²⁹ 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].

¹³⁰ NFZ. Planuję długie życie, <http://www.nfz-warszawa.pl/dla-pacjenta/planuje-dlugie-zycie/> [dostęp: 18.04.2020].

Zaburzenia snu i czuwania

Sen jest to skracanie sobie życia w tym celu, aby je wydłużyć.

Tadeusz Kotarbiński¹

Sen jest najposilniejszym składnikiem uczy życia.

William Shakespeare, *Makbet*²

W społeczeństwach krajów rozwiniętych zaburzenia snu należą do najczęstszych problemów zdrowotnych.

Według informacji zebranych od polskich lekarzy POZ u prawie 50% pacjentów zdarzają się krótkotrwałe okresy zaburzeń snu, a problemy te, jako utrzymujące się długo, zgłasza około 20% pacjentów³.

Sen należy do podstawowych czynności fizjologicznych nie tylko człowieka, ale wszystkich istot żywych. W jego 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 szczególne istotne znaczenie u dzieci i młodzieży, gdyż sprzyja prawidłowemu rozwojowi

¹ Tadeusz Marian Kotarbiński (1886–1981) – polski filozof, logik i etyk, twórca etyki niezależnej, przedstawiciel szkoły lwowsko-warszawskiej, nauczyciel i pedagog.

² Wiliam Szekspir (1564–1616) – angielski poeta, dramaturg, pisarz i aktor. Był reformatorem teatru uważanym za jednego z najwybitniejszych przedstawicieli angielskiej literatury. Owocem jego intensywnej działalności twórczej jest duża liczba sztuk, 154 sonety. Tworzył komedie i dramaty. <https://zyciorisy.info/william-szekspir/> [dostęp: 21.10.2020]; <https://wolnelektury.pl/katalog/lektura/makbet.html> [dostęp: 21.10.2020].

³ W. Szelenberger, *Zaburzenia snu*, w: *Psychiatria: podręcznik dla studentów medycyny*, A. Bili-kiewicz (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, s. 389–401.

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 u dzieci mogą być wyrazem doświadczanej przemocy seksualnej, o czym dziecko nie powie, na co nie poskarży się. Zawsze należy brać to pod uwagę⁴.

Czynniki genetyczne:

Architekturę i jakość snu silnie regulują czynniki genetyczne, co wyraźnie można zauważyć w rodzinach cierpiących z powodu zaburzeń snu. Wyraża się to różnymi długościami cyklu snu danej osoby i liczbą cykli, których ta osoba potrzebuje, aby się wyspać.

Nad przyczynami zaburzeń snu w wielu ośrodkach na świecie trwają intensywne badania genetyczne. Zespołowi badaczy z Vrije Universiteit Amsterdam udało się zidentyfikować 7 genów predysponujących do bezsenności, jednak nie są one związane bezpośrednio z tym zaburzeniem⁵.

W 2020 r. opublikowano pracę, na podstawie której ustalono korelacje genetyczne pomiędzy bezsennością a używaniem alkoholu, nikotyny, opioidów⁶.

Klasyfikacja oraz definicje wg ICD-10, DSM-5 i ICD-11

Określeniem „zaburzenia snu” obejmuje się szereg problemów związanych z długością i jakością snu, których zaburzenia w niektórych przypadkach są tak znaczne, że mają wpływ na funkcjonowanie i zdrowie człowieka.

W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób **ICD-10** domyślne „organiczne” i „nieorganiczne” zaburzenia snu zawarte są w osobnych rozdziałach. „Organiczne” znajdują się głównie w rozdziale dotyczącym chorób układu nerwowego, choć

⁴ G. Jarząbek-Bielecka, *Seksuologia a etyka seksualna i problem dzieci wykorzystywanych seksualnie*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2009.

⁵ G. Jarząbek-Bielecka, K. Andrzejak, R. Słopeń i in., *Zaburzenia snu z uwzględnieniem uwarunkowań genetycznych oraz aspektów seksuologicznych i ginekologicznych*, „Medycyna Rodzinna” 2018, 2, s. 164–166, <http://www.czytelniamedyczna.pl/6393,zaburzenia-snu-z-uwzlednieniem-uwarunkowan-genetycznych-oraz-aspektow-seksuolog.html> [dostęp: 21.10.2020].

⁶ W. Song, J. Torous, J. Kossowsky i in., *Genome-wide association analysis of insomnia using data from Partners Biobank*, „Scientific Reports” 2020, 10(1), s. 6928, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32332799/> [dostęp: 21.10.2020].

niektóre z nich pojawiają się w innych miejscach, takich jak rozdział dotyczący chorób układu oddechowego. „Nieorganiczne” zaburzenia snu zamieszczono zaś w rozdziale „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania”.

Według ICD-10 bezsenność można rozpoznać po stwierdzeniu, że trudności w zasypianiu, utrzymaniu snu lub zbyt wczesne budzenie się występują ≥ 3 razy w tygodniu przez co najmniej miesiąc. Natomiast wg klasyfikacji **DSM-5** zaburzenie to można rozpoznawać wtedy, gdy problemy ze snem utrzymują się co najmniej przez 3 miesiące.

Zgodnie z aktualnymi badaniami naukowymi i metodami terapeutycznymi, w **ICD-11**, która ma wejść w życie w styczniu 2022 r., ujednociono klasyfikację, proponując nowy rozdział: „Zaburzenia snu i czuwania”, który, podobnie jak „Dysfunkcje seksualne”, został wprowadzony do rozdziału ogólnego „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania”. Podkreśla to znaczenie czynników psychologicznych i behawioralnych, a także informuje, że zaburzenia te mogą być oceniane oraz leczone przez psychiatrów i innych odpowiednio przeszkolonych pracowników służby zdrowia psychicznego.

Główne kategorie zaburzeń snu i czuwania zaproponowane w ICD-11 przedstawiono w tabeli 1. Klasyfikacja zaprojektowana jest tak, aby była zgodna z trzecią edycją Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Snu, choć jest znacznie prostsza⁷.

Tabela 1. Zaburzenia snu i czuwania zaproponowane w ICD-11

Lp.	Typy zaburzeń
1.	Bezsenność
2.	Zaburzenia snu w zespole nadpobudliwości psychoruchowej
3.	Hipersomnia
4.	Zaburzenia oddychania podczas snu
5.	Zaburzenia okołodobowego rytmu snu
6.	Parasomnia
7.	Zaburzenia rytmu snu i czuwania
8.	Pewne określone zaburzenia snu

⁷ W. Gaebel, J. Zielasek, G.M. Reed, *Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status*, „Psychiatria Polska” 2017, 51(2), s. 169–195.

Sen człowieka składa się z dwóch faz. Każdy sen zaczyna się fazą NREM.

Sen bez szybkich ruchów gałek ocznych (*non-rapid eye movement sleep*, **NREM**), wg klasyfikacji stadiów snu Amerykańskiej Akademii Medycyny Snu, dzieli się na 3 stadia oznaczane jako N1, N2 i N3, gdzie N1 oznacza sen naj płytszy, a N3 – najgłębszy. Okres ten trwa zwykle od 80–100 minut. Po nim następuje sen z szybkimi ruchami gałek ocznych (*rapid eye movement*, **REM**), który nie dzieli się na stadia (oznaczany jest jako faza R) i trwa około 15 minut. Obserwuje się wówczas dużą aktywność mózgu (fale delta w EEG), oddech staje się nieregularny, wzrasta częstość pracy serca, pojawiają się marzenia senne (sny). Faza REM zajmuje u młodych osób około 25% czasu snu i powtarza się co 90 minut, trwając 5–30 minut. Daje ona mniej odpoczynku, choć do końca nie została poznana – wydaje się, że ma istotne znaczenie dla zdrowia.

Sen NREM i REM następują po sobie w trakcie nocy cyklicznie, w następującej kolejności:

NREM (N1 → N2 → N3 → N2) → REM.

Każdy cykl snu kończy się zazwyczaj krótkim wybudzeniem oznaczanym jako *W* (*wake*). Fizjologicznie występuje ponad **dziesięć razy w ciągu nocy**. Wybudzenia są zbyt krótkie, aby świadomie móc je zarejestrować. Jeżeli przerwy we śnie są dłuższe, wtedy już są rejestrowane w pamięci. Wybudzenia nie powinny niepokoić, jeśli łącznie w ciągu nocy nie przekraczają 30 minut u osób młodych, a 45 minut u starszych dorosłych.

U ludzi dorosłych taki **cykl snu powtarza się w ciągu całej nocy zwykle cztery lub pięć razy**. Dla uzyskania pełnego wypoczynku potrzebne jest powtórzenie w czasie każdej nocy około 4–6 cykli snu.

Im dłużej śpimy, tym bardziej zmienia się długość poszczególnych faz snu. U zdrowej osoby w pierwszej połowie snu dominuje sen głęboki, w drugiej – płytki. W drugiej połowie nocy, po zakończeniu trzech cykli snu, u osób dorosłych, które nie cierpią na niedobór snu, sen głęboki najczęściej już nie występuje. Zwiększa się natomiast ilość snu REM i stadium N2.

Dla zobrazowania architektury snu wykonuje się **badania polisomnograficzne**.

Procesy neurobiologiczne regulujące sen

Do najważniejszych, ale nie w pełni przebadanych układów neuroprzekąźnikowych związanych ze snem można zaliczyć np.:

- Układ kwasu gamma-aminomasłowego (GABA) – poprzez neurony tego układu oddziałują na sen m.in. leki nasenne i uspokajające.
- Układ histaminowy – odgrywa istotną rolę nie tylko w reakcjach alergicznych i zapalnych, ale też bierze udział w regulacji snu. Stąd zaburzenia snu w alergiach, a także działanie nasenne licznych leków przeciwhistaminowych.
- Układ serotoninowy – odgrywa istotny wpływ promujący sen głęboki, ale też hamujący na fazę REM. Uważa się, że niedobór serotoniny jest odpowiedzialny m.in. za zaburzenia snu w przebiegu depresji, a leki przeciwdepresyjne poprawiają jakość snu.
- Układ noradrenergiczny – u osób zestresowanych, z zaburzeniami lękowymi oraz u pacjentów cierpiących na choroby układu krążenia, np. tych ze zbyt wysokim ciśnieniem tętniczym krwi, obserwuje się nadmierną aktywność układu noradrenergicznego i gorszą jakość snu.
- Układ cholinergiczny – acetylocholina produkowana przez neurony cholinergiczne promuje sen REM i wpływa na procesy pamięci. Zaburzenia funkcji tego układu i zmniejszenie ilości snu REM obserwuje się u pacjentów z zaburzeniami pamięci, szczególnie z otępieniem typu alzheimerowskiego.
- Układ melatoninowy – zegar biologiczny mózgu człowieka umiejscowiony w przednim podwzgórzu, w jądrach nadskrzyżowaniowych, którego czynność jest zależna od rytmu docierającego światła, reguluje wydzielanie przez szyszynkę melatoniny.
- Układ hipokretynowy – znaczne osłabienie czynności tego układu obserwuje się w przypadku narkolepsji (napadowe zasypianie w ciągu dnia i zaburzenia ciągłości snu nocnego).
- Układ adenozynowy – układ ten powoduje senność zależną wprost proporcjonalnie od tego, jak długi upłynął czas od ostatniego okresu snu. Blokująco na ten układ wpływa zawarta w kawie kofeina.

Jak twierdzą specjaliści zajmujący się zaburzeniami snu, warto, by każdy dbał o jakość własnego snu i poznał praktyczny model tłumaczący podstawowe zasady dotyczące tego, jak regulowany jest sen. Najważniejszym z nich wydaje się **dwuczynnikowy model regulacji snu zaproponowany na początku lat 80. XX wieku przez szwajcarskiego neurofizjologa Aleksandra Borbely'ego.**

U osób z przewlekłą bezsennością można stwierdzić wiele nieprawidłowości w badaniach neurofizjologicznych, neuroradiologicznych i hormonalnych określanych często wspólnym terminem „nadmierne pobudzenie fizjologiczne” (*hyperarousal*).

Postępowanie diagnostyczne

Przewlekła bezsenność jest spowodowana najczęściej przez:

- choroby psychiczne – stanowią 50% przyczyn bezsenności;
- uzależnienia – od alkoholu i paradoksalnie od leków nasennych – to 10–20% przyczyn bezsenności;
- kolejne 10–30% to choroby somatyczne, zwłaszcza przebiegające z bólem lub ograniczeniem aktywności fizycznej.

W zaburzeniach utrzymania snu (także w odniesieniu do zbyt wczesnego budzenia 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 utrzymywaniem snu⁸.

Pierwotne zaburzenia snu to mniej niż 20% wszystkich przypadków bezsenności. Rozpoznaje się je wtedy, gdy nie są spowodowane chorobą organiczną mózgu czy chorobą psychiczną oraz nie są powodowane używaniem substancji psychoaktywnych lub stosowaniem leków.

Zaburzenia snu mają zwykle swoją przyczynę w nieradzeniu sobie ze stresem (wypadki, pogroszenie wyników z szkole i w pracy, obniżenie jakości życia związane z nagłą utratą etc.), ale także mogą wiązać się z nieprawidłowym stylem życia.

Powszechne przekonanie, że można „zarywać noc”, by „odrobić je” w weekendy, jest przyczyną zaburzenia rytmu dobowego snu, które skutkuje późniejszą bezsennością i gorszą jakością snu ze skutkami zdrowotnymi.

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 ważne jest zwrócenie uwagi także na inne objawy dotyczące sfery psychicznej, zachowania behawioralne, ogólny stan zdrowia, przyjmowane leki, w tym substancje psychoaktywne.

⁸ A. Wichniak, *Problemy z bezsennością*, <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/bezsennosc/135987.problemy-z-bezsennoscia-czesc-1-z-2> [dostęp: 15.03.2020]; A. Wichniak, *Pacjent z bezsennością*, „Medycyna Praktyczna” 2015, 9, s. 94–105.

Za wystarczającą normę długości snu uważa się taki jego czas, po którym pozostaje uczucie wyspania, czyli dobre samopoczucie psychiczne i fizyczne w ciągu dnia.

W czasie rozmowy z pacjentem warto zwrócić uwagę na:

- skargi pacjentów na bezsenność, mimo że po dokładnej analizie okazuje się, iż śpią oni np. 5 godzin na dobę, co pozornie wydaje się wystarczające; tych skarg nie można lekceważyć, gdyż skutki zdrowotne zbyt krótkiego snu ujawniają się zwykle po kilku miesiącach lub nawet latach;
- osoby starsze, które często uskarżają się na zaburzenia snu, czyli mają fizjologicznie przyspieszoną fazę snu, tzn. kładą się spać wcześniej – często już przed godz. 22, a budzą się o 4–5 rano; w tej sytuacji ich skargi na poranne wybudzenie nie są wystarczające dla rozpoznawania bezsenności;
- fakt, że osoby pracujące fizycznie zwykle śpią dłużej niż aktywne jedynie umysłowo;
- fakt, że na długość snu mają wpływ czynniki genetyczne, ale przede wszystkim tryb życia.

Dla oceny nasilenia bezsenności czasami są stosowane skale kliniczne. Ważnym elementem diagnostyki i monitorowania leczenia (*cognitive – behavioral therapy* – CBT) jest prowadzony **dziennik 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 zapisuje czas trwania wysiłku fizycznego w ciągu dnia⁹.

W postępowaniu diagnostycznym, najlepiej pod opieką Poradni Zaburzeń Snu, wykorzystuje się kolejno różne kwestionariusze, np. wstępnie Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-2 (w przypadkach wątpliwych PHQ-9), uzupełniając w miarę potrzeb weryfikację Inwentarzem Depresji Becka (BDI) i Szpitalną Skalą Lęku i Depresji (HADS). 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)¹⁰, Ateńska Skala Bezsenności (AIS)¹¹, kwestionariusz chronotypu „skowronek-sowa” (MEQ-SA)¹².

⁹ Dziennik snu, <http://www.sen-instytut.pl/SkaleKwestionariusze/DziennikSnuDokladny.pdf> [dostęp: 5.04.2020]; Ośrodek Medycyny Snu Instytutu Psychiatrii i Neurologii, <http://www.sen-instytut.pl/multimedia/skale.html> [dostęp: 5.04.2020].

¹⁰ Kwestionariusz Jakości Snu Pittsburgh (PSQI), <http://www.sen-instytut.pl/SkaleKwestionariusze/KwestionariuszJakosciSnuPittsburgh.pdf> [dostęp: 26.07.2020].

¹¹ Skale, kwestionariusze i dzienniczki snu stosowane w diagnostyce zaburzeń snu. Ośrodek Medycyny Snu Instytutu Psychiatrii i Neurologii, <http://www.sen-instytut.pl/multimedia/skale.html> [dostęp: 26.07.2020].

¹² 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].

Właściwe przygotowanie się do snu

By właściwie przygotować się do snu, warto wdrażać różne metody relaksacyjne, a także dbać o zabezpieczenie odpowiedniego oświetlenia wieczorem.

Światło jest najsilniejszym wyznacznikiem czasu. Ekspozycja na światło o niewłaściwej porze będzie zaburzała rytm okołodobowy, nawet jeśli tryb życia jest bardzo regularny. Aby wzmocnić rytm okołodobowy, należy w ciągu dnia przebywać w jasno oświetlonych pomieszczeniach i jak najwięcej korzystać ze światła dziennego, wychodząc na zewnątrz. Wieczorem natomiast warto unikać ekspozycji na światło, zwłaszcza padającego na oczy i o niebieskiej barwie – ekrany telewizorów, monitory, tablety itp., szczególnie na 3 godziny przed snem.

Oprócz światła w **regulacji rytmu okołodobowego** ważną rolę odgrywają również inne czynniki takie, jak:

- aktywność społeczna i umysłowa (np. związana ze spotykaniem innych ludzi, z pracą i nauką);
- rytm posiłków (jest ważnym wyznacznikiem czasu dla przewodu pokarmowego i organów biorących udział w procesach trawiennych i metabolicznych, np. trzustki, wątroby);
- wysiłek fizyczny (wyznacznik czasu odpoczynku mięśni);
- wskazania zegarów i budzików (w świecie cywilizowanym zabezpieczają świadome utrzymywanie dobowego rytmu życia).

Na prawidłowy sen ma też wpływ **temperatura otoczenia**.

Okołodobowy rytm temperatury ciała osiąga szczyt około godziny 18.00, następnie temperatura ta powinna opadać aż do godzin wczesnoporannych, aby sen był głęboki i spokojny. W ciągu 3 godzin przed snem nie należy pracować fizycznie, uprawiać sportu, spożywać ciężkostrawnych posiłków, ani brać gorącej kąpieli, gdyż wymienione czynności powodują wzrost wewnętrznej temperatury ciała, co zakłóca sen. Należy również zadbać o odpowiednie wywietrzenie sypialni – optymalna temperatura w pomieszczeniu, w którym śpimy to 18–21°C.

Zalecany przez American Academy of Sleep Medicine (AASM) czas snu dla młodych dorosłych wynosi co najmniej 7–9 godzin na dobę¹³.

¹³ A. Qaseem, D. Kansagara, M.A. Forcica, M. Cooke, T.D. Denberg, *Management of chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians*, „Ann. Intern. Med.” 2016, 165(2), s. 125–133.

Sen przychodzi wtedy, gdy spełnione są 3 warunki:

- 1) pojawia się biologiczne zapotrzebowanie na niego;
- 2) rytm okołodobowy wskazuje, że dana pora jest dla niego właściwa;
- 3) osoba udająca się na spoczynek jest zrelaksowana¹⁴.

Liczba godzin snu dla zdrowia; edukacja i proste porady przy zaburzeniach

Liczba godzin, którą człowiek powinien przeznaczyć na sen, zależy od jego wieku.

Wiek	Liczba godzin snu/dobę
noworodki	14–17
niemowlęta	12–15
dzieci w wieku 1–2 lat	11–14
dzieci w wieku przedszkolnym	10–13
dzieci szkolne (6–13 lat)	9–11
nastolatki (14–17 lat)	8–10
dorośli (do 65. r.ż.)	7–9
osoby w wieku powyżej 65 lat	7

Według AASM zalecana długość snu dla osób dorosłych to co najmniej 7 godzin. AASM prowadzi m.in. naukę spania oraz przesyła pocztą elektroniczną najnowsze wiadomości dotyczące zaburzeń snu¹⁵.

Proste porady przy zaburzeniach snu:

- intensywne ćwiczenia warto zaplanować nie bezpośrednio przed zwyczajową porą snu, a 4–5 godzin przed zaśnięciem;
- około godzinę przed snem wskazany jest, szczególnie dla osób starszych, umiarkowany wysiłek fizyczny, np. spacer;
- warto kłaść się do łóżka o stałej porze, nie zmuszać się do tego, by zasypiać wcześniej, np. aby odrobić niedobór snu lub wyspać się „na zapas”;

¹⁴ A. Wichniak, K.S. Jankowski, M. Skalski i in., *Standardy leczenia zaburzeń rytmu okołodobowego snu i czuwania opracowane przez Polskie Towarzystwo Badań nad Snem i Sekcję Psychiatrii Biologicznej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego*, „Psychiatria Polska” 2017, 61, http://psychiatria-polska.pl/uploads/onlinefirst/Wichniak_PsychiatrPolOnlineFirstNr61.pdf [dostęp: 5.07.2021].

¹⁵ AASM. Sleep Health & Wellness Blog, <http://sleepeducation.org/> [dostęp: 5.04.2020].

- przed spaniem nie powinno się wykonywać żadnych czynności związanych z pracą czy szkołą, ale także jeść, oglądać telewizję lub rozmawiać przez telefon;
- jeśli nie można zasnąć i pojawia się zdenerwowanie, lepiej wyjść z łóżka; każda minuta w nocy spędzona na leżeniu i czuwaniu w łóżku dłuży się podwójnie, w rezultacie po 2 godzinach oczekiwania w ten sposób na zaśnięcie pojawia się uczucie, jakby się nie spało 4 godziny;
- długie leżenie w łóżku w oczekiwaniu na sen jest często bardziej odpowiedzialne za odczuwane następnego dnia zmęczenie niż rzeczywisty brak snu¹⁶.

¹⁶ 10 zasad zdrowego stylu życia, <https://zdrowie.pap.pl/10-zasad-zdrowego-stylu-zycia> [dostęp: 24.06.2020].

Jerzy T. Marcinkowski
Paulina Rosińska
Zofia Konopielko

Stres a zdrowie psychofizyczne człowieka – część ogólna

Od czasu podania definicji zdrowia w ujęciu salutogenetycznym życie człowieka jest postrzegane jako nieustanne przemieszczanie się od zdrowia do choroby i odwrotnie. Wobec takiego rozumienia, medycyna nie zajmuje się tylko rozwiązywaniem problemów związanych z chorobami, ale też z utrzymaniem zdrowia.

Wielu psychologów podkreśla, iż stres 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; ograniczać może też relacje społeczne, zawodowe.

Jak wskazuje wiele wyników badań doświadczalnych, ciało, umysł i emocje są ze sobą ściśle powiązane. Powstanie choroby, jej przebieg oraz możliwość wyzdrowienia w znacznym stopniu zależy od stanu psychicznego człowieka.

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, społecznie i duchowe. Choć dawno wiadome było, jak ważna jest psychika (tzw. potencjały psychiczne człowieka), w psychologii problem ten jest rozpatrywany od ostatnich kilkudziesięciu lat.

Potencjały (zasoby) zawarte w psychice człowieka są to:

- 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;
- inteligencja emocjonalna, która determinuje zdolność do zauważenia, rozpoznania problemów, wyrażania emocji z wykorzystaniem ich do osiągania celów czy radzenia sobie ze stresem.

Ważnym warunkiem utrzymania zdrowia jest dbałość o własne zasoby (potencjały). Jest w tym pomocna konsultacja, diagnoza a bywa, że i terapia prowadzona przez psychologa¹.

Analizując zdrowie i chorobę, należy traktować człowieka holistycznie jako jedność bio-psychofizyczną i duchową, nie koncentrując się na rozróżnianiu stresu fizycznego i psychologicznego².

Choroby somatyczne i psychosomatyczne jako wyraz nieradzenia sobie ze stresem

Z nieradzeniem sobie ze stresem mogą być związane następujące choroby somatyczne i psychosomatyczne:

- 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, hiperglikemia, hypercholesterolemia;
- układu narządu ruchu – zespoły bólowe, fibromialgia;
- układu nerwowego i zaburzenia psychiczne – nerwice, przewlekłe zmęczenie, zaburzenia snu, depresja, uzależnienia, otępienia, samobójstwa³.

¹ B. Borys, *Zasoby zdrowotne w psychice człowieka*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2010, 4(1), s. 44–52.

² W. Łosiak, *Psychologia stresu*, WAiP, Warszawa 2008.

³ M.I. Barasch, *The Healing Path: A Soul Approach to Illness*, Tarcher/Putnam, NY 1994; A. Kaczmarek, P. Curyło-Sikora, *Problematyka stresu – przegląd koncepcji*, <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2016/hyg-2016-4-317.pdf> [dostęp: 21.10.2020].

Wybrane kwestionariusze służące do oceny związku zdarzeń z natężeniem stresu

Dwóch psychiatrów badających zjawisko stresu – Thomas Holmes (1967) i Richard Rahe (1975), bazując na stosowanym od 1967 r. inwentarzu Schedule of Recent Experience (SRE) poszerzyli liczbę zawartych tam pozycji w celu uzyskania większej dokładności, tworząc Recent Life Changes Questionnaire (RLCQ), zawierającą szereg różnorodnych wydarzeń życiowych. Każdemu wydarzeniu przypisali konkretną ilość jednostek stresowych, których liczbę (siła stresora) łączą z istotną statystycznie zależnością prawdopodobieństwa zapadnięcia na poważną chorobę w określonym czasie po zdarzeniu. W latach 60. XX wieku wśród najbardziej traumatycznych sytuacji w życiu człowieka na pierwszym miejscu plasowała się śmierć współmałżonka, wysoką pozycję zajmowały też rozwody (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 przewlekłego⁴.

Ta lista jest nadal prezentowana w Internecie, choć już się zdezaktualizowała wskutek szybkich zmian społecznych. Wspomniany kwestionariusz stał się podstawą dla kolejnych, poszerzanych.

W 1999 r., w Polsce, na podstawie kwestionariusza RLCQ Adam Sobolewski, Jan Strelau i Bogdan Zawadzki opracowali Kwestionariusz Zmian Życiowych (KZZ). Oba kwestionariusze są

narzędziem pozwalającym na zarejestrowanie częstości występowania w życiu jednostki różnorodnych wydarzeń życiowych, prowadzących do zmiany jej sytuacji w aspekcie psychologicznym, społecznym i/lub ekonomicznym i wywołujących konieczność zaangażowania jej zasobów psychologicznych i fizycznych w celu przystosowania się do zmienionych już warunków. Z tego względu zmiany te określa się mianem stresorów życiowych, a RLCQ traktuje jako miarę natężenia stresu życiowego⁵.

W rankingu wartości wag przypisywanych zmianom życiowym na podstawie skali SPPS – wg wspomnianej publikacji – w Polsce, w 1999 r. na najwyższych pozycjach znajdowały się:

- śmierć dziecka (96,58);

⁴ 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].

⁵ A. Sobolewski, J. Strelau, B. Zawadzki, *Kwestionariusz Zmian Życiowych (KZZ): Polska adaptacja kwestionariusza „Recent Life Changes Questionnaire” (RLCQ) R.H. Rahe'a*, „Przegląd Psychologiczny” 1999, 42(3), s. 27–49, <https://www.kul.pl/files/714/media/3.42.1999.art.2.pdf>. [dostęp: 15.03.2020].

- 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).

Zaburzenia zdrowia psychicznego – narastający problem w Europie.
Konieczność nasilenia działań profilaktycznych

Aktualnie wśród chorób o największym znaczeniu epidemiologicznym w Europie, które przynoszą największe straty społeczne i gospodarcze, wymienia się: choroby układu krążenia, nowotwory oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Teraz 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 najbardziej kosztotwórczym problemem zdrowotnym Europy. Obecnie trwająca pandemia COVID-19, której towarzyszy przymusowe pozostawanie w mieszkaniach, rosnąca liczba przypadków utraty miejsc pracy i niepewność jutra, z pewnością jeszcze bardziej zwiększy częstość występowania zaburzeń psychicznych.

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 stanem zdrowia, niesamodzielnnością czy samotnością. Zaburzenia psychiczne, ze swej natury przewlekłe i trwające z różną intensywnością często przez wiele lat, są na terenie całej UE 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 Polsce⁶, 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 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 odpoczywania, 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 została podkreślona w Narodowym Programie Zdrowia (NPZ)⁷, a w jego ramach opracowano „Priorytetowe działania w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016–2020”⁸.

Obszar zaburzeń w obrębie zdrowia psychicznego wymagających wzmocnienia działań profilaktycznych jest wielki, i dlatego – dla ilustracji złożoności ich problematyki – poniżej przedstawiono zaledwie niektóre z nich. Spojrzenie na te przykłady powinno być inspirujące w przyszłej pracy każdego lekarza, gdyż nie istnieje taka specjalizacja medyczna, która byłaby wolna od prowadzenia działań profilaktycznych.

Zespół stresu pourazowego (PTSD)

Zespół stresu pourazowego, zaburzenie stresowe pourazowe (*posttraumatic stress disorder*, PTSD) jest to reakcja o takim stopniu nasilenia, który przekracza możliwości, zdolności do samodzielnego radzenia sobie i adaptacji osoby, która go doświadcza.

⁶ A. Kiejna, P. Piotrowski, T. Adamowski i in., *Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP Polska*, „Psychiatria Polska” 2015, 49(1), s. 15–27, http://psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_1_2015/15Kiejna_PsychiatrPol2015v49i1.pdf [dostęp: 5.04.2020].

⁷ Narodowy Program Zdrowia (NPZ), <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-zdrowia1> [dostęp: 5.04.2020].

⁸ 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].

Zarys historyczny

Już w *Odysei* Homera, jak i twórczości Wiliama Szekspira oraz Charlesa Dickensa, można znaleźć opisy stanów po przebyciu traumy. Pod koniec XIX wieku, po wojnie secesyjnej, pojawiły się pierwsze naukowe opisy zespołu pourazowego. Doświadczenia I wojny światowej poszerzyły naukową wiedzę na ten temat, pojawiły się pierwsze ustawy, które przyznawały prawo do rekompensaty za poniesione obrażenia będące następstwem wypadków. Jednak tzw. nerwicę wojenną traktowano jako chorobę woli i leczono ją, stosując bolesne ćwiczenia fizyczne.

Przez długie lata uważano, że zespół objawów teraz określonych jako PTSD kwalifikuje pacjenta do grupy histeryków, ale podejrzewano też, że jest symulacją.

Dopiero w 1980 r. Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne wprowadziło do klasyfikacji *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*, nową jednostkę chorobową – zaburzenie po stresie traumatycznym. Uznano wtedy, że PTSD może być spowodowane nie tylko walką na froncie wojennym, ale też uwięzieniem, przeżytą katastrofą komunikacyjną, kataklizmem przyrodniczym, terroryzmem, traumą związaną z pobytem w obozie koncentracyjnym, torturami lub doświadczeniem przemocy seksualnej czy wewnątrzrodzinnej. Podkreślano, że istotą jest poczucie zagrożenia życia i bezradność ofiary, określono kryteria diagnostyczne i opracowano odpowiednie kwestionariusze. W *DSM-IV* wprowadzono kolejną jednostkę chorobową – ostre zaburzenia po stresie traumatycznym.

W 1992 r. WHO, podobnie jak w 1980 r. Amerykanie we wspomnianej klasyfikacji *DSM* (jeszcze wtedy *III*), do Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-10*), poza ostrą reakcją na stres oraz reakcją przystosowawczą, dodała rozpoznanie zespołu objawów pourazowych. Wiedza z tego obszaru coraz bardziej się rozpowszechnia i stale są udoskonalane odpowiednie postępowania terapeutyczne. Warto dodać, że już w latach 70. XX wieku Ann Burgess i Lynda Holstrom opisywały syndrom traumy gwałtu, zaś Ruth S. Kempe, C. Henry Kempe oraz Leonora E. Walker prezentowali prace na temat przemocy wobec dzieci i kobiet w rodzinie⁹. PTSD dotyka 80% osób zgwałconych i może się w pełni manifestować nawet po kilkudziesięciu latach od tej traumy. Według amerykańskiej klasyfikacji *DSM-III-R* zdarzenie to określa się jako „wykraczające poza zakres zwykłych ludzkich doświadczeń” i zostało omówione w odrębnym rozdziale pt. *Stan po gwałcie*.

⁹ A. Cebella, I. Łucka, *Zespół stresu pourazowego – rozumienie i leczenie*, „Psychiatria” 2007, 4(3), s. 128–136.

Čzęstość występowania, czynniki predysponujące, najbardziej traumatyczne wydarzenia

Zespół PTSD występuje u około 3–6% populacji ogólnej. Rozwija się u 10–20% osób po przebyciu ciężkiego urazu i u 57% ocalałych uczestników niektórych katastrof zbiorowych. Dotyka 12% ofiar przestępstw kryminalnych, a także 35% napadniętych i zgwałconych kobiet. PTSD zdiagnozowano również 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 *bordeline*, 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, napaści, molestowanie seksualne w dzieciństwie, gwałt, ale też uprowadzenie, tortury, uwięzienie (szczególnie w obozach koncentracyjnych), trudne doświadczenia po zażyciu substancji psychoaktywnych, jak również otrzymanie diagnozy o ciężkiej chorobie, zagrożeniu życia itp.

Przed wielu laty zespół występujący w następstwie uczestniczenia w wojnach nazywano nerwicą okopową (*trench neurosis*), drażliwym sercem (*soldiers' heart*) czy szokiem wywołanym wybuchem (*shell shock*), a zespół występujący u byłych więźniów obozów koncentracyjnych – zespołem obozowym (*concentration camp syndrome*)¹⁰.

¹⁰ K. Rutkowski, E. Dembińska, *Post-War Research on Post-Traumatic Stress Disorder. Part I. Research before 1989*, „Psychiatria Polska” 2016, 50(5), s. 935–944; M. Lis-Turlejska, A. Łuszczynska, S. Szumiał, *PTSD prevalence among Polish World War II survivors*, „Psychiatria Polska” 2016, 50(5), s. 923–934; J.J. Lee i in., *Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments*, „Depression and Anxiety” 2016, 33(9), s. 792–806; S.A. Masley i in., *A Systematic Review of the Evidence Base for Schema Therapy*, „Cognitive Behaviour Therapy” 2012, 41(3), s. 185–202.

Objawy i ogólne zasady terapii

Niezależnie od przyczyny trudnej do przezwyciężenia traumy **objawy są zwykle podobne**, pojawiają się i nasilają nawet po kilku tygodniach, a nawet miesiącach czy latach od wydarzenia i z czasem przechodzą w trwałą zmianę osobowości (według klasyfikacji ICD-10 kodowaną jako F62.0 Trwała zmiana osobowości po katastrofach – po przeżyciu sytuacji ekstremalnej). Szczegółowe kryteria diagnostyczne PTSD według klasyfikacji ICD-10 można uzupełnić, zaglądając do literatury fachowej przedmiotu.

Ważne jest, że objawy PTSD pojawiają się w czasie nieprzekraczającym 6 miesięcy od wydarzenia (lub ustania danej sytuacji), co jest w pewnym sensie niezgodne z obserwacjami psychiatrów. Czasami opierają się oni na klasyfikacji amerykańskiej (DSM-4); kryteria rozpoznania można także znaleźć w odpowiednich tekstach źródłowych.

Do **podstawowych objawów** PTSD należą: lęk, uczucie wyczerpania, poczucie bezradności, czasami apatia lub drażliwość czy agresja, depresja, samobójstwa, „odżywianie” stresora w postaci zakłócających „przebłysków” (*flashbacks*), nawracające mimowolne i gwałtowne wspomnienia zdarzenia traumatycznego, zaburzenia snu i koszmary senne o tej tematyce oraz unikanie sytuacji, które się kojarzą z tamtym przeżyciem (np. osoba 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 nasileniu, a u 10% osób nasilają się z czasem. **Bardzo ważne jest właściwe i w odpowiednim czasie po zdarzeniu rozpoznanie zespołu stresu pourazowego i jak najwcześniejsze zastosowanie profesjonalnej terapii.** Leczenie PTSD zależy od stopnia nasilenia objawów. 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*)¹¹.

¹¹ B.J. Sadock, V.A. Sadock, P. Ruiz, *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2015.

Jerzy T. Marcinkowski
Paulina Rosińska
Zofia Konopielko

Wypalenie zawodowe – narastający problem XXI wieku

Nie możesz się wypalić, jeśli nigdy nie płonąłeś.
Jeff Schmidt¹

Wyraz [wypalenie] istnieje w potocznym języku od zarania dziejów. Mówiąc, że coś się wypaliło, zwykle mamy przed oczami popiół i zgliszcza. Wypalenie zawodowe, jest niczym innym, jak barwnym, obrazowym przedstawieniem tego, co może pozostać po początkowym płomiennym zaangażowaniu w pracę zawodową. Bardzo wyraźnie kojarzy się ono z brakiem energii, wyczerpaniem się sił, popiołem, jaki pozostaje².

Kryteria rozpoznania wg ICD-10 i ICD-11

Wypalenie zawodowe (*burn out syndrome*) wg obowiązującej jeszcze ICD-10 jest uznawane za syndrom zawodowy związany z bezrobociem i zatrudnieniem.

Rangę problemu zauważyła WHO, która w maju 2020 r. wpisała ten zespół na listę oficjalnych jednostek chorobowych w nowej ICD-11, która będzie obowiązywała od stycznia 2022 r.

¹ Jeff Schmidt (ur. 1946) – amerykański fizyk, autor książki *Disciplined Minds: A Critical Look at Salaried Professionals and the Soul-Battering System that Shapes Their Lives*, Rowman & Littlefield, Lanham 2000.

² E. Starostka, *Wypalenie zawodowe*, <http://www.psychologia.net.pl/arttykul.php?level=237> [dostęp: 21.10.2020].

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 zawodzie³.

Historia pojęcia, przyczyny, czynniki ryzyka

Pojęcia *burnout* po raz pierwszy użył w latach 70. XX wieku amerykański psychiatra (psycholog) Herbert Freudenberg (1926–1999). Obserwując grupę wolontariuszy pracujących w ośrodku dla narkomanów, zauważył, że po pewnym czasie występował spadek ich motywacji do pracy, energii i zaangażowania, a u wielu pracowników ponadto pojawiały się objawy chorób somatycznych. Ten stan nazwał wypaleniem zawodowym i zdefiniował jako: „spadek energii u pracownika, pojawiający się na skutek przytłoczenia problemami innych”⁴.

H. Freudenberg jest także pierwszym autorem prac na temat zespołu przewlekłego zmęczenia. Jednocześnie inna amerykańska psycholog społeczna Christina Maslach (ur. 1946) badała osoby pracujące w stresujących zawodach wymagających stałego kontaktu z ludźmi (m.in. byli to pracownicy opieki społecznej, lekarze, pielęgniarki, terapeuci). Problem zauważany u badanych określiła jako

psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi⁵. [...] Początkowo nie traktowano terminu [wypalenie] poważnie i przypisywano go raczej psychologii ludowej niż naukowej, co skutkowało jego lekceważeniem, odsuwaniem uwagi od istoty problemu. Niektóre środowiska uznawały problem wypalenia za temat tabu, a posługiwanie się nim do dzisiaj traktowane bywa jak akceptacja faktu, że profesjonaliści mogą postępować niezgodnie z przyjętymi standardami i nieprofesjonalnie. Najczęściej zatem

³ WHO uznała wypalenie zawodowe za stan chorobowy, <https://dzienniknaukowy.pl/zdrowie/who-uznala-wypalenie-zawodowe-za-stan-chorobowy> [dostęp: 25.06.2020].

⁴ P. Jarzynkowski, J. Książek, R. Piotrkowska, M. Dobosz, *Zespół wypalenia zawodowego wśród pracowników zawodów medycznych*, „Medycyna Rodzinna” 2017, 2, s. 105–110, <http://www.czytelniamedyczna.pl/5921,zespl-wypalenia-zawodowego-wrld-pracownikw-zawodlw-medycznych.html> [dostęp: 21.10.2020].

⁵ B. Mańkowska, *Wypalenie zawodowe. Dylematy wokół istoty zjawiska oraz jego pomiaru*, „Polskie Forum Psychologiczne” 2018, 23(2), s. 430–445, https://pfp.ukw.edu.pl/page/pl/archive/article-full/381/mankowska_wypalenie_zawodowe/ [dostęp: 26.07.2020].

zaprzeczano pojęciu wypalenia, a jeśli nawet uznawano jego istnienie, to było ono przypisywane ludziom o zaburzonej psychice⁶.

Do Polski ta wiedza dotarła dopiero pod koniec lat 80. XX wieku. Na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie prof. Tadeusz Marek z Instytutu Psychologii Stosowanej zorganizował w 1990 r. konferencję dotyczącą problematyki wypalenia zawodowego. Od tej pory zwiększono liczbę badań naukowych nad tym problemem, które zostały opublikowane jako praca zbiorowa pod redakcją Heleny Sęk *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*.

Przyczyny wypalenia zawodowego dzielą się na:

- indywidualne (narastające niezadowolenie 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 częste 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 wynagrodzenia, niejasne kryteria nagradzania i kar, obciążające procedury, kwestionowanie kompetencji, blokowanie aktywności własnej, niepewność zatrudnienia).

Analizując czynniki ryzyka, należy stwierdzić, że zespół wypalenia zawodowego występuje częściej u osób, które przedtem były:

- idealistycznie nastawione do swojej pracy zawodowej;
- pełne oczekiwań, nadziei i dobrych intencji;
- miały silną motywację do pracy;
- uważały, że głównym sensem życia są sukcesy w pracy;
- spychały na drugi plan własne wartości, takie jak:
 - dbałość o siebie,
 - higieniczny tryb życia,
 - rodzina,
 - zainteresowania,
- były pracocholikami.

⁶ E. Starostka, *Wypalenie zawodowe*, <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=237> [dostęp: 26.07.2020].

Nawet osoby, które nie przejawiają powyższych cech, postaw oraz nadmiernych oczekiwań względem siebie mogą być zagrożone wypaleniem zawodowym. Po pewnym czasie praca przestaje dawać im zadowolenie. Występuje u nich wówczas szereg 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), a także psychiczne, takie jak depresja, myśli samobójcze, uzależnienia.

Wypalenie zawodowe nie jest uporządkowanym procesem przebiegającym jednakowo u wszystkich; fazy wypalenia mogą się pojawiać w różnej kolejności. Może występować również kilka objawów na raz, zdarza się też cofanie się symptomów negatywnych. Często zauważają je koledzy w pracy czy współpracownicy, rzadziej mówią o tym sami, doświadczający wypalenia. Dlatego nie należy lekceważyć ich uwag, trzeba próbować różnych działań, dostrzegając zagrożenie takich osób zespołem wypalenia zawodowego⁷.

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 pracodawcę⁸. Proces ten zwykle jest długotrwały i może być niezauważalny. W osobie, której dotyka, narasta uczucie stałego obciążenia obowiązkami, zmęczenia, braku energii, co skutkuje rozpraszaniem się, znudzeniem⁹.

Przedłużające się zmęczenie prowadzi do wyczerpania, apatii, obojętności, ale też rozdrażnienia, braku ochoty na aktywność fizyczną, zaburzeń snu, pogarszania się zdrowia fizycznego. Spada poczucie własnej wartości, skuteczności sensu pracy. Podsumowując: stan wypalenia zawodowego jest przyczyną pogorszenia jakości życia emocjonalnego, psychicznego i fizycznego. Prowadzi niejednokrotnie do depresji czy zachowań ryzykownych, jak alkoholizm, narkomania, lub rozwoju różnych chorób¹⁰.

⁷ H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe: przyczyny i zapobieganie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.

⁸ K. Golonka, J. Mojsa-Kaja, K. Popiel, M. Gawłowska, *Neuralne korelaty zmęczenia i wyczerpania: przegląd wyników badań z zastosowaniem technik neuroobrazowania*, w: M. Złowodzki, T. Juliszewski, H. Ogińska, A. Taczalska (red.), *Ergonomia wobec wyzwań nowych technik i technologii*, Wydawnictwo PK, Kraków 2016, s. 219–242.

⁹ W. Łosiak, *Psychologia stresu*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.

¹⁰ M. Leiter, C. Maslach, *Prawda o wypaleniu zawodowym*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.

Elementy wypalenia zawodowego a sposób traktowania podopiecznych/pacjentów

Według Christiny Maslach można wyodrębnić trzy elementy zawodowego wypalenia.

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.
2. Wypalenie emocjonalne prowadzi do **depersonalizacji** – odgradzenia od innych polegającego na tworzeniu własnego buforu obronnego, który jest wynikiem zwykle nieuświadomionej próby ratowania się:
 - dochodzi do izolowania się, ostrożności, nieufności, obniżenia wrażliwości wobec otoczenia, przyjęcia postawy bezduszości, cynicznego traktowania innych; oznacza to w praktyce obojętny lub wrogi stosunek do podopiecznego;
 - traktowanie pacjenta jako przedmiot;
 - niezwracanie 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 fizycznego kontaktu, a nawet wzrokowego z pacjentem czy innym podopiecznym.
3. **Obniżenie oceny lub utrata wiary we własne możliwości ujawnia się następująco:**
 - poczucie marnowanego czasu i odczuwanie nasilonego wysiłku przy wykonywaniu dotychczasowej pracy;
 - niska samoocena;
 - uczucie, że się jest niedocenianym;
 - poczucie własnej przegranej;
 - myślenie pesymistyczne o możliwości pomocy pacjentom czy innym ludziom.Jakiegokolwiek 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 telewizji za-

miast prowadzenia aktywności ruchowej itd.), objadanie się, nikotynizm, nadużywanie alkoholu i substancji psychoaktywnych¹¹.

Jorg Fenger wyróżnia 10 stopni prowadzących do wypalenia zawodowego¹²:

- 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.

Zapobieganie

Według Barbary Lee Fredrickson do najważniejszych warunków prowadzenia prozdrowotnego życia w zwalczaniu stresu, a nawet w leczeniu zespołu wypalenia zawodowego, należą pozytywne emocje. Autorka wymienia najważniejsze z nich: radość, zadowolenie, duma i poczucie humoru¹³. Podaje dalej, że:

- człowiek, który pielęgnuje w sobie wspomniane cechy, zmienia nastawienie do życia, staje się bardziej elastyczny i twórczy, gdyż poszerza swoje możliwości poznawcze;
- człowiek, który ulega pozytywnym emocjom, łatwiej mobilizuje innych (np. tworzy sieci wsparcia) i sam się staje ich adresatem;
- 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. Dlatego podejmowane są próby przeciwdziałania – szczególnie w dużych korporacjach

¹¹ D. Wojtczak, *Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarek*, „Praca Socjalna” 2007, 4, s. 33–55.

¹² J. Fenger, *Pomaganie mężczyznom. Wypalenie w pracy zawodowej*, GWP, Gdańsk 2001.

¹³ B.L. Fredrickson, *The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions*, „American Psychologist” 2001, 56(3), s. 218–226.

– takie jak wyjazdy integracyjne. Służą temu też szkolenia, warsztaty, w czasie których są analizowane możliwe przyczyny wypalenia zawodowego pracowników. Wyniki zapobiegania temu negatywnemu zjawisku zależą w znacznej mierze od stanu zdrowia i dobrych emocji każdej osoby. Zalecany jest tzw. zdrowy styl życia, np. wypoczynek, zachowanie równowagi pomiędzy pracą a życiem rodzinnym, stosowanie odpowiedniej diety, regularne wysypianie się w stałej porze, aktywność fizyczna, hobby. Równocześnie skuteczne jest podnoszenie swoich kwalifikacji¹⁴.

¹⁴ K. Dawidziuk, M. Wojciechowska, Y. Lishchynskyy i in., *Istota wypalenia zawodowego*, „Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue” 2011, 1, s. 23–25.

Jerzy T. Marcinkowski
Zofia Konopielko

Molestowanie – mobbing, molestowanie seksualne, mowa nienawiści

Ziemia – mówił on – ma skórę; na skórze tej są choroby.
Jedną z tych chorób zwię się, na przykład – człowiek.

Friedrich Nietzsche¹

Terminem „molestowanie” obejmuje się mobbing, molestowanie seksualne i mowę nienawiści. Zachowanie naruszające godność osobistą danej osoby sprzeczne z normami społecznymi określane jest jako molestowanie (łac. *molestare*, fr. *molester* – drażnić, naprzykrzać się). Dotyczy to nie tylko zachowań dorosłych w pracy, ale też dzieci w szkole, w domu czy w innym miejscu. Molestowanie może się wyrażać w sposób fizyczny, werbalny lub niewerbalny, nieakceptowalny przez osobę molestowaną. Dotyczy obu płci i różnych układów zależności. Wyodrębnia się trzy rodzaje molestowania: mobbing, molestowanie seksualne i mowa nienawiści.

Mobbing

Mobbing (ang. *to mob* – nagabywać, napadać, zaczepiać, *mob* – tłum, motłoch) to termin, którego użył po raz pierwszy szwedzki naukowiec Peter-Paul Heinemann (1931–2003) w latach 60. XX wieku na określenie wrogiego zachowania dzieci

¹ Friedrich Wilhelm Nietzsche (1844–1900) – niemiecki filozof, filolog klasyczny, prozaik i poeta. Kategorią centralną filozofii Nietzschego jest filozofia życia, ujmowanie rzeczywistości, a więc także człowieka, jako życia. *Tako rzecze Zaratustra*, https://pl.wikipedia.org/wiki/Friedrich_Nietzsche [dostęp: 21.10.2020]; <https://wolnelektury.pl/katalog/lektura/tako-rzecz-zaratustra/> [dostęp: 21.10.2020].

w szkołach. W 1972 r. ukazała się pierwsza książka omawiająca temat przemocy grupowej wśród dzieci.

Międzynarodowa Organizacja Pracy (International Labour Organization, ILO) definiuje pojęcie mobbingu jako obraźliwe zachowanie wyrażające się poprzez mściwe, okrutne, złośliwe lub upokarzające usiłowanie zaszkodzenia jednostce lub grupie pracowników².

Na stronie internetowej Państwowej Inspekcji Pracy (PIP) podano dość wyczerpujące informacje na temat mobbingu oraz zasady zachowania się w tego typu sytuacjach. Umieszczono również skróconą listę kontrolną pt. „Sprawdź czy to mobbing” zawierającą następujące pytania:

- „1. Czy w ostatnim czasie spotkałeś się z nieuzasadnioną krytyką Twojej pracy czy życia prywatnego ze strony kogokolwiek w środowisku pracy?
2. Czy zostałeś odizolowany fizycznie lub społecznie od reszty współpracowników?
3. Czy ktokolwiek zaniża Twoje zaangażowanie w pracę?
4. Czy otrzymujesz nadmierną ilość pracy tzn. nie do wykonania w ustalonym terminie lub niedostosowaną do Twoich możliwości?
5. Czy ktokolwiek obraża Cię w pracy?
6. Od jakiego czasu występują te działania?”³.

Taktyki mobbingu to: upokorzenia, nieuzasadniona krytyka, zniesławienie, wyśmiewanie, nieodpowiednie żarty, obraźliwe gesty, sarkazm, publiczne krytykowanie wyglądu, zastraszanie, zakaz robienia przerw pod groźbą utraty pracy, groźby ustne, używanie wulgaryzmów, stosowanie przemocy fizycznej, przymus zostawania w pracy po godzinach, zastraszanie zwolnieniem z pracy, pomniejszanie kompetencji, izolowanie, poniżanie, utrudnianie 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 szkody⁴.

² ILO. R206 – Violence and Harassment Recommendation, 2019, 206, https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:4000085 [dostęp: 17.05.2020].

³ PIP. Czym jest mobbing? <https://www.pip.gov.pl/pl/f/v/146533/mobbing.pdf> [dostęp: 17.05.2020].

⁴ M. Chakowski, *Mobbing. Aspekty prawne*, Oficyna Wydawnicza BRANTA, Bydgoszcz–Warszawa 2005.

Molestowanie seksualne

Molestowanie seksualne mogą stanowić zachowania takie, jak: natarczywe spojrzienia, „żarty” o podtekście erotycznym, komentarze na temat wyglądu i ubioru, dwuznaczne gesty, propozycje seksualne, aluzje erotyczne, 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:

- czy zachowanie to odnosi się do płci lub seksualności;
- czy może być odebrane jako upokarzające, obraźliwe lub naruszające godność;
- czy dochodzi do niego wbrew woli odbiorcy.

Jeśli osoba molestowana identyfikuje te symptomy, sąd wnikliwie analizuje sprawę. Niektóre przejawy molestowania seksualnego mogą być ścigane karnie jako wypełniające znamiona przestępstwa zgwałcenia (art. 197 k.k.) lub 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 działania, można poinformować przełożonego, PIP, a w przypadku braku reakcji – sąd.

Art. 183a Kodeksu pracy – Zakaz dyskryminacji pracowników w § 6 mówi:

Dyskryminowaniem ze względu na płeć jest także każde niepożądane zachowanie o charakterze seksualnym lub odnoszące się do płci pracownika, którego celem lub skutkiem jest naruszenie godności pracownika, w szczególności stworzenie wobec niego zastraszającej, wrogiej, poniżającej, upokarzającej lub uwłaczającej atmosfery; na zachowanie to mogą się składać fizyczne, werbalne lub pozawerbalne elementy (molestowanie seksualne).

Natomiast w art. 3 ust. 4 Ustawy o wdrażaniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania zapisano:

4) o molestowaniu seksualnym – rozumie się przez to każde niepożądane zachowanie o charakterze seksualnym wobec osoby fizycznej lub odnoszące się do płci, którego celem lub skutkiem jest naruszenie godności tej osoby, w szczególności przez stworzenie wobec niej zastraszającej, wrogiej, poniżającej, upokarzającej lub uwłaczającej atmosfery; na zachowanie to mogą się składać fizyczne, werbalne lub pozawerbalne elementy⁵.

⁵ <https://lexlege.pl/kp/art-18-3a/> [dostęp: 6.07.2021].

W czerwcu 2010 r. weszła w życie ważna nowelizacja *Kodeksu karnego*⁶ oraz innych aktów prawnych regulująca zagadnienie przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, których **ofiarami mogą być tylko i wyłącznie dzieci**. Wprowadzono do k.k. art. 191a, który stanowi, że:

кто 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.

Zgodnie z art. 200 k.k.:

кто 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 także wprowadzona do art. 197 § 3 k.k.

kwalifikowana postać zgwałcenia, czyli zgwałcenie małoletniego poniżej 15 roku życia i zgwałcenie kazirodce, tj. wobec wstępnego, zstępny, przysposobionego, przysposabiającego, brata lub siostry, które podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3.

W *Kodeksie karnym* pojawia się zupełnie nowy rodzaj przestępstwa w art. 200a – tzw. grooming, czyli uwodzenie przez Internet. Chodzi o osoby, które za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub sieci telekomunikacyjnej nawiązują kontakt z małoletnim poniżej 15 roku życia, zmierzając za pomocą wprowadzenia w błąd, wykorzystania jego błędu lub niezdolności do pojmowania sytuacji lub groźby bezprawnej do spotkania z nim. Przestępstwo to podlega karze do 3 lat pozbawienia wolności.

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.

⁶ *Kodeks karny*, Dz.U. 2019, poz. 1950.

W *Kodeksie karnym* pojawia się jeszcze jeden nowy rodzaj przestępstwa „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”.

„Zły dotyk”

„Zły dotyk”, bo połączony z wykorzystywaniem seksualnym dzieci, jest częstym tematem w mass mediach; został ukazany także w znanych dziełach filmowych⁷.

Wychowanie „bezdotykowe” jest spowodowane coraz liczniejszymi informacjami w mediach o wykorzystywaniu seksualnym dzieci.

Zjawiskiem koniecznym z punktu widzenia ochrony każdego dziecka jest wzbudzenie nieufności wobec każdego dorosłego. Efektem jest sytuacja obserwowana na przestrzeni ostatnich lat, do tej pory nieznana – obecnie w Polsce w przedszkolach i szkołach rodzice podpisują zgodę, aby opiekun mógł pomóc dziecku w toalecie, czy też pogłaskać, a nawet wziąć za rękę. W innym przypadku rodzice mogą oskarżyć go o molestowanie. Zdarza się też na ulicy, że gdy starszy pan uśmiecha się do idącego z mamą nieznajomego malca i tylko zagaduje, a matka obrzuca go co najmniej nieufnym, często wręcz nienawistnym spojrzeniem i bez słowa, gwałtownie oddala się z dzieckiem, pozostawiając mężczyznę z gasnącą resztką uśmiechu na twarzy.

Dziecko wychowane w nieufności z pewnością w życiu dorosłym przekaże swoje doświadczenia z dzieciństwa kolejnym pokoleniom, rozszerzając krąg zimnych, „bezdotykowych” społeczeństw.*

* J.T. Marcinkowski, Z. Konopielko, P. Rosińska, A. Klimberg, *Dotyk to „pieśń bez słów”- znaczenie w rozwoju, zdrowiu i seksie*, cz. 2, „Czarny dotyk skrzydeł demona” – czyli rzecz o molestowaniu, w: *Zachowania prozdrowotne...*, op. cit., s. 943–949.

Mowa nienawiści

Mowa nienawiści (wraz z idącymi często za nią aktami agresji) znana jest od wieków. Wydawało się, że doświadczenia wojenne i eugenika wprowadzona przez nazistów, rozpoczynająca się od wytypowania osób winnych lub niepożądanych w społeczeństwie,

⁷ *Zły dotyk* (tytuł oryg. *The Woodsman*) – amerykański dramat z 2004 r. powstały na podstawie sztuki Stevena Fechtera w reżyserii Nicole Kassell oraz *Zły dotyk* (tytuł oryg. *Mysterious Skin*) – dramat filmowy z 2004 r. koprodukcji holendersko-amerykańskiej w reżyserii Gregga Arakiego, nakręcony na podstawie powieści Scotta Heima pod tym samym tytułem.

a kończąca się ich prześladowaniem, najpierw słownym, a następnie uśmierceniem, spowoduje, iż ludzie będą zważali na słowa. Jednak, jak można zaobserwować, żyjąc we współczesnym świecie, te doświadczenia historyczne na nic się nie przydały. W wielu krajach świata, także w Polsce, mowa nienawiści istnieje, a możliwości, jakie daje Internet (w tym poczucie anonimowości), potęgują podobne zachowania.

Czym jest mowa nienawiści – do kogo jest adresowana, uczucia ofiar.
Przeciwdziałania

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. 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*)⁸.

Definicja oficjalna mowy nienawiści niestety nie została zawarta w żadnym z obowiązujących w Polsce przepisów⁹.

Mowa nienawiści to nacechowane negatywnie, emocjonalne wypowiedzi, powstałe w związku z domniemaną lub faktyczną przynależnością do grupy osoby, przeciwko której jest kierowana, 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)¹⁰. 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:

⁸ <https://uprzedzuprzedzenia.org/czym-mowa-nienawisci/> [dostęp: 6.07.2021].

⁹ Mowa nienawiści/język nienawiści – Słownik równość.info, <https://rownosc.info/dictionary/mowa-nienawisci-jezyk-nienawisci/> [dostęp: 27.05.2020].

¹⁰ Słowniczek antydyskryminacyjny, <http://www.bezuprzedzen.org/dyskryminacja/art.php?art=14&tekst=tekst> [dostęp: 27.05.2020]; J. Krukowska, *Polska rzeczywistość: Ciemnogród, mohery i katole*, <https://poranny.pl/polska-rzeczywistosc-ciemnogrod-mohery-i-katole-a-co-ty-o-tym-sadzisz/ar/5198720> [dostęp: 27.05.2020].

wypowiedzi, które szerzą, propagują i usprawiedliwiają nienawiść rasową, ksenofobię, antysemityzm oraz inne formy nietolerancji, podważające bezpieczeństwo demokratyczne, spójność kulturową i pluralizm¹¹.

Przestępstwem z nienawiści jest 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.
4. Odwoływać się do historycznej wielokulturowości Polski, by wspierać otwartość na różnorodność społeczno-kulturową¹².

Najczęściej hejtowane grupy w Polsce to: mniejszości nieheteronormatywne, mniejszość romska, osoby czarnoskóre, mniejszość żydowska, muzułmanie, mniejszość ukraińska¹³.

Według badań z lat 2014 i 2016 (Centrum Badań nad Upředzeniami UW, Fundacja im. Stefana Batorego) młodzi Polacy w wieku 16–18 lat bardzo często stykali się z mową nienawiści w Internecie: homofobiczną – 77%, rasistowską – 70%, wobec Romów – 66%, antysemitką – 59%, antymuzułmańską – 55%, wobec Ukraińców¹⁴.

Osoby, do których adresowana jest mowa nienawiści, doświadczają różnorodnych uczuć, np. zawstydzenia, czują się poniżone, doznają tak silnego stresu, że, jak wskazują niektóre badania, a także donoszą media, zdarza się, iż popełniają

¹¹ Czym jest mowa nienawiści. Mowa nienawiści – definicja Rady Europy. Humanity in Action, <https://upredzupredzenia.org/czym-mowa-nienawisci/> [dostęp: 27.05.2020].

¹² Przestępstwo z nienawiści – definicja Biura Instytucji Demokratycznych i Praw Człowieka Organizacji Bezpieczeństwa i Współpracyw Europie (ODIHR-OSCE). Humanity in Action, <https://upredzupredzenia.org/czym-mowa-nienawisci/> [dostęp: 27.05.2020].

¹³ Najczęściej hejtowane grupy w Polsce, Humanity in Action, <https://upredzupredzenia.org/czym-mowa-nienawisci/> [dostęp: 27.05.2020].

¹⁴ M. Winiewski, K. Hansen, M. Bilewicz i in., *Mowa nienawiści, mowa pogardy. Raport z badania przemocy werbalnej wobec grup mniejszościowych*, http://www.ngofund.org.pl/wp-content/uploads/2017/02/MOWA_NIENAWISCI_MOWA_POGARDY_INTERNET.pdf [dostęp: 27.05.2020].

samobójstwo¹⁵. W tych grupach liczba samobójstw jest znacznie większa niż w podobnych pod względem wieku, ale niedoświadczających mowy nienawiści¹⁶.

Specjaliści o hejcie w Internecie; jak reagować na hejt,
gdzie zgłaszać, przepisy prawne w Polsce

W 2015 r., w dyskusji radiowej wypowiadali się specjaliści zajmujący się tematem mowy nienawiści. Profesor Michał Bilewicz, dyrektor Centrum Badań nad Uprzedzeniami Uniwersytetu Warszawskiego, wspominał, że o mowie nienawiści pisze się od ponad 100 lat – od słynnego procesu Dreyfusa. Zauważa też, że jej źródłem jest własne otoczenie. Mową nienawiści można się „zarazić”. Inna dyskusantka podała, że zjawisko występowało już w czasach starożytnej agory, podano także, że choć w epoce Internetu tzw. hejt wydaje się wszechobecny, nie wszystkie jego ofiary są chronione przez polskie prawo¹⁷.

O problemie hejtu w sieci pisze prof. Daniel Gilbert, psycholog z Harvard University, w książce *Niebezpieczne idee we współczesnej nauce*. Uważa, że wojny z hejtem nie uda się nigdy wygrać do końca. „Nienawistne, bluźniercze, wulgarne, pełne uprzedzeń i ignorancji komentarze to muzyka wolnego społeczeństwa, a nie-strudzone paplanie idiotów dowodzi, że w nim żyjemy. Kiedy wszystkie słowa w publicznej dyskusji będą uczciwe, dobre i prawdziwe, to znak, że czas uciekać”¹⁸.

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

¹⁵ K. Hansen, A. Świdorska, *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].

¹⁶ A. Stefaniak, M. Winiewski (red.), *Uprzedzenia w Polsce 2017: oblicza przemocy międzygrupowej*, Liberi Libri, Warszawa 2018, [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]; M. Bilewicz, M. Marchlewska, W. Soral, M. Winiewski, *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].

¹⁷ Epidemia mowy nienawiści. Każdy może się zarazić. Polskie Radio Dwójka, <https://www.polskieradio.pl/8/3664/Artykul/1490115,Epidemia-mowy-nienawisci-Kazdy-moze-sie-zarazic> [dostęp: 27.05.2020].

¹⁸ *Niebezpieczne idee we współczesnej nauce*, John Brockman (red.), tłum. A. Nowak, Smak Słowa, Sopot 2014.

– mówi Dorota Głowacka, koordynatorka 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 mrożący – 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 słowa¹⁹.

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. Gniew jest jedną z głównych motywacji hejterów, ale dotyczy też osób, które czytają czy słyszą treści hejterskie – stają się one jakby ofiarami. Gdy widzimy, jak ktoś w Internecie wypisuje straszne rzeczy, np. na temat syryjskich uchodźców, często mamy ochotę odpowiedzieć mu w podobnym stylu.

Jeśli odczuwając gniew, wyolbrzymiamy atak i nie słyszymy intencji drugiej osoby, angażujemy się w bezpodstawny konflikt. Z wielu badań wynika, że niepomahowane wyrażanie gniewu nie tylko nie pomaga go zredukować, ale wręcz go nasila. Jeśli w konflikcie ktoś kieruje się gniewem – i przez to czuje się usprawiedliwiony i nieomylny – utrudni znacząco komunikację

– wyjaśnia Dominika Lebda, psycholog, coach i trener, jedna ze stałych autorek magazynu „Coaching”²⁰.

Tłumienie emocji najczęściej prowadzi do tego, że potem wybuchają one ze zdwojoną siłą, a do tego szkodzą naszemu zdrowiu. **Gniew można jednak ujarzmić i konstruktywnie wykorzystać.** Jak? Oto kilka rad:

- wyrażaj gniew słowami; podobnie, jak mówisz „jestem głodny”, powiedz „jestem zły”;
- spróbuj opisać swój gniew w formie notatki, nie cenzurując tekstu;
- gdy ochłoniesz, możesz przeanalizować swe emocje i ich przyczynę;
- nie podejmuj ważnych decyzji pod wpływem gniewu;

¹⁹ J. Stradowski, *Co się dzieje w głowie hejtera? Skąd się bierze mowa nienawiści*, <https://www.focus.pl/artykul/co-si-dzieje-w-gowie-hejtera-skd-si-bierze-mowa-nienawici?page=5> [dostęp: 3.06.2020].

²⁰ D. Winnikow, *Jak ujarzmić swój gniew?*, <https://www.focus.pl/artykul/ujarzmic-gniew> [dostęp: 26.07.2020].

- spróbuj odczekać np. godzinę i spojrzeć na przyczynę emocji z dystansu;
- bezpiecznie wyładuj swój gniew, krzycząc w samotności, uprawiając sport (bieganie, jazda na rowerze itd.), uderzając w worek treningowy czy w formie innej aktywności fizycznej.

W Internecie znajduje się wiele stron, które dotyczą ograniczania występowania i skutków hejtu²¹.

Gdzie zgłaszać hejt?

Jeśli jesteśmy ofiarą – warto wiedzieć, że możemy zwrócić się do właściciela portalu, na którym treści zostały umieszczone, aby udostępnił nam dane hejtera. Ukrywanie się pod pseudonimem czy nickiem nie gwarantuje mu bezkarności. Właściciel portalu może udostępnić nam adres IP i inne informacje o użytkowniku, a poszkodowany ma prawo przekazać te informacje policji w celu ustalenia sprawcy. Nie powinniśmy dać się zwieść ewentualnym twierdzeniom, że hejtera chroni RODO, które gwarantuje mu anonimowość. Oczywiście możemy też wymagać od właściciela serwisu, aby usunął krzywdzące nas treści. Nie musi on czytać wszystkich wpisów, które umieszczają użytkownicy, ale jeśli już otrzyma informacje o jakiejś obraźliwej treści, musi na nią zareagować. Jest to tzw. procedura *notice and take down* (mówi o niej art. 14 ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną)²².

Jeżeli właściciel nie przychylił się do naszej prośby, a wpis rzeczywiście ma charakter naruszający prawo, to sam administrator serwisu zaczyna ponosić odpowiedzialność za naruszenie naszych dóbr osobistych. Uwolni się od tej odpowiedzialności tylko, jeśli udowodni, że nie wiedział o obraźliwym wpisie²³.

Przepisy prawne w Polsce

Art. 54 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej* z dnia 2 kwietnia 1997 r.²⁴ chroni wolność słowa. W art. 13 wprowadzono zakaz istnienia partii politycznych oraz innych organizacji, których program nawiązuje do wartości totalitarnych, praktyk działania nazizmu, komunizmu i faszystwu oraz zakłada lub dopuszcza nienawiść rasową i narodowościową. Art. 35 zapewnia ochronę praw mniejszości narodowych i etnicznych.

²¹ J. Stradowski, *Co się dzieje w głowie...*, op. cit.

²² Ustawa z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/swiadczenie-uslug-droga-elektroniczna-16979921/art-14> [dostęp: 6.07.2021].

²³ A. Grzesiek-Kasperczyk, *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].

²⁴ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. 1997, 78, poz. 483; Dz.U. 2001, 28, poz. 319; Dz.U. 2006, 200, poz. 1471; Dz.U. 2009, 114, poz. 946.

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)²⁵.

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 nazistowskim²⁶.

Artykuł 18 ustawy o radiofonii i telewizji²⁷ dotyczy zakazu propagowania w tych mediach programów dyskryminujących z powodu płci, rasy lub narodowości. Jest tam też zapis nakazujący poszanowanie przekonań religijnych, szczególnie chrześcijańskich obiorców²⁸.

²⁵ Co na to polskie prawo? Humanity in Action, <https://uprzedzuprzedzenia.org/czym-mowa-nienawisci/> [dostęp: 27.05.2020].

²⁶ E. Łętowska, *Zwodnicze uroki pokusy karania hate speech*, „Obserwator Konstytucyjny”, <http://www.obserwatorkonstytucyjny.pl/debaty/zwodnicze-uroki-pokusy-karania-hate-speech/2/> [dostęp: 27.05.2020].

²⁷ Ustawa z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji, Dz.U. 2020, poz. 805.

²⁸ J.T. Marcinkowski, Z. Konopielko, P. Rosińska, A. Klimberg, *Dotyk to „pieśń bez słów” – znaczenie w rozwoju, zdrowiu i seksie*, cz. 3, „Zły dotyk słowa” – czyli o mowie nienawiści, w: *Zachowania prozdrowotne...*, op. cit., s. 949.

Jerzy T. Marcinkowski
Zofia Konopielko

Zespół dziecka maltretowanego

Szacunku dla każdej z osobna chwili, bo umrze i nigdy się nie powtórzy, a zawsze na serio; skaleczona krwawić będzie, zamordowana płoszyć upiorem złych wspomnień. Pozwólmy ochoczo pić radość poranka i ufać. Dziecko tak właśnie chce¹.

Janusz Korczak

Przemoc wobec dzieci ma nie tylko charakter seksualny. Może przejawiać się poprzez różne zachowania rodziców, dorosłych czy rówieśników, które negatywnie wpływają na stan i rozwój dziecka. Wyróżnia się więc akty bezpośrednie – odrzucenie, przemoc fizyczną, emocjonalną, seksualną, ale też pośrednie – przemoc wprawdzie doświadczana przez innych domowników, ale odbierana przez dziecko (odpowiednio do wieku), które często czuje się nie tylko ofiarą, ale też współwinne. Ponieważ dziecko nie potrafi tego wyrazić, albo się wstydzi opowiedzieć o tym, co czuje, przemoc bardzo często pozostaje niezauważana. Zwykle dopiero po wielu latach, a nawet dziesięcioleciach, bywa uświadamiana i wyrażana.

Każdy człowiek, rodzic, nauczyciel, także osoba postronna, ale przede wszystkim pracownik służby zdrowia, zwłaszcza lekarz, musi umieć rozpoznać krzywdę dotyczącą osobę słabszą, zwłaszcza dziecko. Obowiązkiem lekarza jest zidentyfikować zagrożenia i w konsekwencji umiejętnie, szybko i skutecznie zareagować.

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 dziecka².

¹ J. Korczak, *Prawo dziecka do szacunku*, w: S. Wołoszyn, *Korczak*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1978, s. 166.

² WHO. Child Maltreatment, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/> [dostęp: 20.07.2020].

Klasyfikacja wg ICD-10, historia identyfikacji problemu

Aktualnie zespół dziecka maltretowanego, wg ICD-10, wyróżniony jest pod kodem T74, któremu są przyporządkowane:

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)³.

Historia

Pierwsze opisy dzieci będących ofiarami przemocy zostały opublikowane w XIX wieku przez francuskiego medyka sądowego Ambroise’a Tardieu. Ten opis, jak i kolejne prace przedstawiające zmiany w obrębie układu kostnego i mózgu u dzieci maltretowanych, nie wzbudziły uwagi środowisk medycznych.

Przełomem w aspekcie właściwego zdefiniowania i rozpowszechnienia informacji o tym problemie była konferencja University of Colorado, 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”⁴.

Rodzinne czynniki ryzyka zespołu dziecka maltretowanego i objawy u dziecka, które mogą wskazywać na maltretowanie

Niezwykle przydatna dla właściwego rozpoznania zespołu dziecka maltretowanego jest analiza **czynników ryzyka. Przede wszystkim konieczny jest dokładny wywiad rodzinny.**

1. Przemoc częściej ma miejsce w rodzinach, w których nadużywany jest alkohol, opiekunowie, rodzice, rodzeństwo uzależnieni są od narkotyków, przebywali lub

³ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, <http://icd10.com.pl/> [dostęp: 20.07.2020].

⁴ C.H. Kempe, F.N. Silverman, B.F. Steele, W. Droegemueller, H.K. Silver, *The battered-child-syndrome*, „Journal of American Medical Association” 1962, 181, s. 17–24, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14455086/> [dostęp: 7.07.2021].

przebywają w placówkach opiekuńczo-wychowawczych lub zakładach karnych, doświadczyli przemocy w domu rodzinnym, w których panuje bezrobocie.

2. Oprócz czynników zewnętrznych należy również ocenić czynniki ryzyka związane z maltretowanym dzieckiem, np.:
 - ciąża nieplanowana lub nieakceptowana przez oboje partnerów;
 - rodzice są rozczarowani płcią dziecka;
 - rodzice są rozczarowani niepełnosprawnością dziecka;
 - rodzice lub opiekunowie mają problemy w opiece nad 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 skutecznie kamuflowane – także przez innych domowników, których łączą nie tylko związki pokrewieństwa, ale też często zależności finansowe!

Objawy u dziecka wskazujące na maltretowanie: poza wyraźnymi objawami widocznymi także dla osób postronnych, jak samotne przebywanie dziecka na ulicy, zaniedbanie, wychudzenie, wyziębienie, kradzieże, u dziecka maltretowanego można zauważyć także inne, np.:

- opóźnienie rozwoju psychoruchowego 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, a także dokonywać prób ucieczki z domu. Jednocześnie, gdy w rodzinie występuje przemoc, dziecko wówczas 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 po latach na własną rodzinę, a zachowania na środowisko społeczne. Dziecko maltretowane zwykle boi się o rodzeństwo i wykazuje nadopiekuńczość, co powinno zwrócić uwagę osobom postronnym, które powinny rozważyć te zachowania w aspekcie przemocy, która być może jest obecna w domu⁵.

Zaniedbanie (przemoc pasywna) i odrzucenie

Jeżeli rodzice lub 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 zauważa się, że dzieci odrzucone samotnie błąkają się na ulicach wielkiego miasta, bez opiekunów, niejednokrotnie są przywożone do ośrodków przez osoby dorosłe, które nie potrafią wyjaśnić przyczyny takiego zachowania 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 i stanowić też powód udzielenia pomocy.

Objawy fizyczne – dziecko jest:

- głodne;
- przemarznięte i wychłodzone;
- wychudzone;
- z widocznymi nieleczonymi schorzeniami.

Objawy behawioralne:

- zmęczenie;
- otępienie;
- trudności w kontakcie;
- utrata poczucia własnej wartości;
- żebranie;
- kradzież na zlecenie;
- zabieranie cudzych rzeczy.

⁵ Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014–2020, <https://www.arch.ms.gov.pl/pl/dzialalnosc/przeciwdzialanie-przemocy-domowej/ogolne/krajowy-program-przeciwdzialania-przemocy-w-rodzinie-na-lata-2014-2020/> [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 innych dzieci powinni natychmiast powiadamiać psychologa szkolnego. Nie wolno samemu, będąc w afekcie, kontaktować się z rodzicami dziecka wykazującego nietypowe zachowanie.

Dziecko odrzucane emocjonalnie przez środowisko może zachowywać się tak, jak wymieniono powyżej, ale też demonstrować:

- nagłe trudności w mówieniu;
- zapach środków odurzających;
- senność;
- przygryzanie ust (skaleczenia);
- zabrudzenia;
- przemoczenia;
- słabe relacje z rówieśnikami.

Ponadto wskaźnikami mogą być zachowania behawioralne, takie jak:

- zachowania neurotyczne, np. ssanie palców;
- kołysanie się;
- kręcenie włosów;
- niechęć powrotu do szkoły.

Maltretowanie fizyczne

Dzieci ze wspomnianymi objawami odrzucenia lub bez nich, ale z urazami na ciele, zwłaszcza gdy świadczyć one mogą o innym niż podawane przez dziecko, opiekunów albo osoby „przygodne” mechanizmie, powinny być szczegółowo sprawdzone pod kątem przemocy fizycznej, która oznacza umyślne zadawanie dziecku urazów cielesnych (szczypanie, oparzenia, duszenie, topienie, bicie, popychanie, odpychanie etc.).

W takich przypadkach nierzadko starsze dziecko lub opiekun w odpowiedzi na pytanie o to, czy ktoś je uderzył, może zaprzeczać lub podawać niejasne przyczyny powstania widocznych objawów uszkodzenia, jak zadrapania, otarcia, oparzenia, złamania. Tak się często dzieje, także wtedy, gdy mają charakter nawrotowy – o czym świadczą np. blizny, ślady widocznych nieleczonych ran, wiązań, ugryzień czy pozbawione włosów miejsca na głowie. Objawy behawioralne przemocy fizycznej:

- niechęć dziecka do kontaktu fizycznego;
- tendencje do samookaleczeń, ucieczki;

- obawa przed powrotem do domu;
- odzież nieadekwatna do pogody;
- zachowanie agresywne;
- wycofanie się.

Objawy mogą być zróżnicowane w zależności od użytej siły, ale czasem też nakładają się na obraz urazów wcześniejszych. Charakterystyczne jest współwystępowanie różnych objawów, które często są symetryczne, obustronne, pojawiają się w różnym czasie. Istotna jest ocena obrażeń w powiązaniu z możliwościami dziecka adekwatnymi np. do wieku. 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:

- otarcia naskórka;
- ślady palców, rąk; ślady ściskania, duszenia, szczypania;
- odciski zębów;
- wybroczyny krwawe w okolicy oczu, narządów płciowych lub pośladków;
- wszelkie ślady oparzeń;
- odciski różnego rodzaju przedmiotów codziennego użytku (pas, lina, skakanka, wieszak itp.);
- stany zapalne narządów płciowych (zacerwienie, swędzenie);
- infekcje dróg moczowo-płciowych;
- choroby przenoszone drogą płciową.

Kryteria pomocne przy ustalaniu oparzenia nieprzypadkowego:

- ślady oparzeń, których stadium gojenia nie zgadza się z datą i okolicznościami powstania oparzenia zgłaszanymi przez rodziców;
- brak świadków poparzenia;
- oparzenie spowodowane przez rodzeństwo lub inne dziecko, w kontekście wizyty u lekarza z dzieckiem, która następuje z inicjatywy krewnych lub znajomych dziecka (nie rodziców);
- wcześniejsze przypadki poparzeń odnotowanych w danej rodzinie.

Złamania kostne nieprzypadkowe:

- najczęściej obserwuje się u dzieci poniżej 2–3 roku życia,
- dotyczą one przynasad kości długich, żeber, kości obręczy barkowej, mostka i kręgow, kości czaszki (liczne złamania, których średnica przekracza 5 mm) oraz kości palców stóp u dzieci jeszcze niechodzących,

- na złamania z udziałem innych osób mogą wskazywać: wiek dziecka poniżej 3. roku życia, liczne złamania w różnym okresie gojenia oraz 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: u niemowląt podejrzenie występowania zmian w wyniku urazu nieprzypadkowego zawsze stanowi wskazanie do wykonania badań obrazowych całego ciała. U dzieci powyżej 2. roku życia badanie takie powinno być uzależnione od oceny stanu klinicznego dziecka. Kiedy obraz radiologiczny danej okolicy ciała wskazuje na zmiany pourazowe, zasadne jest powtórzenie badania w innej projekcji. 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:

- szacuje się, że ponad połowa zgonów dzieci maltretowanych wynika z SBS;
- najczęściej dotyczy dzieci w drugim półroczu życia;
- przy gwałtownym potrząsaniu niemowlęciem lub małym dzieckiem do 18. miesiąca życia, dochodzi do uszkodzenia tkanki mózgowej, które może prowadzić do trwałej niepełnosprawności bądź śmierci;
- uszkodzenia ciała zależą od użytej siły, czasu trwania oraz intensywności potrząsania;
- do mniej nasilonych objawów zespołu należą ospałość, wymioty czy drażliwość dziecka;
- poważniejsze uszkodzenia mózgu mogą prowadzić do wystąpienia napadów drgawkowych, śpiączki, ale też zgonu;
- charakterystyczne dla SBS są obrzęk mózgu, krwiaki podtwardówkowe oraz krwotoki do siatkówki oka.

Psychiczne krzywdzenie dziecka

Oprócz krzywdzenia fizycznego dziecko może być krzywdzone psychicznie (emocjonalne), co jest określane niekiedy jako „przemoc w białych rękawiczkach”. Są 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:

- konsekwentnym działaniu osoby dorosłej godzącym w rozwój osobowości dziecka;
- niszczeniu umiejętności prawidłowego funkcjonowania społecznego dziecka;
- uniemożliwianiu zaspokajania podstawowych potrzeb dziecka, takich jak: stałego kontaktu ze zrównoważonym opiekunem czy poczucia własnej godności;
- nieustannym atakowaniu dobrego samopoczucia dziecka, krytykowaniu i braku rozmowy, co sprawia, że czuje się ono niekochane, nic nie warte, zagrożone; wytykanie wad zamiast eksponowania cech dobrych może sprawić, że dziecko rośnie w poczuciu niepewności, może mieć nieprawidłowe postrzeganie swojego ciała prowadzące do anoreksji lub bulimii.

Dorastające dziecko, krzywdzone od wczesnych lat życia, może mieć tendencję do zachowań autodestrukcyjnych (samookaleczeń), poszukuje akceptacji rówieśników często z nieodpowiednich środowisk, zdarza się, że ucieka w świat uzależnień. W życiu dorosłym takie dziecko poszukuje miłości niejednokrotnie bezskutecznie, gdyż używa przeniesionych z dzieciństwa metod stosowanych 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 osoby⁶.

⁶ M. Beisert, A. Izdebska, *Wykorzystanie seksualne dzieci*, „Dziecko Krzywdzone” 2012, 2(39), s. 48–66.

Zgodnie z polskim prawem kontakty seksualne z osobą poniżej 15. roku życia, nawet jeżeli wyrazi ona na to zgodę, są przestępstwem uregulowanym w art. 200 i 204 *Kodeksu karnego*. Dotyczy to następujących zachowań seksualnych:

- z bezpośrednim kontaktem fizycznym (odbycie stosunku płciowego);
- dotykanie intymnych części ciała dziecka lub sprawcy;
- całowanie o charakterze seksualnym;
- bez kontaktu fizycznego: np. ekshibicjonizm, zaangażowanie dziecka w produkcję filmów pornograficznych, oglądanie filmów o charakterze pornograficznym, zmuszanie do uprawiania prostytucji, werbalne molestowanie dziecka lub grooming, czyli uwodzenie dziecka poprzez Internet w celu nawiązania kontaktów seksualnych w sieci lub poza nią.

Objawy u dziecka, które mogą sugerować przemoc seksualną; najczęstszy sprawcy

W niedługim czasie od zastosowania przemocy lub w okresie jej trwania u dziecka mogą występować następujące objawy:

- bóle brzucha;
- bóle głowy;
- trudności w chodzeniu i siadaniu;
- nawroty moczenia się.

Można też zauważyć:

- podartą bieliznę;
- poplamioną bieliznę;
- otarcia w okolicach genitaliów czy ud;
- otarcia w obrębie jamy ustnej;
- otarcia w okolicy odbytu.

Ponadto mogą występować nawracające zakażenia układu moczowego. Czasem pierwszym zauważonym objawem jest ciąża osoby niepełnoletniej.

Często pojawiają się następujące objawy behawioralne:

- niespokojny sen i marzenia senne;
- utrata pewności siebie, poczucia własnej wartości;
- niewyjaśnione poczucie winy;
- obawa przed ciemnością;
- skłonności samobójcze;
- depresja;
- używanie zwrotów i języka nieodpowiedniego do wieku;
- wyrażenia wulgarne;
- nadopiekuńczość wobec rodzeństwa.

Niestety, dopiero od niedawna mówi się głośno o ofiarach molestowania seksualnego, które nawet po kilkudziesięciu latach same opowiadają o swoim trudnym dalszym życiu, 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, np. zaburzenia odżywiania, trudności w uczeniu się, depresja, niepokój, strach, wycofanie społeczne i problemy behawioralne.

Rozmiar zjawiska jest znaczny. Doświadczało go w dzieciństwie około 20–25% kobiet i 5–15% mężczyzn.

W około 30% przypadków sprawcami byli krewni dziecka (najczęściej ojcowie, ojczymowie, wujowie), ok. 60% znajomi (przyjaciele rodziny, osoby opiekujące się, sąsiedzi), 10% 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 misterium⁷.

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. Zespół ten dotyczy najczęściej rodzica lub opiekuna dzieci do 6. roku życia, zarówno dziewczynek, jak i chłopców. Śmiertelność dzieci w wyniku tych działań szacowana jest na 9%. Wśród sposobów indukowania objawów chorobowych wyróżniono:

- wprowadzanie w błąd lekarza przeprowadzającego wywiad lekarski;
- przemoc fizyczną (np. duszenie);
- zatrucie lub nadużywanie leków czy substancji innych niż leki;
- manipulacje sprzętem medycznym, użycie rekwizytów;
- stosowanie restrykcyjnej diety;

⁷ CBOS. Komunikat z badań. Molestowanie seksualne, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2018/K_098_18.PDF [dostęp: 7.07.2021]; J. Włodarczyk, M. Sajkowska i in., *Wykorzystywanie seksualne*, w: *Ogólnopolska Diagnoza Problemu Przemocy Wobec Dzieci. Wyniki badania*, Fundacja Dzieci Niczyje, <https://dzieckokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/view/56> [dostęp: 7.07.2021].

- fałszowanie materiału biologicznego przeznaczonego do badań lekarskich;
- pozorowanie krwawienia;
- zakażenie ran;
- umieszczanie ciał obcych w ciele dziecka;
- zaniechanie leczenia mimo wskazań lekarskich.

Angielski pediatra Roy Meadow, wspólnie z innymi lekarzami tej samej specjalności, przez wiele lat zauważał matki, które zachowywały się nietypowo, inaczej niż pozostałe. W 1977 r. wspólnie ustalili, by w takich przypadkach je oraz ich dzieci filmować z ukrycia. Na tej podstawie opisano m.in. dwie matki, które wywoływały objawy chorobowe u swoich dzieci. Jedna z nich, jak przyznała po latach psychiatrze, podawała swojemu dziecku sól, czym wywoływała u niego tak ciężką hipernatremię, że dziecko nie przeżyło. Inną sfilmowano z ukrycia, gdy dokonywała próby uduszenia dziecka folią.

Zaburzenie to zawarte jest w pojęciu zespołu dziecka maltretowanego, choć rodzic w tym przypadku postępuje nie w pełni świadomie, gdyż cierpi na zaburzenie psychiczne.

Zachowania rodzica zwykle dotyczą dziecka w wieku do 6. roku życia, kiedy jest ono zbyt małe, by ujawnić swoją sytuację. W ich efekcie przejawia ono najczęściej objawy takie, jak niezdolność ruchowa, patologiczna senność na skutek podawania dużych dawek barbituranów, uporczywe wymioty w rezultacie 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 domu⁸.

Zastępczy zespół Münchhausena częściej dotyka osoby z wykształceniem medycznym, interesujące się medycyną, z zaburzonymi relacjami w rodzinie, których dotyczą konflikty pomiędzy ojcem a matką dziecka, a także mają doświadczenia z własnego dzieciństwa.

⁸ P. Brown, C. Tierney, J.R. Serwint, *Münchhausen Syndrome by Proxy*, „Pediatrics in Review” 2009, 30(10), s. 414–415.

Z własnego doświadczenia lekarskiego: W latach 80. XX w. obserwowaliśmy dwa takie przypadki dzieci hospitalizowanych w Centrum Zdrowia Dziecka (CZD) i ich matek. Jedna z nich, jak się okazało po dłuższym czasie hospitalizacji dziecka i ujawnieniu zaburzenia, podawała swojemu, wówczas 1,5-rocznemu dziecku, środki przeczyszczające na zmianę z Furosemidem. Dziecko wielokrotnie było umierające, a lekarze rozpaczliwie ratowali je, jednocześnie diagnozując wszystkie możliwe przyczyny tak ciężkich, niespotykanych nigdy zaburzeń stanu zdrowia. W którymś momencie baczna pielęgniarka, młodzianka i bardzo zaangażowana (zresztą wszystkie takie były w tym czasie w CZD, bo szpital był nowo otwarty, a hotel dla pielęgniarek sprzyjał zatrudnieniu osób spoza Warszawy) zauważyła zza szklanej szyby oddzielającej pokój dziecka od dyżurki, że matka wyjmując coś z torebki i wsypuje do butelki z posiłkiem dziecka. Natychmiast zgłosiła problem lekarzom, zabrano butelkę i poddano badaniom jej zawartość. Okazało się, że znajdował się w niej Furosemid. Matka była oburzona, chciała oskarżać lekarzy za pomówienia. W jej odczuciu dopiero w czasie tej ciężkiej (przez nią spowodowanej) choroby ktoś nareszcie się przejął i poświęcił tak wiele uwagi jej dziecku. Oświadczyła z całą powagą, że działała dla jego dobra. Dziecko drugiej matki było hospitalizowane w Klinice Nefrologii CZD w wieku 3 lat w celu zdiagnozowania przyczyny krwimoczu. Poddawano je różnym badaniom, nawet w znieczuleniu ogólnym (cystoskopia), nie znajdując przyczyny. Zastanawiano się nad biopsją nerki, ale krew w moczu dziecka była świeża, co raczej wykluczało chorobę nerek, a bardziej wskazywało na pozakłębuszkowe źródło krawawienia. Po długich naradach psycholog – jakże zawsze cenny w oddziale – obserwując matkę zasugerowała, że może jest to zespół Münchhausena by proxy. Podjęto więc decyzję zbadania grupy krwi w moczu dziecka i pobrano też krew matce, oznaczając jej grupę. Okazało się, ku wielkiemu zaskoczeniu, że krew w moczu dziecka pochodzi od matki. W tym wypadku pomocne było to, że ich grupy krwi się różniły. Nie znamy losów tych matek i ich dzieci, bo przestały się zgłaszać do CZD. Warto podkreślić, że obie były bardzo troskliwe, zaangażowane w diagnozę, miały imponująco wielką wiedzę medyczną, sugerowały metody terapii, a gdy stan dziecka się pogarszał – domagały się kroplówek i leków. Towarzyszyły dziecku nieustannie, nie opuszczały na chwilę, nie dopuszczały nikogo z rodziny do czuwania. Tak się działo przez cały okres hospitalizacji. Te bardzo troskliwe, przejęte matki równocześnie same przysparzały własnemu dziecku cierpień w tak dramatyczny sposób. Zadziwiające jest, jak mogły.

W USA rocznie wykrywa się ponad 1200 tego typu matek (rzadziej ojców). W Polsce, w Instytucie Pediatrii CZD kilka przypadków, natomiast w skali ogólnokrajowej – około 3 na 100 000⁹.

⁹ Zespół Münchhausena. Dlaczego matki dręczą swoje dzieci?, <https://www.focus.pl/artykul/zesp-mnchhausena-czyli-dlaczego-matki-drecz-swoje-dzieci> [dostęp: 26.07.2020].

Opisywane przypadki ilustrują, jak uważnie trzeba oceniać całokształt obrazu klinicznego – w przypadku dzieci także zwracając pilną uwagę na ich rodziców, aby prawidłowo diagnozować, ale też wyciągać stosowne wnioski odnośnie do działań medycznych i profilaktycznych w tym obszarze¹⁰.

Następstwa zespołu dziecka maltretowanego

Niezależnie od formy, maltretowanie dziecka może powodować długotrwałe, wieloletnie następstwa zaburzające prawidłowe jego funkcjonowanie w późniejszym życiu, jako osoby dorosłej.

Do najpoważniejszych następstw maltretowania dziecka należą kalectwo fizyczne, upośledzenie umysłowe, zaburzenia psychiczne i emocjonalne. Przemoc wobec dziecka może skutkować stanami depresyjnymi, próbami samobójczymi, zaburzeniami odżywiania, uzależnieniami, ryzykownymi zachowaniami seksualnymi z nieplanowaną ciążą małych dzieci czy próbami samobójczymi włącznie. Dzieci krzywdzone fizycznie gorzej funkcjonują w społeczeństwie, mają zaburzone relacje interpersonalne. Często są agresywne w stosunku do rówieśników. 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 przeprowadzić dokładny wywiad z dzieckiem i osobą mu towarzyszącą. Powinno się to odbywać w spokoju, bez sugerowania podejrzeń i komentowania tych zeznań; można jedynie je notować lub, jak zapewne dzieje się to współcześnie, nagrywać.
2. Po dokładnym zbadaniu dziecka i ewentualnym wykonaniu badań dodatkowych oraz postawieniu rozpoznania należy ponownie rozmawiać z opiekunem, by zweryfikować własne ustalenia z podawanymi przyczynami urazu;

¹⁰ J.E. Squires, R.H. Squires, *A review of Munchausen syndrome by proxy*, „Pediatric Annals” 2013, 42(4), s. 67–71, <https://www.mp.pl/pediatrica/artykuly-wytyczne/artykuly-przegladowe/95191,ze-spol-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].

- w trakcie rozmowy nie należy sugerować swych podejrzeń czy komentować podawanych faktów, lecz je notować, by usprawnić sobie wyrobienie własnej opinii¹¹;
 - nie należy mówić osobie towarzyszącej dziecku (może być to sprawca, o czym nie wiemy) o swym podejrzeniu, bo może ona obmyślić inną wersję niż ta, którą podała przy pierwszym zgłoszeniu.
3. Nie wolno samemu przeprowadzać dochodzenia.
 4. Należy powiadomić przełożonego albo zgłosić na policję.

W Europie Zachodniej i USA są wyznaczone doświadczone osoby, którym należy tego typu przypadki zgłaszać. One same podejmują proces wyjaśnień. Jeśli ich nie ma, podejrzenie powinno być zgłoszone wydziałowi do spraw nieletnich w najbliższej komendzie policji¹².

Kodeks karny w art. 207 jednoznacznie określa zakres kar za znęcanie się fizyczne lub psychiczne nad osobą najbliższą lub nad inną, pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy, albo nad małoletnim czy osobą nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny.

Postępowanie w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia zespołu dziecka krzywdzonego (maltretowanego) jest następujące:

1. Należy wypełnić kartę postępowania diagnostycznego, która jest przekazywana do pełnomocnika ds. praw pacjenta (kopia pozostaje w dokumentacji medycznej), a ten wszczyna postępowanie (powiadamia sąd rodzinny, wypełnia formularz „Niebieska karta A”).
2. 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: „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”.

¹¹ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, Dz.U. 2005, 180, poz. 1493.

¹² <https://www.unicef.org.uk/what-we-do/un-convention-child-rights/> [dostęp: 7.07.2021].

„Trzeba jednak podkreślić, że odpowiedzialne sformułowanie rozpoznania wymaga ostrożności. Mylne rozpoznanie czy podejrzenie zespołu dziecka maltretowanego może skrzywdzić rodziców/opiekunów i zachwiać układ rodziny”¹³.

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 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 [...]”¹⁴.

¹³ M. Turska, M. Raban, C. Grochowski, B. Kulik-Rechberger, *Child Abuse Syndrome*, „Journal of Education, Health and Sport” 2017, 7(8), s. 1452–1460, <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/5051> [dostęp: 7.07.2021].

¹⁴ Ta informacja została podana w pierwszym okresie pandemii COVID-19 i jest aktualna, gdyż problem przemocy w rodzinie nadal istnieje, a nawet się nasilił. 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]; <https://www.gov.pl/web/numer-alarmowy-112/telefon-zaufania-dla-dzieci-i-mlodziezy> [dostęp: 7.07.2021].

Jerzy T. Marcinkowski
Zofia Konopielko

Ofiary zgwałcenia

Ktoś mógł wziąć twoje ciało, wykorzystać je, pobić i potraktować jak śmieć,
ale znacznie gorsza od fizycznego ataku jest ciemność,
którą coś takiego w tobie pozostawia¹.

Tarryn Fisher

Już w latach 70. XX wieku opisywano syndrom traumy gwałtu (Burgess i Holstrom)². Gwałt jest wyrazem przemocy, siły i agresji związanym z upokorzeniem, a także uprzedmiotowieniem ofiary.

Następstwa psychiczne gwałtu, pomoc

Następstwa psychiczne gwałtu bywają różne. Choć powszechnie się uważa, że problem dotyczy zgwałconych kobiet, to w jednakowym stopniu dotyczy mężczyzn, choć rzadziej zgłaszają oni takie akty dokonane wobec nich.

Bezpośrednio po ataku, w **pierwszym okresie występuje szok** – przerażenie, strach przed sprawcą, ale też niewiara w to, co się stało. Ofiara równocześnie jest w stanie swego rodzaju odrętwienia, np. nikomu o tym nie mówi, gdyż często obawia się reakcji otoczenia, sformułowań typu: „sama jesteś sobie winna”, „może prowokowałaś”, „mogłaś tam nie iść”. Często ofiara obwinia siebie za zaistniałą

¹ Tarryn Fisher – współczesna pisarka i blogerka pochodząca z RPA. Jej powieści zostały uznane przez „The New York Times” za bestsellery. T. Fisher, *Ciemna strona*, Wydawnictwo SQN, Kraków 2017.

² A. Cebella, I. Łucka, *Zespół stresu pourazowego – rozumienie i leczenie*, „Psychiatria” 2007, 4, 3, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/59-niebieska-linia/477-psychologiczne-konsekwencje-gwaltu.html> [dostęp: 21.10.2020].

sytuację („mogłam to przewidzieć”, „jak mogłam być taka naiwna”, „do niczego się nie nadaję”). W tym okresie ofiary mają poczucie własnej bezradności, winy, lęku, odczuwają wstyd, upokorzenie.

Zdarza się, że niektóre ofiary są wtedy nienaturalnie spokojne lub beztraskie – zachowują się tak, jakby nic się nie stało. Osoby z ich otoczenia, dysponujące wiedzą o zaistniałej sytuacji, mogą być zaskoczone tą reakcją, myśląc, że zdarzenie było dla ofiary przyjemne albo mało znaczące. Nie zdają sobie one jednak sprawy, że zaprzeczanie lub minimalizowanie zdarzenia są mechanizmami obronnymi, które mogą nawet chronić ofiarę. Stan ten może trwać od kilku godzin do dwóch tygodni.

Po tym okresie następuje **faza druga – dezorientacji**. Mogą się pojawić stany lękowe, depresyjne, narasta niepewność, poczucie, że został podważony dotychczasowy porządek życia. Pojawiają się pytania, jak żyć teraz, czy można komuś zaufać. Ofiary zamykają się w sobie, zaczynają unikać kontaktów z ludźmi. Próbuje zapomnieć i nie wspominać. W tym czasie narasta ryzyko popełnienia samobójstwa, nadużywania alkoholu, używek czy leków. Faza ta może trwać miesiącami.

Kolejna faza, która może trwać nawet latami, **to tzw. reorganizacja, czyli stopniowy powrót do równowagi** – ofiara próbuje powrócić do poprzedniego trybu życia, powracają marzenia o bliskości z drugim człowiekiem, choć nieufność do osobników płci, którą reprezentował gwałciciel, pozostaje zwykle na całe życie.

Skracanie lub minimalizowanie przedstawionych faz w znacznej mierze zależy od reakcji rodziny czy 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, myślą o tym, że nikt nie przewidział, nie zapobiegł zdarzeniu, a czasami obwiniają osobę poszkodowaną o to, że go nie przewidziała. Zdarza się też, że osoby bliskie nie przyjmują tego do wiadomości, czy wręcz zaprzeczają faktom. Jest to niewątpliwie powodem pogarszania samopoczucia osoby zgwałconej – izolacji i zagubienia. Bez pomocy profesjonalnej 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 – w instytucjach, które powinny uwzględnić następujące zalecenia:**

- system badania lekarskiego musi uwzględniać lęk ofiary przed powrotem sprawy w niedługim czasie;
- jeśli ofiara jest 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 przestępczy czyn;
- 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;

Jeśli osoba zgwałcona nie radzi sobie z 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 konsekwencjami³.

Decyzję o wszczęciu kroków prawnych bezpośrednio po zgwałceniu lub po pewnym czasie (czasem po wielu latach), ofiara musi podjąć sama. Terapeuta powinien przygotować ofiarę – opowiedzieć jej, jak wyglądają procedury sądowe, a także poinformować, że 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, ich towarzyszenie ofierze stanowią podstawy do jej powrotu do zdrowia⁴.

PTSD po zgwałceniu

PTSD dotyka 80% osób zgwałconych i może się pojawiać po pewnym czasie od traumy. Zdarzenie to amerykańska klasyfikacja DSM-III-R określa jako „wykrajające poza zakres zwykłych ludzkich doświadczeń”.

Do charakterystycznych objawów PTSD należy powtórne przeżywanie stresującej traumy – natręcyjne wspomnienia, powracające, koszmarne sny o wydarze-

³ S. Kluczyńska, *Stan po gwałcie*, Niebieska Linia 2002, <https://www.niebieskalinia.pl/pismo/wydania/dostepne-artykuly/4241-psychologiczne-konsekwencje-gwaltu> [dostęp: 7.07.2021].

⁴ S. Mufson, R. Kranz, *Gwałt na randce*, Elma Books, Warszawa 1996; L. O'Toole, J. Schiffman, *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*, GWP, Gdańsk 1999; Z.L. Starowicz, *Przemoc seksualna*, Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza, Warszawa 1992; *Poznaj swoje prawa... jeśli jesteś ofiarą gwałtu*, w: *Poradnik prawny dla kobiet*, Centrum Praw Kobiet, Warszawa 1999.

niu, 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 potencjalnie przypominających 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 zainteresowania ważnymi czynnościami, np. nauką 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, prowadzona przez odpowiedni zespół specjalistów, powinna być krótkotrwała, skoncentrowana na zdarzeniu i reakcji ofiary. Ważnym elementem jest zachęta do omawiania tej sytuacji, nieuciekanie od tematu – przetworzenie go, zapewnienie, że objawy są typowe, a stan ten minie. Także przekonywanie ofiary do zajmowania się sobą – dawania sobie przyjemności, np. zrobienie nowej fryzury, ale też poświęcania czasu na odpoczynek, szukania ludzi i miejsc, w których czuje się bezpiecznie, czy odbudowy pozytywnego obrazu własnej osoby, odzyskania poczucia kontroli i własnej skuteczności. Wpływa to na zmniejszenie poczucia bezradności i buduje przekonanie, że ma się kontrolę nad tym, co się dzieje, zwiększając poczucie bezpieczeństwa.

Pigułka gwałtu

Pomimo powszechnej wiedzy na temat pigułki gwałtu, coraz częściej jest ona używana w klubach na całym świecie (w USA nazywana jest *date-rape-drug*, czyli narkotykiem towarzyszący gwałtom podczas randek) i także w Polsce, a liczba ofiar rośnie, choć wiele z nich nie zgłasza tego policji. Jednym z powodów jest fakt, że podanie pigułki gwałtu jest niemal zbrodnią doskonałą, gdyż po bardzo krótkim czasie nie można wykryć w ciele ofiary nawet jej śladu (we krwi można wykryć do 8 godz. od spożycia, w moczu do 12 godz.), a ofiara nic nie pamięta.

Jedynym sposobem profilaktyki jest znajomość problemu nie tylko wśród młodych, ale też osób starszych, zamożnych (którym może być podawana dla zysku), właścicieli klubów, lekarzy, policjantów. **W USA problem jest uznawany za bar-**

dzo ważny. Na cele edukacyjne National Institute on Drug Abuse wydaje rocznie ponad 50 milionów dolarów (dane z 2006 r.)⁵.

Pigułka gwałtu jest podawana najczęściej do drinków, ale też aplikowana do butelek z wodą – kobietom, by wykorzystać je seksualnie, a mężczyznom, by „wyczyścić” ich konto bankowe (ciekawe, że po spożyciu tej tabletki sami ofiarowują swoje karty kredytowe i podają numery PIN).

Pierwsze objawy to dobry humor i oszołomienie, chęć do zabawy, podniecenie seksualne. W odróżnieniu od upojenia alkoholowego osoba pod wpływem tej tabletki nie zatacza się. Zaburzenia pamięci trwają do ok. 8 godz., a ofiara nie wiedząc co robi i co się z nią dzieje, bezwładnie wykonuje czyjeś polecenie. Dlatego, jeśli pod wpływem tego środka dochodzi do gwałtu, ofiara nie ma na ciele śladów walki (zadrapania, siniaki).

Tolerancja na narkotyki jest osobniczo różna i też zależna od aktualnego stanu zdrowia, przyjmowanych leków i napojów. Przy przedawkowaniu występują mdłości, zdarzają się wymioty ze śmiertelnym zakrzuszeniem się, drgawki, a nawet bezdech i zatrzymanie akcji serca, również prowadzące do zejścia śmiertelnego.

Historia pigułki gwałtu

Obecnie w pigułkach gwałtu używa się różnych substancji, ale podstawą był kwas gamma-hydroksymasłowy (GHT) zsyntetyzowany w 1961 r. przez francuskiego chemika dr Henri Laboritt'a. W założeniu zastosowanie GHT miało służyć jako wprowadzenie do narkozy podczas operacji. Wkrótce się okazało, że nie spełnia on oczekiwań, gdyż nie daje pełnej kontroli nad bólem i ma wiele działań niepożądanych.

Jednocześnie zauważono, że substancja zmniejsza przymus przyjmowania alkoholu i narkotyków, ale z uwagi na korzystną reakcję jedynie wśród nielicznych uzależnionych, nie była wykorzystywana w terapii.

Inną obserwacją kliniczną było zwiększenie endogennej produkcji hormonu wzrostu i zwiększanie masy mięśniowej. Próbowano więc podawać GHT kulturystom jako jeden z „cudownych środków”, ale ostatecznie nie wszedł do użycia.

Trafił natomiast na ulicę w USA, Kanadzie, a następnie Europie i stał się narzędziem gwałtów, zaś w czasie swojej 40-letniej obecności uśmiercił kilkaset osób.

⁵ Pigułka gwałtu: objawy. Działanie GHB, <https://www.poradnikzdrowie.pl/sprawdz-sie/objawy/pigulka-gwaltu-objawy-dzialanie-ghb-aa-jUWK-oQae-f1w1.html> [dostęp: 14.03.2020].

Kwas gamma-hydroksymasłowy w bardzo niewielkich ilościach występuje naturalnie w organizmie, ma wiele cech neurotransmitera. Normalne stężenie substancji w surowicy krwi wynosi 0,1 mg/l.

W Interencie niestety można znaleźć wiele ofert sprzedaży, a także porad, jak wyprodukować GHT domowym sposobem.

Zachowania profilaktyczne. Działania prawne w Polsce

Warte przypominania są zachowania profilaktyczne w odniesieniu do pigułki gwałtu:

- nie wolno pić niczego, co oferuje nieznana osoba (nie tylko w klubie, ale też w pociągu czy autobusie);
- pić wolno tylko z otwartej przez siebie butelki czy puszki; nie można nigdzie jej zostawiać;
- jeśli pozostawimy swój napój choćby na chwilę, po powrocie nie należy go dopijać;
- na imprezy należy wychodzić w gronie znajomych, ale też być uważnym – ustalić wcześniej z nimi, że jeśli jeden ze znajomych zaczyna się zachowywać dziwnie, np. wszystkim dookoła funduje drinki, powinno się podejrzewać, że ktoś mu podał pigułkę gwałtu;
- w razie jakichkolwiek podejrzeń, że ktoś zachowuje się tak, jak opisaliśmy powyżej, należy wezwać karetkę.

Co pewien czas pojawiają się informacje o możliwościach wykrycia tego narkotyku – sprzedawane są specjalne lakiery do paznokci czy opaski zawierające substancję, która wchodzi w reakcję ze składnikiem pigułki gwałtu i wówczas zmienia kolor. Jednak poza klasycznym składem pigułki gwałtu, podanym powyżej, przestępcy używają jeszcze innych preparatów, których wykrycie tą metodą jest niemożliwe. W Internecie pojawiają się reklamy prostych gadżetów do rozpoznania pigułki gwałtu w drinku, np. bransoletki z testem na obecność substancji aktywnej⁶. Jednak znawcy tematu podają, że możliwości wykrycia tą metodą lub bezpośrednio z podejrzanego płynu są zawodne, gdyż liczba substancji używanych do produkcji pigułek dynamicznie wzrasta i nie ma testu wykrywającego wszystkie. Dlatego nadal podstawą jest edukacja, wiedza i czujność.

W komentarzach pod doniesieniami prasowymi, a szczególnie artykułami w Internecie, w tym w mediach społecznościowych, ofiary (zarówno kobiety, jak i mężczyźni), opowiadają o swoich doświadczeniach z pigułką (proszkiem) gwał-

⁶ B. Grygiel, *Ta opaska chroni przed pigułką gwałtu. Właśnie trafia do Polski*, <https://rzeszow.wyborcza.pl/rzeszow/7,34962,25484934,sprzedali-tone-substancji-z-ktorej-mozna-wyprodukowac-pigulki.html> [dostęp: 14.03.2020].

tu. Okazuje się, że bardzo często pigułkę podali im przesympatyczni, zachowujący się przyjaźnie ludzie!

Podstawą pozostaje nieufność i niezostawianie drinków lub innych płynów w szklance czy otwartej butelce nawet na bardzo krótki czas. Życie ofiary po użyciu tej tabletki w kontekście pełnej nieświadomości tego, co się działo, wstydu wobec świadków, ewentualnej ciąży lub lęku przed nią, możliwości zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową i utraty zaufania do ludzi, już nigdy potem nie jest takie, jak przed tym momentem, gdy wszystko wymknęło się spod kontroli za sprawą wyjścia tylko na krótką chwilę, może jedynie do toalety, i pozostawienia szklanki z napojem na stole.

W Polsce problemem handlu GHT służącym do produkcji pigułki gwałtu zajmowała się Prokuratura Krajowa⁷. Za przestępstwo przemytu znacznej ilości substancji psychotropowych grozi kara od 3 do 15 lat pozbawienia wolności, grzywna oraz nawiązka na cele zapobiegania i zwalczania narkomanii w wysokości od 50 tys. złotych. Tymczasem, jak podają liczne mass media, proceder handlu tym narkotykiem w Polsce nieźle kwitnie, a tryb działania sądów jest zbyt wolny⁸.

⁷ Prokuratura bada okoliczności sprowadzenia 15 ton substancji służącej do produkcji „pigułki gwałtu”, <https://pk.gov.pl/wydzialy-zamiejscowe-pk/aktualnosci-z-wydzialow-pzik/prokuratura-bada-okolicznosci-sprowadzenia-15-ton-substancji-sluzacej-do-produkcji-pigulki-gwaltu/> [dostęp: 14.03.2020].

⁸ „Podkarpacki Escobar”. Sprzedał tonę substancji, z której można wyprodukować pigułki gwałtu, <https://rzeszow.wyborcza.pl/rzeszow/7,34962,25484934,sprzedali-tone-substancji-z-ktorej-mozna-wyprodukowac-pigulki.html> [dostęp: 14.03.2020].

Jerzy T. Marcinkowski
Zofia Konopielko

Zamierzone samouszkodzenie/zatrucie – „wołanie o pomoc”

Nie mamy żadnego powodu po temu, by żyć nieufność
wobec naszego świata, bo nie zwraca się on przeciw nam.
Jeśli są w nim strachy, to są to nasze strachy, jeśli są w nim otchłanie,
to otchłanie te należą do nas, jeśli są tu niebezpieczeństwa, to musimy próbować je pokochać¹.

Chory przychodzi ze swym bólem, cierpieniem, wołaniem o pomoc.
A lekarz, nie bacząc na lęk chorego (i swój własny), wiedząc, jak mało wie (zawsze za mało),
mówi: „Stanę przy tobie. Razem spojrzymy niebezpieczeństwu w twarz”².

Andrzej Szczeklik

Samookaleczanie zwane jest też autodestrukcją lub autoagresją (w ujęciu psychologicznym, które należy odróżniać od ujęcia medycznego – chorób z autoagresji).

Samookaleczanie się to szereg 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.

Do czynników ryzyka samookaleczeń należą: wcześniejsze zachowania autoagresywne, płć żeńska, okres dojrzewania, trudności psychologiczne, rodzinne lub społeczne, objawy depresyjne, zaburzenia osobowości, a także inne zaburzenia psychiczne³. Badacze zauważają, że może powstać uzależnienie od samookaleczania się – podobnie jak od narkotyków czy seksu.

¹ A. Szczeklik, *Nieśmiertelność. Prometejski sen medycyny*, Społeczny Instytut Wydawniczy „Znak”, Kraków 2012.

² Idem, *Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny*, Społeczny Instytut Wydawniczy „Znak”, Kraków 2007.

³ Fundacja Zobacz Jestem, <http://zobaczjestem.pl/> [dostęp: 18.05.2020].

Klasyfikacja wg DSM-5 i 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, niezagrożające życiu samouszkodzenia, mające na celu uzyskanie ulgi, wywołanie pozytywnych emocji lub będące reakcją na trudności interpersonalne⁴.

Według ICD-10 zamierzone samouszkodzenie, zawarte w kategoriach X60–X84, nie jest odrębnym schorzeniem, a traktowane jest jako objawy następujących zachowań:

- 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, zadzierzgnięcie 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
- X81 Zamierzone samouszkodzenie przez wskoczenie lub położenie się przed ruchomy przedmiot
- X82 Zamierzone samouszkodzenie przez rozbitcie pojazdu mechanicznego
- X83 Zamierzone samouszkodzenie w inny określony sposób
- X84 Zamierzone samouszkodzenie w sposób nieokreślony

⁴ Instytut PWN. Samookaleczenia u dzieci i młodzieży, <http://www.instytutpwn.pl/samookaleczenia-u-dzieci-i-mlodziezy/> [dostęp: 18.05.2020].

Epidemiologia i historia rozpoznania problemu

W państwach cywilizacji zachodniej zjawisko samouszkodzenia 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, wiele przypadków nie jest rejestrowanych⁵.

Do 1938 r. w opinii nie tylko badaczy problemu, ale też społecznej, samouszkodzenia ciała zaliczano do wspólnej grupy z samobójstwami. Zachowania „autodestrukcyjne” – autoagresję traktowano jako dążenie do samozniszczenia. W tymże 1938 r. amerykański psychiatra Karl A. Menninger (1893–1990) w swojej pracy *Man against himself* po raz pierwszy zauważył istotne różnice. Użył określeń „focal suicide” i „partial suicide” (tzw. samobójstwo zogniskowane czy częściowe), które nie oznaczały próby pozbawienia siebie życia, ale próbę zapobiegania samobójstwu. W tamtych czasach autor był pionierem tej myśli, „wyprzedził swój czas”, gdyż jeszcze przez wiele kolejnych lat, myślano inaczej. Aktualnie jednoznacznie stwierdza się, że samookaleczenie jest wołaniem o pomoc, a sprawca nie ma zamiaru popełnić samobójstwa, lecz podświadomie chce go uniknąć. Zadając sobie ból fizyczny, nie odczuwa „ból duszy”.

W 1976 r. wprowadzono pojęcie antysamobójstwa (*antisuicide*), zauważając, że ludzie samookaleczający się chcą sprawić, by „poczuć się żywymi” – walczą z uczuciem depersonalizacji i „umarłego wnętrza”. Gloria Babiker i Lois Arnold wręcz podkreślają kontekst „antysamobójstwa” – osoba, która się okalecza, usiłuje się chronić, walczy o przetrwanie.

Funkcje, doznania, metody samouszkodzenia

Samookaleczenia spełniają poniższe funkcje.

1. Związane z radzeniem sobie i przetrwaniem:

- regulacja napięcia i lęku;
- radzenie sobie z gniewem;
- unikanie.

2. Związane z własną osobą, tożsamością „ja”:

- wzmożenie poczucia autonomii i kontroli;
- odzyskanie poczucia rzeczywistości;
- okazja do zaopiekowania się sobą.

⁵ Fundacja Zobacz Jestem..., op. cit.

3. Związane z radzeniem sobie z własnym doświadczeniem:

- demonstrowanie lub wyrażanie własnych doświadczeń traumatycznych;
- ponowne przeżywanie urazu;
- radzenie sobie z dezorientacją w sferze doznań seksualnych.

4. Związane z karaniem własnej osoby i byciem ofiarą:

- karanie się;
- oczyszczenie;
- karanie prześladowcy.

5. Radzenie sobie z dezorientacją w sferze doznań seksualnych, dotyczące relacji z innymi ludźmi:

- komunikacja;
- karanie innych;
- wywieranie wpływu na zachowanie innych⁶.

Rozładowaniu trudnych emocji (napięcia, gniewu, smutku czy poczucia winy) towarzyszy ulga następująca 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 odczuć przyjemnych (jak np. seks), ale też przykrych (jak np. silny ból). Akt autoagresji to nie tylko forma komunikowania się, demonstrowania lub wyrażania emocji czy wywoływania nacisku na otoczenie, ale też nieco podobnego do towarzyszącego anoreksji zwiększania poczucia niezależności i samokontroli. Jednocześnie takie zachowania umożliwiają wejście w rolę osoby uprawnionej do otoczenia opieką czy troską i utrwalają wzorzec funkcjonowania jako ofiary.

Wśród osób podejmujących zachowania autodestrukcyjne zwykle występują jednocześnie wszystkie wymienione funkcje. Podstawą jest zauważenie problemu i skorzystanie z pomocy psychoterapeuty. Zdarza się, że konieczne jest leczenie farmakologiczne, szczególnie, że wykazano u wielu takich osób niedobór serotoniny, który można zniwelować⁷.

⁶ G. Babiker, L. Arnold, *Autoagresja – mowa zranionego ciała*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002, <https://opoka.org.pl/biblioteka/Z/trans/kultura/autoagresja.html>, <https://docer.pl/doc/ncx80> [dostęp: 6.06.2020]; S. Pawłowska, *Ostre przedmioty – samookaleczenia wśród młodzieży*, „Remedium” 2019, 4(309), s. 15–17.

⁷ A. Eckhardt, *Autoagresja*, Wydawnictwo WAB, Warszawa 1998; A. Suchańska, J. Wycisk, *Samo-uszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia*, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2006; *Uzależnienia behawioralne. Przyczyny autoagresji*, <https://www.uzaleznieniabehawioralne.pl/inne-uzaleznienia/przyczyny-autoagresji/> [dostęp: 18.05.2020].

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: wielkie – występujące najrzadziej (autokastracja, obcięcie kończyny itp.), dokonywane najczęściej w stanie ostrego upojenia alkoholowego, w psychozach; samouszkodzenia stereotypowe (np. rytmiczne uderzanie głową o ścianę) – obserwowane stosunkowo rzadko, towarzyszące też autyzmowi, upośledzeniom umysłowym, psychozom; 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 uszkodzenia ciała (drapanie, rozdrapywanie ran, gryzienie warg), wrywanie włosów, a czasami nawet ich zjadanie. Zdarza się, że 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 śmierci.

Wielu autorów, w tym także z Polski, znajduje związki i wzajemne zależności samookaleczeń z tatuowaniem czy piercieniem, skaryfikacją ciała, depresją, chorobą afektywną dwubiegunową, stwardnieniem rozsianym, padaczką i astmą⁸. Inne badania wprawdzie nie wykazały takich bezpośrednich zależności, ale zauważa się, że wśród osób, które przynajmniej raz w życiu dokonały czynu o charakterze autoagresji, 13,4% z nich miało tatuaże, a 17,3% piercing⁹.

⁸ M. Sokół-Szawłowska, Ł. Świącicki, I. Czyżak, K. Zdziechowska, *Zachowania autoagresywne u osób z zaburzeniami psychicznymi – badanie z udziałem użytkowników portalu społecznościowego*, „Psychiatria Polska” 2015, 49(3), s. 503–516, http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_3_2015/503SokolSzawłowska_PsychiatrPol2015v49i3.pdf [dostęp: 21.10.2020].

⁹ A. Jasek, A. Kostulski, A. Gmitrowicz, *Analiza zależności samookaleczeń i tatuowania w grupie osób prezentujących obie cechy*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2011, 11(4), s. 224–231.

Warto dodać z własnych doświadczeń z życia zawodowego, że problemem, z którym spotykają się raczej tylko pediatrzy i to nieliczni, bo dotyczy małe dzieci, jest rzadko występujące, genetycznie uwarunkowane, zaburzenie przemian metabolicznych puryn prowadzące do letalnej hiperurikemii zwane od nazwisk odkrywców – studenta Michaela Lescha i lekarza Williama Nyhana – zespołem Lesch-Nyhana. Najwyraźniejszą manifestacją kliniczną zespołu są dramatycznie nasilone samouszkodzenia (np. wygryzanie warg, palców rąk).*

* M. Lesch, W.L. Nyhan, *A familial disorder of uric acid metabolism and central nervous system function*, „American Journal of Medicine” 1964, 36, s. 561–570.

Postrzeganie samouszkodzeń przez społeczeństwo (też przez profesjonalistów) – znaczenie Internetu, terapia

Osoba samouszkodzająca się (choćby z pociętą skórą na przedramieniu) jest specyficznie odbierana przez otoczenie:

- bywa postrzegana jako tzw. margines, gdyż skojarzenia z brzydotą, krwią, bliznami budzą niechęć, zażenowanie, czasem pogardę i chęć odizolowania się od takiej osoby;
- jak wskazują liczne badania – także lekarze, psychiatry, psycholodzy, terapeuci i cały personel medyczny dość często 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 podaliśmy, w odróżnieniu od samobójstw, w odniesieniu do samouszkodzeń trudno jest podać ściśle dane epidemiologiczne, gdyż wiele przypadków nie jest rejestrowanych. W Polsce temat samouszkodzeń i zamierzonych przypadków otrucia się 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, u których w rezultacie nie szukały już ponownie pomocy.

Wiadomo jednak, że **częstość zjawiska samookalectania się, zwłaszcza wśród młodzieży, stale narasta**. W Anglii zauważono skalę tego problemu i powołano organizację o nazwie National Self-Harm Network działającą w Internecie¹⁰. Jej zadaniem jest rozpowszechnianie wiedzy, edukowanie społeczeństwa o przyczy-

¹⁰ 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].

nach, 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 lekarzy¹¹. Działa na zasadach znanych w krajach anglosaskich jako GSMP (Guided Self Management Program for Patients)¹².

Każde, nawet najdrobniejsze zauważone objawy autoagresji, sugerują konieczność podjęcia terapii, bo mogą się przekształcać w inne, poważniejsze zaburzenia lub, przy kolejnej próbie samouszkodzenia, doprowadzić do niezamierzonego samobójstwa. Leczenie osoby z zaburzeniami o typie autodestrukcji powinno obejmować całą rodzinę, gdyż zwykle w jej obrębie można ustalić przyczynę. Powinna być prowadzona praca z psychoterapeutą. Bardzo przydatna jest terapia przez twórczość, która pozwala wyrazić swoje wewnętrzne problemy, ale również 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 psychiatry¹³.

Prowadzący stronę internetową niebieskalinia.pl¹⁴ podają, że temat autoagresji jest rzadko poruszany w mass mediach, a nawet w literaturze fachowej, chociaż organizowane są konferencje na temat samookaleczeń u dzieci i młodzieży¹⁵. 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.

¹¹ TacyJakJa.pl – Korzystaj z rzetelnej wiedzy o zdrowiu! Lekarze – pacjentom. Szukaj według schorzenia, <https://tacyjakja.pl/> [dostęp: 5.04.2020].

¹² P.A. Grady, L.L. Gough, Self-Management: A Comprehensive Approach to Management of Chronic Conditions, „American Journal of Public Health” 2014, 104, 8.

¹³ A. Eckhardt, *Autoagresja...*, op. cit.; K. Linowski, I. Wysocki, *Agresja, autoagresja w przemoc w życiu człowieka. Przyczyny, przejawy, przeciwdziałanie i resocjalizacja*, Wydawnictwo Politechniki Radomskiej, Radom 2012, s. 92.

¹⁴ Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” Instytutu Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, <https://www.niebieskalinia.pl/> [dostęp: 5.04.2020].

¹⁵ E. Golbik-Madej, „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].

Problemy psychologiczne związane z nagłą utratą

Ciężka choroba, nagła utrata kogoś bliskiego, własnej sprawności czy – w przypadku niektórych ludzi – majątku, mogą mieć negatywny wpływ na psychikę. Problem ten wielu poznano z autopsji. Nie wszystkim udaje się podźwignąć po utracie. Niektórzy zatrzymują się na etapach pozornej adaptacji do nowej sytuacji życiowej. Zdarza się, że osoby pogrążone w żałobie trwają w depresji utrzymującej się nawet przez 20 lat od śmierci partnera. Są też jednostki, które, pomimo ciężkiej choroby czy trudnych zdarzeń losowych, nie poddają się, przypisując istotne znaczenie nagłej stracie, a po pewnym czasie zauważają możliwość rozpoczęcia nowego, ciekawego okresu życia, czasem rozwoju utajonych do tej pory talentów czy realizacji pasji, a nawet wykonywania innego, interesującego zawodu.

Ważniejsze od tego, by wyzdrowieć,
jest nauczyć się godzić z chorobą i śmiercią¹.

Éric-Emmanuel Schmitt

Przyczyny i fazy przystosowywania się

Doświadczenie nagłej utraty sprawności fizycznej lub rozpoznanie nieuleczalnej choroby jest porównywalne z każdą inną utratą – osoby bliskiej, dorobku życia na skutek klęsk żywiołowych, a dla niektórych – z bankructwem².

¹ É.E. Schmitt, *Oskar i pani Róża*, Społeczny Instytut Wydawniczy „Znak”, 2004, <https://docer.pl/doc/nennv> [dostęp: 21.10.2020].

² L.R. Pool, S.A. Burgard, B.L. Needham i in., *Association of a Negative Wealth Shock With All-Cause Mortality in Middle-aged and Older Adults in the United States*, „JAMA” 2018, 319(13), s. 1341–1350.

Takie sytuacje z reguły następują nagle, gdy człowiek nie jest na nie przygotowany. Są nowe, trudne, lecz należy się do nich przystosować – jest to niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania.

W piśmiennictwie wymieniane są **fazy przystosowywania się**, zarówno do niepełnosprawności, choroby przewlekłej czy innego zdarzenia ocenianego jako strata.

Przybierają kolejne formy, od szoku, zaprzeczania, gniewu, żalu po stracie, aż do akceptacji nowej sytuacji życiowej.

We **wstępnej fazie**, pod wpływem szoku, zwykle pojawia się niewiara w to, co przyszło, próba zaprzeczania faktom i na przykład temu, co mówią lekarze. Charakterystyczne jest poczucie krzywdy, niesprawiedliwości, żalu do świata, co czasem manifestuje się gniewem, a nawet agresją skierowaną do lekarzy, ale też do bliskich. Jest to reakcja naturalna. Niektóre osoby gwałtownie, z wielką energią, poszukują pomocy wszelkimi dostępnymi środkami – stąd ucieczka do niekonwencjonalnych metod leczenia. Ta aktywność pomaga zapomnieć o tragicznych myślach, refleksjach czy działaniu racjonalnym, daje też poczucie, że zrobiło się wszystko. Efektem tak energicznego działania jest zwykle zniechęcenie i zaprzestanie walki.

Stopniowo dochodzi do głosu wiedza, że sprawy są nieodwracalne, co powoduje obniżenie nastroju. Pojawia się wtedy żal po stracie oraz potrzeba opłakiwania. U wielu osób występują problemy ze snem, łaknieniem, mają też nieuzasadnione poczucie winy. Stopniowo człowiek uświadamia sobie, że spędzanie życia na opłakiwaniu straty w niczym nie pomaga, nasila jego cierpienie, które przekłada się na otoczenie.

Te myśli stopniowo wygaszają negatywne emocje, **pojawia się nadzieja na lepsze życie, a z czasem powraca chęć do działania**. Ustąpienie wcześniejszych napięć umożliwia zorientowanie się, co tak naprawdę się stało, co o tym myślał inni, jakie podejmować kolejne, racjonalne już kroki i w jakiej kolejności; pojawiają się nowe pomysły³.

Nagła utrata sprawności jest sytuacją bardzo trudną. Towarzyszy jej pełne przekonanie, że niepełnosprawność czy choroba nie są wpisane w życie osoby nimi doświadczanej.

Warto mieć na uwadze to, iż niektórzy ludzie wciąż pozostają na etapach poprzednich i mogą nigdy nie osiągnąć stanu prawdziwej akceptacji nowego położenia

³ E. Oruba, *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: 12.07.2021].

nia życiowego. Każde oddziaływanie terapeutyczne, rehabilitacyjne należy dostosować do etapu, w którym znajduje się jednostka.

Reakcje na nagłą utratę sprawności są indywidualne i zróżnicowane. Zależą od wyznawanych wartości, celów życiowych, poprzednich doświadczeń z chorobami i medycyną, wieku, etapu życia, ale też cech osobowości i własnych zasobów czy postaw innych ludzi. Z doświadczaniem straty wiąże się pojęcie używane przez Stanisława Kowalika⁴ „strefa utraconego rozwoju”. W obliczu przekreślonych możliwości, szans i planów pojawia się konieczność przeformułowania celów rozwojowych.

Im jest ona większa (im choroba bądź niepełnosprawność bardziej dezorganizuje życie jednostki), tym więcej trzeba włożyć energii (wykorzystać zgromadzone zasoby nie tylko materialne) w przystosowanie się do nowej sytuacji. Zasoby, które były gromadzone dla przyszłego rozwoju, muszą być użyte jako zabezpieczenie przed regresem rozwojowym.

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

Ból po utracie sprawności wiąże się i często zależy od kolejnych, związanych z tą sytuacją, strat życiowych, np. brak możliwości kontynuowania pracy zawodowej, edukacji. Generuje zmianę planów, marzeń, dostępności do różnego rodzaju rozrywk, sportów, dotychczasowego życia kulturalnego, towarzyskiego. Istotna też jest zmiana ról społecznych.

Pomoc

Niektórzy wobec wielości problemów 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 otoczenia, ale też profesjonalistów. Dzięki temu zyskują czas na wzmocnienie wewnętrznych zasobów sił mających wielkie znaczenie ochronne przed zachowaniami ryzykownymi, które mogą się pojawić, np. ucieczka w rozczulanie się nad sobą, roszczeniowość czy uzależnienia. Każda faza odznacza się własną specyfiką, dlatego działania psychologa, jak i całego zespołu leczącego, będą się różniły.

⁴ S. Kowalik, *Osoby niepełnosprawne i psychologiczne aspekty ich rehabilitacji*, w: *Psychologia kliniczna*, t. II, H. Sęk (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.

W kontekście adaptacji do sytuacji straty i akceptacji nowego położenia życiowego konieczna jest 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 te pytania zależy od osoby doświadczanej trudną sytuacją, pod warunkiem, że będzie postrzegała 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 i realna ocena 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, np. wizyta u lekarza, również 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 (swoich zainteresowań, poglądów, poczucia humoru) pomimo utraty, a także zintegrowanie w obrębie własnego „ja”.

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

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

Istotą bycia, odnalezienia się w tej nowej rzeczywistości, jest odrzucenie własnych lęków, zrozumienie i zaakceptowanie siebie, a także przeszkód i blokad rozwojowych⁵.

⁵ P. Wolski, *Utrata sprawności. Radzenie sobie z niepełnosprawnością nabytą a aktywizacja zawodowa*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2010; K. Barłóg, *Trajektoria w analizach cierpienia osób z nagłą utratą sprawności*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska” 2015, XXVIII, 1 (Sectio J).

Problemowe spożywanie alkoholu

Wprowadzenie do problematyki uzależnień

Prawie o każdym człowieku można powiedzieć, że jest uzależniony (zależny). Problematyka dotycząca tego zagadnienia jest szczególnie ważna, a jednocześnie bardzo specyficzna. Właściwie niemal o każdym człowieku można powiedzieć, że jest osobą uzależnioną, co oznacza jedynie, że niemal każdy (a może bezwzględnie każdy) jest od czegoś lub kogoś w sposób dość trwały (lub tylko w dłuższym okresie) zależny. Nasze funkcjonowanie zależy m.in. od tego, w jakim miejscu mieszkamy, w jakim środowisku się wychowaliśmy, ale też jakimi zasobami własnymi dysponujemy, z kim się spotykamy, jakie normy zinternalizowaliśmy (otrzymaliśmy i przyjęliśmy jako własne) w procesie socjalizacji. Nasze funkcjonowanie zależy więc nie tylko od tego, co udało nam się zgromadzić w ciągu naszego życia podczas edukacji, pracy czy relacji z innymi ludźmi, ale też, w jakim stopniu mamy możliwości skorzystać z tych wszystkich zasobów, norm i kapitału społecznego.

Pojęciem „uzależnienie” możemy określać proces, a raczej rezultat procesu, w trakcie którego dochodzi stopniowo do pewnej formy przyzwyczajenia danej osoby do zachowania bądź substancji, a z biegiem czasu – wytworzenia specyficznej relacji w wyniku tego przyzwyczajenia (związku przyczynowo-skutkowego). Przykładowo, kiedy spotkamy się z osobą, która jest dla nas miła, a przy tym spotkaniu odczuwamy dużą przyjemność, to uczucie, którego doświadczamy, może determinować nasze działania w taki sposób, że bezwarunkowo ukierunkowujemy je na ponowne spotkanie z tą osobą, by znowu poczuć się dobrze. Podobnie, jeżeli przebiegniemy kilkanaście kilometrów, fundując naszemu organizmowi „zastrzyk” endorfin, to również możemy być skłonni powielać to zachowanie. Gdy posłuchamy muzyki, która wyciszy nasze emocje, to zapewne w podobnych chwilach będziemy wracać do tego utworu. Jeśli jakieś miejsce w przestrzeni publicznej do-

starcza nam przyjemnych doznań, to będziemy chcieli w tym miejscu przebywać, a dłuższy brak możliwości odwiedzenia takiego miejsca może w nas wzbudzać tęsknotę, smutek.

W związku z tym, że potrafimy się obejść bez trwałego spadku nastroju z powodu braku bezpośredniego kontaktu z osobą, zachowaniem, miejscem lub substancją, możemy mówić o pewnej formie niegroźnego przyzwyczajenia, które nie wpływa zbytnio na nasze codzienne funkcjonowanie.

Właściwe pojęcie uzależnienia, etymologia nazwy

Zdecydowanie inaczej dzieje się jednak w sytuacji długoterminowego regulowania własnych uczuć za pomocą substancji lub pewnych zachowań, które z podobną siłą jak substancje pozwalają manipulować uczuciami. Jeżeli przeżycia, których doświadcza dana jednostka, zaczynają być determinowane przez substancje chemiczne (alkohol, leki, narkotyki i wszelkie inne specyfiki na bazie roślin lub wyprodukowane na drodze syntezy), lub określone zachowania, wówczas mówimy o wytworzeniu się zależności. W sytuacji tej zazwyczaj od przyjęcia danej substancji (lub podjętego zachowania) **zależy samopoczucie**. Zatem **nastrój zależy** od tego co się „wzięło”, wypięło, zrobiło, czyli **przeżywanie jest uzależnione** od jakiegoś środka lub czynności: „jak wypiję kawę, to mam energię”, „jak się napiję, to jestem bardziej śmiały”, „jak zapalę papierosa, to się uspokoję”, „jak sobie coś kupię, to poczuję się pewniej w relacjach”. Wraz z upływem czasu stosowania takiego „wspomagania” osoba korzystająca z pobudzonych w ten sposób możliwości zaczyna zauważać: „bez kawy nie funkcjonuję”, „jak nie wypiję, to nie zatańczę”, „jak nie zapalę, to mnie szlag trafi”, „jak nie wezmę chmury, to nie będę w stanie się bawić”, „jak nie mam nowego ubrania, to nie wyjdę z domu”. Znacząco zaczyna to zmieniać perspektywę doświadczania przez tę osobę otaczającej rzeczywistości.

Piszemy „zmieniać perspektywę”, ponieważ nie jest tak, że faktycznie dana jednostka nie poradzi sobie z codziennymi obowiązkami bez kawy, nie będzie w stanie bez alkoholu płaszać w rytm muzyki, bez papierosa dostanie udaru mózgu lub zawału serca, bez marihuany nie dosłyszysz brzmiającej nuty, a jak nie założy nowej bluzki, nie będzie potrafiła rozmawiać z innymi. Uzależnienie to zatem również pewien rodzaj relacji, jednak specyficznej, a zwłaszcza toksycznej i zazwyczaj wprowadzającej chaos do życia osoby uzależnionej. Według Mariusza Jędrzejko i Anny Kowalewskiej ta dysfunkcyjna relacja to:

stan przewlekłej choroby charakteryzujący się okresowymi stanami abstynencji i nawrotów. Cechą uzależnienia jest dominacja potrzeby przyjęcia dawki substancji psychoaktywnej nad

innymi zachowaniami i potrzebami natury osobistej i społecznej. Uzależnienie charakteryzuje interakcyjność reakcji fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych¹.

Etymologia pojęcia „uzależnienie” (*addiction*) wskazuje, że pochodzi ono od prostszych określeń: *giving over* – dający ponad i *highly devoted* – wysoce oddany, służących opisywaniu stosunku jednostki do innej osoby, do podejmowanych przez nią czynności lub zaangażowania w zachowanie, które może mieć pozytywny bądź negatywny skutek². W naszych rozważaniach można przyjąć, że przyimek „ponad” określa tutaj stosunek do danej substancji (lub zachowania) w relacji do pozostałych wyborów życiowych (pełnionych ról społecznych, przestrzegania zasad, realizacji celów życiowych itd.). Oznacza to, że pragnienie przyjęcia danej substancji psychoaktywnej ma pierwszeństwo przed tymi ważnymi, życiowymi wyborami i zadaniami, np. zaniedbanie rodziny czy pracy zwykle jest ostatnim krokiem w uzależnieniu.

Alkohol

Pojęcie „alkohol” pochodzi prawdopodobnie od jednego z dwóch arabskich słów: *al-kuhl* (antymon, drobny proszek) lub *al-ghoul* (zły duch)³. Biorąc pod uwagę konsekwencje jego nadużywania, ten drugi źródłosłów wydaje się być bardziej adekwatny. Napoje zawierające alkohol towarzyszą ludzkości od pradziejów, co zostało potwierdzone m.in. w tekstach zapisanych pismem klinowym przed kilkoma tysiącami lat, na egipskich papirusach i sumeryjskich piktogramach, a także w *Biblii* i babilońskim *Kodeksie Hammurabiego*, a jego spożywanie potwierdzone zostało we wszystkich społeczeństwach⁴.

W XXI wieku alkohol jest środkiem wysokodochodowym, a wokół jego produkcji skupione są różne podmioty życia społecznego: gospodarcze, polityczne itp.⁵

¹ M. Jędrzejko, A. Kowalewska, *Narkomania – wybrane pojęcia i definicje*, w: M. Jędrzejko (red.), *Narkomania – spojrzenie wielowymiarowe*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR/Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztora, Warszawa–Pułtusk 2009, s. 25.

² S. Sussman, A.N. Sussman, *Considering the Definition of Addiction*, „International Journal of Environmental Research Public Health” 2011, 8, s. 4025.

³ B. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Media Rodzina/Parpamedia, Warszawa 2009, s. 38.

⁴ Ibidem, s. 39–41.

⁵ M. Jedynak, *Alkoholizm jako zjawisko patologiczne i społecznie destruktywne*, w: *Uzależnienia oraz związane z nimi zagrożenia społeczne*, D. Pstrąg (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2014, s. 96–117.

W ostatniej dekadzie obserwowany jest wzrost zagrożeń związanych z alkoholem, do których przyczynia się bardzo dynamiczna reklama napojów alkoholowych oraz powszechna ich dostępność⁶.

Raport WHO

Według raportu WHO z 2018 r. około 2,3 mld ludzi na świecie spożywa alkohol. Jego nadużywanie jest jedną z głównych przyczyn ryzyka utraty zdrowia. W 2016 r. odnotowano ponad 3 mln zgonów mających związek ze szkodliwym spożywaniem alkoholu. Ze wszystkich zgonów powiązanych z jego spożyciem około 28% było skutkiem urazów, 21% zaburzeń trawiennych związanych z konsumpcją alkoholu, 19% chorób sercowo-naczyniowych, a pozostały odsetek zgonów nastąpił w konsekwencji chorób zakaźnych, nowotworów, zaburzeń psychicznych i wielu innych chorób. W 2016 r. alkohol był przyczyną ponad 7% przedwczesnych zgonów (osób poniżej 70. roku życia) w skali globalnej⁷. Jego nadużywanie sprzyja występowaniu licznych problemów społecznych, powoduje także szkodliwe następstwa natury emocjonalnej oraz społeczno-ekonomicznej na poziomie rodziny i społeczeństwa. Ryzykowne wzorce spożywania alkoholu mogą prowadzić do degradacji psychofizycznej oraz licznych szkód zdrowotnych u osób nadużywających go⁸.

Problemy spowodowane nadużywaniem alkoholu, „narzędzia szczęścia” i naruszanie prawa także przez osoby handlujące alkoholem

Współczesne przemiany zachodzące na świecie zaskakują szybkością transformacji, wymuszają trwanie w ciągłej gotowości i potrzebę błyskawicznego dostosowywania się do nowych zasad. Poszukiwanie sposobów redukcji doświadczanych napięć jest zachowaniem naturalnym dla każdego człowieka. Dla jednych doskonałym sposobem będzie reorganizacja dotychczasowego funkcjonowania, dla innych poszukiwanie sposobów pozwalających na doświadczanie natychmiastowej ulgi, dowartościowania, niekiedy zapomnienia. Na liście środków współcześnie stosowanych do redukcji wszelkich stanów dyskomfortu alkohol zajmuje czołową pozycję⁹. Według Jerzego Mellibrudy:

⁶ P. Wyrzykowski, *Rynek napojów alkoholowych*, „Przemysł Spożywczy” 2014, 6(68), s. 9–11.

⁷ *Global status report on alcohol and health 2018*, World Health Organization, Geneva 2018.

⁸ M. Jedynek, *Alkoholizm jako zjawisko patologiczne...*, op. cit.

⁹ M. Frąckowiak, M. Motyka, *Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu*, „Hygeia Public Health” 2015, 2(50), s. 314–322.

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 zniewolenia¹⁰.

Nadużywanie alkoholu, jak i uzależnienie od jego spożywania, implikuje szereg szkód zarówno dla osoby pijącej, jak i żyjących w jej otoczeniu. Za najważniejsze problemy zdrowotne i społeczne związane z nadużywaniem alkoholu uznaje się wymienione poniżej.

Alkohol należy do najbardziej rozpowszechnionych substancji psychoaktywnych wśród młodzieży, także szkolnej, w Polsce, a jego nadużywanie jest główną przyczyną zgonów i inwalidztwa adolescentów. Wielu z nich jest narażonych na różne problemy związane z upojeniem alkoholowym: wypadki (również śmiertelne), konflikty z prawem, zachowania agresywne, większe ryzyko bycia ofiarą przestępstwa, przedwczesną inicjację seksualną, konflikty z rówieśnikami, trudności w nauce, sięganie po inne substancje psychoaktywne. Spożywanie alkoholu w młodym wieku, a zdarza się też u dzieci przed okresem pokwitania, stanowi również przyczynę zahamowania rozwoju emocjonalnego, zaburzeń procesu dojrzewania oraz obniża motywację do wyznaczania sobie celów życiowych¹¹.

Populacja osób pijących ryzykownie i w sposób szkodliwy szacowana jest w naszym kraju na 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 alkoholem¹².

Używanie alkoholu jest często powiązane z łamaniem prawa. Zgromadzone dane potwierdzają również związek między używaniem alkoholu a wypadkami drogowymi¹³.

Główne naruszenia prawa w handlu alkoholem to przede wszystkim: sprzedawanie go osobom niepełnoletnim i nietrzeźwym czy bez wymaganych zezwoleń albo wbrew warunkom określonym w ustawie, nielegalne reklamowanie, zakłócanie po-

¹⁰ J. Mellibruda, Z. Sobolewska-Mellibruda, *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2006.

¹¹ Raport: Młodzież 2018, Fundacja CBOS we współpracy z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2019, <https://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545> [dostęp: 12.07.2021].

¹² M. Frąckowiak, M. Motyka, *Charakterystyka problemów społecznych...*, op. cit.

¹³ J.C. Fell, D.J. Beirness, R.B. Voas i in., *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), s. 771–781.

rządu publicznego w miejscu sprzedaży lub okolicy w związku z nabywaniem alkoholu, jego przemyt lub nielegalna produkcja¹⁴.

Problemy alkoholowe w miejscu pracy wynikają z obecności pracowników będących pod wpływem alkoholu lub pozornie trzeźwych, jednak niesprawnych z powodu wcześniejszego nadużycia alkoholu, wiążą się z pogorszeniem funkcjonowania zawodowego osób pijących w sposób szkodliwy lub uzależnionych od alkoholu. Następuje wzrastająca absencja, pojawiają się trudności z koncentracją, zwiększa się wypadkowość, następuje obniżenie wydajności pracy oraz tworzą się niewłaściwe relacje z innymi pracownikami¹⁵.

Straty ekonomiczne powstają m.in. z tytułu: opieki zdrowotnej, leczenia i prewencji, szkód powstałych w wyniku przestępstw, w tym kosztów działań policji, sądów i zakładów karnych, szkód wynikających z wypadków drogowych, nieobecności w pracy, zaniżonej wydajności oraz bezrobocia¹⁶.

Współuzależnienie, przemoc i sytuacja dzieci
w rodzinie z problemem alkoholowym

Uzależnienie od alkoholu członka rodziny i związane z tym nieprawidłowości jego funkcjonowania wywierają wpływ na pozostałych członków rodziny, powodując u nich problemy zdrowotne, psychologiczne, społeczne i materialne. Dotkliwą konsekwencją życia z osobą uzależnioną może być współuzależnienie, określane jako szkodliwy sposób przystosowania się, utrudniający funkcjonowanie i znacząco ograniczający realistyczną ocenę sytuacji, a tym samym możliwość rozwiązania problemów, zarówno osobistych, jak i całej rodziny. Często osoby współuzależnione nie potrafią zachować się racjonalnie i na przykład przestać się zajmować alkoholem – mężem, żoną czy dorosłym już dzieckiem. U osób współuzależnionych występuje szereg chorób o podłożu psychosomatycznym, problemy emocjonalne, zaburzenia lękowe i depresyjne. Aby poradzić sobie z tego typu dolegliwościami, osoby te nierzadko również zaczynają nadużywać alkoholu lub substancji psychoaktywnych – leków uspokajających czy nasennych¹⁷.

¹⁴ N. Siegfried, C. Parry, *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).

¹⁵ G.M. Ames, J.B. Bennett, *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), s. 175–187.

¹⁶ M.M. Thørrisen, T. Bonsaksen, N. Hashemi i in., *Association between alcohol consumption and impaired work performance (presenteeism): a systematic review*, „BMJ Open” 2019, 9(7).

¹⁷ L. Panaghi, Z. Ahmadabadi, N. Khosravi i in., *Living with Addicted Men and Codependency: The Moderating Effect of Personality Traits*, „Addiction & Health” 2016, 8(2), s. 98–106.

Przemoc może występować w każdym związku, niezależnie od wykształcenia partnerów czy sytuacji ekonomicznej – jednak badania dowodzą, że w rodzinach, w których występuje problem alkoholowy, jest ona zjawiskiem stosunkowo częstym. Dość powszechne bywa przekonanie, że picie alkoholu zwalnia od odpowiedzialności za zachowanie¹⁸.

Szczególnie trudna jest sytuacja dzieci, które wychowują się w rodzinie z problemem alkoholowym. Życie w takiej rodzinie zakłóca ich prawidłowy rozwój – emocjonalny, poznawczy i społeczny. Doświadczanie ciągłego stresu niszcząco wpływa na ich rozwój fizyczny. Występują trudności w dostosowaniu się do środowiska, w którym żyją. Czują się gorsze, mniej wartościowe, nie potrafią zaufać i nawiązywać właściwych relacji z innymi. W rodzinie dysfunkcyjnej występuje brak prawidłowych wzorców, norm i systemu wartości, jakie dzieci powinny nabywać w procesie socjalizacji. Utrwalone w domu rodzinnym schematy zachowań i reakcji emocjonalnych zakłócają ich późniejsze funkcjonowanie w dorosłości. Mówimy wtedy o występowaniu u takich osób syndromu **DDA (dorosłe dzieci alkoholików)**¹⁹.

Nieprawidłowe wzorce spożywania alkoholu

Spożywanie alkoholu, mogące sprzyjać wystąpieniu niekorzystnych konsekwencji, możemy podzielić na: picie ryzykowne, picie szkodliwe oraz uzależnienie.

Picie ryzykowne

Piciem ryzykownym nazywane jest jednorazowe i łączne (w określonym czasie) wypijanie nadmiernych ilości alkoholu niepociągające za sobą negatywnych konsekwencji. Można przypuszczać jednakże, że konsekwencje te pojawią się, o ile obecny model spożycia alkoholu nie zostanie zmieniony. Określenie precyzyjnych kryteriów picia ryzykownego (zwłaszcza ilości i czasu spożycia) budzi wiele pytań i kontrowersji²⁰, najczęściej przyjmuje się jednak, że o takim modelu mówimy, kiedy:

- dzienna konsumpcja czystego alkoholu przekracza u mężczyzn 60 g, a u kobiet 40 g;

¹⁸ C.B. Cunradi, C. Mair, M. Todd, *Alcohol outlet density, drinking contexts and intimate partner violence: a review of environmental risk factors*, „Journal of Drug Education” 2014, 44(1–2), s. 19–33.

¹⁹ A. Werner, K. Malterud, *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, 3, s. 1–11.

²⁰ D.A. Dawson, *Defining risk drinking. Alcohol research & health*, „The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism” 2011, 34(2), s. 144–156.

- częstotliwość picia wspomnianej dawki czystego alkoholu ma miejsce 2–3 razy w tygodniu;
- kiedy co najmniej raz w tygodniu następuje upicie się.
Należy zaznaczyć, że poszczególne rodzaje alkoholi zawierają następujące dawki alkoholu czystego:
- 0,5 litra piwa – 25 g;
- 100 ml wina – 15 g;
- 50 ml wódki – 20 g²¹.

Picie szkodliwe

Taki wzorzec picia, który powoduje już szkody zdrowotne, fizyczne bądź psychiczne, a także psychologiczne i społeczne, przy czym nie jest jeszcze uzależnieniem od alkoholu, nosi nazwę picia szkodliwego²². Szkody zdrowotne spowodowane nadużyciem alkoholu to m.in. wyższe ryzyko zachorowań na nowotwory, zaburzenia sercowo-naczyniowe, choroby układu pokarmowego, problemy seksualne²³. Alkohol spożywany podczas ciąży może spowodować wystąpienie u dziecka alkoholowego zespołu płodowego **FAS** (*fetal alcohol syndrome*)²⁴.

Ponadto długotrwałe spożywanie alkoholu zwiększa możliwość występowania poważnych zaburzeń psychicznych, w tym ciężkiej depresji i zaburzeń lękowych, sprzyja zachowaniom suicydalnym (samookaleczenia, próby samobójcze). Szkodliwe spożywanie alkoholu jest ponadto pozytywnie skorelowane z problemami o charakterze społecznym, takimi jak przemoc domowa, częste wypadki drogowe, zatrucia, upadki, pożary, utonięcie i narażenie na wypadki mechaniczne²⁵. Badania wykazały także, że szkodzi zdrowiu psychicznemu, niekorzystnie wpływa na sprawność umysłową i prowadzi do większego zaangażowania w zachowania wysokiego ryzyka. Spożywanie alkoholu przez osoby młode powoduje również, że nie radzą one sobie z obowiązkami edukacyjnymi²⁶.

²¹ S. Ślaski, *Picie ryzykowne a percepcja reklamy piwa wśród studentów*, „Psychiatria i Psychoterapia” 2014, 10(3), s. 17–27.

²² M. Frąckowiak, M. Motyka, *Charakterystyka problemów społecznych...*, op. cit.

²³ A. Iranpour, N. Nakhaee, *A Review of Alcohol-Related Harms: A Recent Update*, „Addiction & Health” 2019, 11(2), s. 129–137.

²⁴ Y. Kelly, M. Iacovou, M.A. Quigley i in., *Light drinking versus abstinence in pregnancy – behavioural and cognitive outcomes in 7-year-old children: a longitudinal cohort study*, „BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology” 2013, 120(11), s. 1340–1347.

²⁵ J. Rehm, *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), s. 135–143.

²⁶ E. Ansari, W. Stock, C. Mills, *Is alcohol consumption associated with poor academic achievement in university students?*, „International Journal of Preventive Medicine” 2013, 4(10), s. 1175–1188.

Zespół uzależnienia od alkoholu – diagnozowanie, kryteria kliniczne i metody kwestionariuszowe

Zespół uzależnienia od alkoholu, nazywany zamiennie chorobą alkoholową, alkoholizmem bądź uzależnieniem od alkoholu, to zaburzenie polegające na upośledzeniu kontroli nad jego spożywaniem. Problemy z utrzymaniem tej kontroli stanowią podstawę diagnozy zespołu zależności alkoholowej, jednak wieloletnie badania wykazały, iż jest to zaburzenie wieloaspektowe, obejmujące również inne obszary życia człowieka.

W rozpoznaniu problemów związanych z nadużywaniem alkoholu zasadniczą rolę pełni diagnoza nozologiczna, której podstawowym celem jest określenie aktualnego stanu zdrowia danej osoby, jak również ustalenie, czy wymaga ona pomocy terapeutycznej. Utworzono dwa systemy diagnostyczne pozwalające na rzetelną identyfikację osób uzależnionych: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) WHO. Co kilka lat są one uaktualniane.

W maju 2013 r. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne opublikowało piątą wersję klasyfikacji zaburzeń psychicznych (DSM-5). W uaktualnionym wydaniu klasyfikacji występuje kategoria diagnostyczna zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu odnosząca się zarówno do nadużywania alkoholu, jak i uzależnienia od alkoholu, występujących wcześniej jako oddzielne kategorie. Nie zmienia to jednak definiowania uzależnienia od alkoholu jako zespołu somatycznych i behawioralnych objawów, które występują u osób nadużywających alkoholu. W DSM-5 wyróżniono 11 kryteriów diagnostycznych, które powstały na bazie wcześniejszych 7 objawów uzależnienia od alkoholu oraz dodatkowych 4 objawów dotyczących nadużywania alkoholu²⁷.

Kryteria diagnostyczne zespołu uzależnienia od alkoholu (wg ICD-10 i mającej wejść w życie w styczniu 2022 r. – ICD-11)

Aby zdiagnozować zespół uzależnienia, kluczowe jest stwierdzenie występowania co najmniej 3 z 6 przestawionych poniżej objawów, utrzymujących się przez okres jednego roku.

- silne pragnienie lub przymus picia alkoholu (tzw. głód alkoholowy);
- upośledzenie zdolności kontrolowania zachowań związanych z pićciem (upośledzenie zdolności powstrzymywania się od picia, trudności z zakończeniem picia, trudności z ograniczaniem ilości wypijanego alkoholu);

²⁷ M. Frąckowiak, M. Motyka, *Zespół zależności alkoholowej: charakterystyka, fazy rozwoju, metody diagnozowania*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2015, 2(96), s. 315–320.

- fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego w sytuacji ograniczenia lub przerywania picia (drzenie, nadciśnienie tętnicze, nudności, wymioty, biegunka, bezsenność, niepokój, w krańcowej postaci majaczenie, drzenie całego ciała), bądź używanie alkoholu w celu uwolnienia się od objawów abstynencyjnych;
- zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu, potrzeba spożywania zwiększonych dawek dla osiągnięcia oczekiwanego efektu;
- postępujące zaniedbywanie alternatywnych przyjemności lub zainteresowań z powodu picia, wydłużanie czasu potrzebnego na zdobycie alkoholu lub powrót do normy po wypiciu;
- uporczywe picie alkoholu mimo oczywistych dowodów na występowanie szkodliwych następstw picia²⁸.

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, definiowanego jako przewlekłe zaburzenie regulacji używania alkoholu wynikające z ciągłego lub powtarzanego używania substancji, w przyjętej przez WHO w 2019 r. ICD-11 (mającej wejść w życie w styczniu 2022 r.) 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 fakt, że przyjmowanie przedmiotowych substancji staje się aktywnością i zainteresowaniem dominującym nad innymi zainteresowaniami, codziennymi działaniami i obowiązkami, sprawami osobistymi i zdrowotnymi. Podkreśla się także możliwość zmiany tolerancji na dany środek, a także typowe dla danej substancji objawy abstynencyjne (przy przerwaniu lub redukcji używania)²⁹.

²⁸ A. Jakubczyk, *Uzależnienie, picie szkodliwe i ryzykowne – podstawowe definicje w świetle najważniejszych systemów klasyfikacyjnych*, w: M. Wojnar (red.), *Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu*, PARPA, Warszawa 2017, s. 9–10.

²⁹ A. Samochowiec, M. Chęć, Ł. Kołodziej, J. Samochowiec, *Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych?*, „Alcoholism and Drug Addiction” 2015, 28(1), s. 55–63.

Kryteria diagnostyczne zaburzeń używania alkoholu wg klasyfikacji DSM-5

O problemowym spożywaniu alkoholu można mówić przy identyfikacji co najmniej 2 przedstawionych poniżej objawów, utrzymujących się przez okres ostatnich 12 miesięcy:

- picie alkoholu w większych ilościach, częściej lub przez dłuższy czas niż się zamierzało pierwotnie;
- utrzymujący się przez dłuższy czas zamiar lub co najmniej jedna próba przerwania picia bądź picia kontrolowanego;
- poświęcanie znaczącej ilości czasu w celu uzyskania, użycia alkoholu lub dochodzenia do siebie po wypiciu alkoholu;
- głód alkoholu, silna potrzeba jego spożycia;
- powtarzające się używanie alkoholu powodujące niemożność właściwego wypełniania podstawowych obowiązków w pracy, szkole lub w domu;
- uporczywe używanie alkoholu pomimo stałych lub nawracających problemów społecznych czy międzyludzkich, które są skutkiem, lub są nasilane przez działanie substancji;
- znaczne zredukowanie lub zaniechanie aktywności społecznej, zawodowej i rekreacyjnej z powodu picia alkoholu;
- powtarzające się używanie alkoholu w sytuacjach, w których stwarza to fizyczne zagrożenie;
- picie alkoholu mimo wiedzy, że nawracające problemy zdrowotne lub psychiczne są spowodowane bądź zaostrzane przez spożywanie alkoholu;
- potrzeba zwiększania ilości alkoholu, aby osiągnąć pożądany stan intoksykacji, lub znacząco zmniejszony efekt dalszego korzystania z tej samej ilości alkoholu;
- zespół abstynencyjny lub używanie alkoholu (bądź substancji o podobnym działaniu) w celu złagodzenia lub uniknięcia objawów odstawienia³⁰.

Ocena nasilenia objawów uzależnienia od alkoholu przy pomocy Skali Rozwoju Uzależnienia od Alkoholu (SRUA)

Objawy uzależnienia nie występują u wszystkich osób z jednakową intensywnością. Ich częstotliwość i siła zależą od wielu czynników, m.in. czasu nadużywania alkoholu, intensywności, predyspozycji zdrowotnych i innych. Polscy psychoterapeuci Jacek Kasprzak i Barbara Bętkowska-Korpała na podstawie wieloletnich obserwacji opracowali i przedstawili czterostopniową Skalę Rozwoju Uzależnienia od Alkoholu (SRUA), którą prezentujemy poniżej. Skala przedstawia osiowe

³⁰ K.A. Iwanicka, M. Olajossy, *Koncepcje tzw. głodu alkoholu*, „Psychiatria Polska” 2015, 49(2), s. 295–304.

objawy zespołu uzależnienia od alkoholu wg ICD-10, określając intensywność ich występowania³¹.

Tabela 1. Osiowe objawy zespołu uzależnienia od alkoholu wg ICD-10

1. Silna potrzeba picia albo kompulsywne picie alkoholu (głód alkoholu)	
Nasilenie	Opis stanu
0	Utrzymywana jest abstynencja, bądź następuje sporadyczne używanie alkoholu bez towarzyszącego picia napicia.
1	W sytuacjach związanych z piciem alkoholu pojawia się napięcie i ochota, aby napić się, choć obecna jest jeszcze umiejętność powstrzymywania.
2	Pojawia się niepokój i rozdrażnienie w sytuacjach związanych z alkoholem i/lub przedłużającej się abstynencji; oczekiwanie w napięciu na okazję do napicia się.
3	Pojawiają się napięcie i rozdrażnienie oraz towarzyszące im częste myśli o picciu, aktywne poszukiwanie alkoholu, prowokowanie okazji do picia.
4	Przez większość czasu abstynencji utrzymuje się napięcie i rozdrażnienie, któremu towarzyszy natrętne myślenie o picciu i/lub sny alkoholowe wraz z doznaniem zmysłowymi (smak, zapach) i psychofizycznymi, jak po wypiciu alkoholu.
2. Upośledzenie (w rezultacie utrata) kontrolowania zachowań związanych z piciem (rozpoczynania, długości trwania, wypijanej ilości)	
Nasilenie	Opis stanu
0	Kierowanie swoim postępowaniem w kontakcie z alkoholem i osobami pijącymi.
1	Spontanicznie podejmowanie abstynencji, ograniczanie kontaktów z alkoholem (w aspekcie miejsca, osób, ilości, czasu spożywania). Zachowania te poprzedzone są wcześniejszym niekontrolowanym spożyciem alkoholu.
2	Pojawia się trudność w utrzymaniu abstynencji, nawet jeśli są do załatwienia ważne sprawy życiowe. Niedotrzymywanie składanych sobie i innym obietnic powstrzymywania się od picia.
3	Picie alkoholu trwa kilka dni z rzędu. Nawet jeśli są to niewielkie dawki, trudno jest przewidzieć czas rozpoczęcia i zakończenia picia oraz ilości wypijanego alkoholu. Niezwracanie uwagi na czas, miejsce, okoliczności picia.
4	Podjęcie picia alkoholu powoduje każdorazowo utratę kontroli. Czas picia przedłuża się nawet do wielu dni lub tygodni. Osoba pijąca nie zwraca uwagi na czas, miejsce, okoliczności picia alkoholu.

³¹ J. Kasprzak, B. Bętkowska-Korpała, *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; eidem, *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, s. 7–10.

Tabela 1. – cd.

3. Zespół abstynencyjny (z powodu redukcji lub przerwania picia)	
Nasilenie	Opis stanu
0	Spożywanie alkoholu nie wywołuje negatywnych objawów wegetatywnych i psychicznych.
1	Następnego dnia po wypiciu ponadstandardowej (dla danej osoby) dawki alkoholu pojawiają się objawy złego samopoczucia, rozbicia (ból głowy, osłabienie, suchość błon śluzowych, wzmożona potliwość, nudności, wymioty).
2	Następnego dnia po wypiciu ponadstandardowej (dla danej osoby) dawki alkoholu pojawiają się objawy złego samopoczucia, rozbicia (ból głowy, osłabienie, suchość błon śluzowych, wzmożona potliwość, nudności, wymioty) oraz wyraźne oznaki zmian psychicznych (nastój drażliwy lub obniżony, lęki, nadwrażliwość na bodźce).
3	Dolegliwości fizyczne i psychiczne utrzymują się przez kilka dni z rzędu. Pojawia się przemożna potrzeba użycia alkoholu w celu złagodzenia objawów odstawiennych (reintoksykacja).
4	Każdorazowe próby ograniczenia i/lub przerwania picia skutkują pojawieniem się nasilonych objawów abstynencyjnych (fizycznych i psychicznych). Mogą nastąpić powikłania w postaci drgawek lub majaczenia.
4. Występowanie zmienionej tolerancji alkoholu	
Nasilenie	Opis stanu
0	Ilość spożywanego alkoholu nie zmienia się, picie mieści się w granicach rozsądnego używania.
1	Picie częste i coraz większych ilości alkoholu po to, by poczuć jego efekt tak samo, jak dawniej.
2	Picie częste dużych ilości alkoholu. Mimo to pacjent uważa, że po alkoholu może działać równie sprawnie, jak wtedy gdy jest trzeźwy.
3	Wypijanie mniejszych porcji alkoholu niż dawniej i upijanie się szybciej niż inni. Alkohol zaburza wykonywanie codziennych rutynowych czynności.
4	Wypijanie mniejszych porcji alkoholu niż dawniej i upijanie się nawet kilka razy w ciągu dnia.

Tabela 1. – cd.

5. Zawężenie repertuaru zachowań związanych z piciem alkoholu oraz postępujące zaniedbywanie alternatywnych do picia przyjemności, zachowań i zainteresowań. Koncentracja na sprawach związanych z piciem	
Nasilenie	Opis stanu
0	Używanie alkoholu włączone jest w bogaty repertuar zachowań interpersonalnych i doświadczeń intrapsychoicznych.
1	Picie alkoholu w ulubionych miejscach i/lub porach. Przestrzeganie rytuału picia. W zdecydowanej większości przypadków radzenie sobie ze stresem w naturalny sposób (np. omawianie, wysiłek, odpoczynek, relaksacja).
2	Organizowanie łatwego dostępu do alkoholu. Większość rutynowych czynności wykonywanych jest pod wpływem alkoholu. Alkohol staje się głównym źródłem redukcji stresu i/lub stymulowania przyjemnych doznań.
3	Coraz więcej czasu poświęca się na picie alkoholu i/lub na sprawy związane z minimalizowaniem lub usuwaniem szkód spowodowanych piciem. Picie alkoholu dezorganizuje funkcjonowanie fizyczne, psychiczne i społeczne.
4	Picie alkoholu staje się najważniejszym sposobem radzenia sobie z trudnościami życiowymi i/lub zredukowania cierpienia.
6. Picie alkoholu mimo świadomości szkód związanych z piciem	
Nasilenie	Opis stanu
0	Picie alkoholu w ilości niewywołującej zatrucia.
1	Spożywanie takich ilości alkoholu, które powodują występowanie objawów zatrucia i picie po raz kolejny, mimo nieprzyjemnych doznań fizycznych.
2	Picie alkoholu pomimo świadomości dolegliwości fizycznych i psychicznych (objawy AZA) wynikających z jego używania i/lub pomimo jednoznacznych informacji lekarza i/lub rodziny na temat przyczyny złego stanu zdrowia, którą jest alkohol.
3	Występowanie jednoznacznych szkód zdrowotnych wywołanych piciem alkoholu. Lekarz może wskazywać na konieczność utrzymywania abstynencji jako elementu nieodzownego w leczeniu i rehabilitacji danego schorzenia.
4	Picie alkoholu pomimo występowania szkód zdrowotnych bezpośrednio zagrażających życiu pijącego. Cierpienie psychiczne i ból fizyczny związane ze schorzeniem nie wzmacniają motywacji do zaprzestania picia alkoholu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: J. Kasprzak, B. Bętkowska-Korpała, *Ocena nasilenia objawów uzależnienia...*, cz. a, op. cit., s. 4–6; eidem, *Ocena nasilenia objawów uzależnienia...*, cz. b, op. cit., s. 7–10.

Do rozpoznania zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu wykorzystywane są m.in. **metody kwestionariuszowe**. W diagnostyce klinicznej dokonywanej w placówkach leczenia uzależnień, zwłaszcza podczas pierwszego kontaktu z pacjentem, ale także przez lekarzy rodzinnych najczęściej stosowane są testy MAST, CAGE oraz AUDIT.

Test MAST

Test MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) jest kwestionariuszem składającym się z 24 pytań, oceniającym opinie pacjenta na temat spożywania alkoholu, opinie jego rodziny i przyjaciół, problemy spowodowane piciem i objawy uzależnienia od alkoholu³². W praktyce można się spotkać z jego skróconą wersją o nazwie bMAST (The Brief Michigan Alcoholism Screening Test).

W skróconej wersji testu MAST: udzielenie co najmniej 5 twierdzących odpowiedzi na poniższe pytania wskazuje na duże prawdopodobieństwo występowania uzależnienia od alkoholu:

- 1) Czy uważasz, że Twoje picie mieści się w normie i pijesz w taki sam sposób, jak większość ludzi?
- 2) Czy Twoi bliscy uważają, że pijesz więcej niż inni, że przekraczasz normę?
- 3) Czy kiedykolwiek brałeś udział w spotkaniu Anonimowych Alkoholików?
- 4) Czy kiedykolwiek straciłeś związek z ważną dla Ciebie osobą z powodu picia?
- 5) Czy miałeś kiedykolwiek kłopoty w pracy z powodu picia?
- 6) Czy kiedykolwiek z powodu picia zaniedbałeś swoje obowiązki, sprawy rodzinne lub opuściłeś pracę przez kilka dni?
- 7) Czy kiedykolwiek wystąpiły u Ciebie: majaczenie alkoholowe (*delirium tremens*), nasilone drżenia, albo po nadużyciu alkoholu słyszałeś głosy lub widziałeś nieistniejące rzeczy?
- 8) Czy kiedykolwiek z powodu picia zwracałeś się do kogoś z prośbą o pomoc?
- 9) Czy przebywałeś kiedykolwiek w szpitalu z powodu picia?
- 10) Czy byłeś kiedykolwiek zatrzymany za prowadzenie pojazdu pod wpływem alkoholu, lub czy prowadziłeś pojazd po wypiciu alkoholu?³³

Test CAGE

Test CAGE to kolejny z popularnych testów przesiewowych, którego zadaniem jest identyfikacja osób przejawiających wczesne symptomy picia ryzykownego i/lub szkodliwego, a także objawy uzależnienia. Składa się z czterech pytań z dychotomicznymi odpowiedziami (tak lub nie). Jego wypełnienie trwa minutę. Na-

³² J.S. Powers, A. Spickard, *Michigan Alcoholism Screening Test to diagnose early alcoholism in a general practice*, „Southern Medical Journal” 1984, 77(7), s. 852–856.

³³ B. Woronowicz, *Uzależnienia...*, op. cit., s. 130.

zwa testu CAGE (w języku angielskim *cage* to klatka) pochodzi od pierwszych liter najważniejszych słów w poszczególnych pytaniach wersji oryginalnej: *cut* – zredukować; *angry* – zły; *guilty* – winny; *empty* – pusty. Zawiera on następujące pytania:

- 1) Czy zdarzyły się w Pana/Pani życiu takie okresy, kiedy odczuwał(-a) Pan/Pani konieczność ograniczenia swego picia?
- 2) Czy zdarzało się, że różne osoby z Pana/Pani otoczenia denerwowały Pana/Panią uwagami na temat Pana/Pani picia?
- 3) Czy zdarzyło się, że odczuwał(-a) Pan/Pani wyrzuty sumienia lub wstyd z powodu swego picia?
- 4) Czy zdarzało się Panu/Pani, że rano po przebudzeniu pierwszą rzeczą było wypicie alkoholu dla uspokojenia nerwów lub postawienia się na nogi (tzw. picie na pusty żołądek)?

Udzielenie co najmniej dwóch twierdzących odpowiedzi może wskazywać na znaczne prawdopodobieństwo występowania uzależnienia od alkoholu³⁴.

Test AUDIT

Pod koniec XX wieku WHO zaproponowała stosowanie przesiewowego testu AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test), który umożliwia wychwycenie populacji osób pijących w sposób ryzykowny i szkodliwy dla zdrowia. Dotyczy aktualnego poziomu i stylu używania alkoholu, spełnia wymogi ICD-10, jest wystandaryzowany w 6 krajach, uwzględnia dane z badania fizykalnego oraz poziom gamma-glutamylotransferazy (GGT)³⁵. Składa się z dwóch części, czyli wywiadu alkoholowego i badania klinicznego:

Część A. Wywiad alkoholowy

1. Jak często pije Pani/Pan napoje zawierające alkohol?
 - (0) nigdy
 - (1) raz w miesiącu lub rzadziej
 - (2) dwa–cztery razy w miesiącu
 - (3) dwa–trzy razy w tygodniu
 - (4) cztery lub więcej razy w tygodniu
2. Ile porcji alkoholu wypija Pani/Pan w ciągu całego dnia, w którym Pani/Pan pije?
 - (0) jedną–dwie
 - (1) trzy–cztery
 - (2) pięć–sześć

³⁴ W. Nerys, *The CAGE questionnaire*, „Occupational Medicine” 2014, 64(6), s. 473–474.

³⁵ B. Woronowicz, *Uzależnienia...*, op. cit., s. 126–129.

- (3) siedem–dziewięć
 - (4) dziesięć lub więcej
3. Jak często zdarza się Pani/Panu wypić w ciągu jednego dnia sześć lub więcej porcji?
- (0) jeden–dwa razy
 - (1) trzy–cztery razy
 - (2) pięć–sześć razy
 - (3) siedem–dziewięć razy
 - (4) dziesięć lub więcej razy
4. Jak często, w ciągu ostatniego roku, miała Pani/miał Pan trudności w przzerwaniu rozpoczętego picia?
- (0) jeden–dwa razy
 - (1) trzy–cztery razy
 - (2) pięć–sześć razy
 - (3) siedem–dziewięć razy
 - (4) dziesięć lub więcej razy
5. Jak często, w ciągu ostatniego roku, zdarzało się Pani/Panu w związku z piciem alkoholu zrobić coś niewłaściwego, co naruszyło przyjęte w Pani/Pana środowisku normy postępowania?
- (0) jeden–dwa razy
 - (1) trzy–cztery razy
 - (2) pięć–sześć razy
 - (3) siedem–dziewięć razy
 - (4) dziesięć lub więcej razy
6. Jak często, na przestrzeni ostatniego roku, zdarzyło się Pani/Panu wypić rano alkohol dla „odzyskania formy” po wczorajszym picciu?
- (0) jeden–dwa razy
 - (1) trzy–cztery razy
 - (2) pięć–sześć razy
 - (3) siedem–dziewięć razy
 - (4) dziesięć lub więcej razy
7. Jak często, na przestrzeni ostatniego roku, miała Pani/miał Pan wyrzuty sumienia lub poczucie winy w związku z piciem alkoholu?
- (0) jeden–dwa razy
 - (1) trzy–cztery razy
 - (2) pięć–sześć razy
 - (3) siedem–dziewięć razy
 - (4) dziesięć lub więcej razy
8. Jak często, na przestrzeni ostatniego roku, miała Pani/miał Pan trudności z odtworzeniem wydarzeń, jakie miały miejsce podczas picia?
- (0) jeden–dwa razy
 - (1) trzy–cztery razy
 - (2) pięć–sześć razy
 - (3) siedem–dziewięć razy
 - (4) dziesięć lub więcej razy

9. Czy kiedykolwiek doznała Pani/doznał Pan urazu fizycznego lub spowodował/a uraz u innej osoby, a miało to związek z pićem przez Panią/Pana alkoholu?
- (0) nie
 - (2) tak, ale nie na przestrzeni ostatniego roku
 - (4) tak, w ostatnim roku
10. Czy ktokolwiek z Pani/Pana bliskich, przyjaciół, znajomych, a może lekarz czy inny pracownik służby zdrowia interesował się Pani/Pana pićem lub sugerował ograniczenie pićia alkoholu?
- (0) nie
 - (2) tak, ale nie na przestrzeni ostatniego roku
 - (4) tak, w ostatnim roku

Część B. Badania kliniczne

Urazy fizyczne

1. Czy doznała Pani/doznał Pan urazów głowy po 18. roku życia?
- (3) tak
 - (0) nie
2. Czy doznała Pani/doznał Pan jakiegokolwiek złamania kości po 18. roku życia?
- (3) tak
 - (0) nie

Badanie fizykalne

3. Zaczerwienienie spojówek
- (0) nie stwierdza się
 - (1) słabo nasilone
 - (2) średnio nasilone
 - (3) znacznie nasilone
4. Odbiegające od normy unaczynienie skóry
- (0) nie stwierdza się
 - (1) słabo nasilone
 - (2) średnio nasilone
 - (3) znacznie nasilone
5. Drżenie rąk
- (0) nie stwierdza się
 - (1) słabo nasilone
 - (2) średnio nasilone
 - (3) znacznie nasilone
6. Drżenie języka
- (0) nie stwierdza się
 - (1) słabo nasilone
 - (2) średnio nasilone
 - (3) znacznie nasilone
7. Powiększenie wątroby
- (0) nie stwierdza się
 - (1) słabo nasilone

- (2) średnio nasilone
- (3) znacznie nasilone
- 8. Wartości gamma-glutamylotransferazy
 - (0) poniżej średniej wartości normy (<30 JU/l)
 - (1) powyżej średniej wartości normy (30–50 JU/l)
 - (3) powyżej normy (>50 JU/l)

Interpretacja wyników:

- osoby, które uzyskały 8 lub więcej punktów, wymagają dodatkowych badań diagnostycznych;
- osoby, które miały podwyższone wyniki w trzech pierwszych skalach, przy niepodwyższonych wynikach w pozostałych, uznaje się za osoby pijące w sposób ryzykowny;
- podwyższone wyniki w skalach 4–6 pozwalają podejrzewać uzależnienie;
- podwyższone wyniki w pozostałych skalach przemawiają za piciem szkodliwym.

AUDIT jest tylko testem przesiewowym, a nie diagnostycznym. Daje jedynie ogólną orientację w problemie i dlatego powinien być uzupełniany obserwacją kliniczną³⁶.

Test baltimorski

W celu uzyskania orientacji na temat skali problemu alkoholowego można się również posłużyć testem, który powstał w szpitalu Johns Hopkins University w Baltimore, w USA. Zdaniem jego autorów, w przypadku udzielania rzetelnych odpowiedzi, uzyskanie jednej twierdzącej powinno być ostrzeżeniem przed zagrożeniem wystąpienia uzależnienia. 2 twierdzące odpowiedzi świadczą z dużym prawdopodobieństwem o uzależnieniu, natomiast 3 oznaczają definitywnie uzależnienie od alkoholu. Test zawiera następujące pytania:

- 1) Czy pijesz w pracy?
- 2) Czy Twoje picie wpływa niekorzystnie na życie domowe?
- 3) Czy pijesz dlatego, że jesteś nieśmiały wobec innych?
- 4) Czy picie wpłynęło na pogorszenie Twojej opinii w oczach otoczenia?
- 5) Czy miałeś kiedykolwiek wyrzuty sumienia z powodu picia?
- 6) Czy miałeś kiedykolwiek kłopoty finansowe na skutek picia?
- 7) Czy Twoje picie jest powodem zmartwień rodziny?
- 8) Czy pijąc, stałeś się mniej ambitny?

³⁶ J.C. Higgins-Biddle, T.F. Babor, *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), s. 578–586.

- 9) Czy odczuwasz potrzebę picia codziennie o tej samej porze?
- 10) Czy jest Ci obojętne, z kim pijesz?
- 11) Czy po piciu jednego dnia odczuwasz potrzebę wypicia nazajutrz?
- 12) Czy zauważyłeś, że na skutek picia zmniejszyła się Twoja sprawność fizyczna bądź umysłowa?
- 13) Czy picie wpływa negatywnie na Twoją pracę zawodową bądź inne działania poza pracą?
- 14) Czy z powodu picia masz problemy ze snem?
- 15) Czy pijąc, chcesz uciec od kłopotów?
- 16) Czy zdarza się, że pijesz samotnie?
- 17) Czy pijąc, tracisz pamięć i nie wiesz, gdzie byłeś i co robiłeś?
- 18) Czy pijesz, aby wzmocnić pewność siebie?
- 19) Czy w związku z piciem byłeś kiedykolwiek w szpitalu, w izbie wytrzeźwień, ambulatorium itp.?³⁷

Typologie uzależnienia

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 cech³⁸.

Typologia wg E. M. Jellinka

Jedną z najsłynniejszych typologii została przygotowana w latach 60. XX wieku przez Erwina M. Jellinka, który wyróżnił następujące typy alkoholizmu:

- Typ Alfa. Określa uzależnienie od alkoholu oparte wyłącznie na czynnikach psychologicznych. Występuje u osób o niskiej tolerancji na napięcia, stres, frustrację. Osoby z tym typem uzależnienia sięgają po alkohol w sytuacjach, w których mają poczucie, że sobie nie radzą. Używają alkoholu, aby dodać sobie odwagi, zapomnieć o problemach, uśmierzyć ból psychiczny lub fizyczny.
- Typ Beta. Nie jest łączony z uzależnieniem fizycznym i psychicznym (zdaniem Jellinka przyczyny sięgania po alkohol są wynikiem wpływu sytuacji społecznych, panujących obyczajów, norm środowiskowych).
- Typ Gamma. Chroniczny i progresywny rodzaj choroby uznany za najbardziej typowy rodzaj zaburzenia. Rozpoczyna się od fazy uzależnienia psychicznego

³⁷ B. Woronowicz, *Uzależnienia...*, op. cit., s. 131–132.

³⁸ T.F. Babor, *The Classification of Alcoholics: Typology Theories From the 19th Century to the Present*, „Alcohol Health and Research World” 1996, 20(1), s. 6–14.

i prowadzi do zależności fizjologicznej. Utrata kontroli nad ilością, częstością, jakością wypijanego alkoholu następuje wraz ze wzrostem tolerancji, doprowadzając w momentach odstawienia używki do silnych objawów abstynencyjnych. W późniejszej fazie choroby objawy te nasilają się, a w wyniku przystosowania metabolizmu komórkowego do alkoholu spada tolerancja na alkohol.

- Typ Delta. Dotyczy osób, które potrafią kontrolować swoje picie, ale nie są zdolne do powstrzymania się od jego spożywania. Zdaniem autora ten typ alkoholizmu pojawia się głównie w środowiskach, krajach, w których ludzie piją codziennie niewielkie ilości alkoholu. Szkody tu narastają powoli i są właściwie niezauważalne.
- Typ Epsilon. Forma upijania się jednostek, które na co dzień nie odczuwają pragnienia alkoholu i wskutek tego potrafią nie pić przez długi czas. Inaczej ten typ określany jest mianem dipsomanii³⁹.

Typologia według R. C. Cloningera

Robert C. Cloninger wyróżnił inne dwa typy alkoholizmu:

- Typ I. Uwarunkowany genetycznie oraz środowiskowo jest problemem pierwotnym, dotyczy najczęściej osobowości neurotycznej, schizoidalnej, biernej, depresyjnej i perfekcjonistycznej. Jest typowy dla większości kobiet, ale występuje również u mężczyzn, rozpoczyna się zazwyczaj po 25. r.ż. Uzależnienie powstaje bardzo szybko, charakterystyczne jest picie ciągami z długimi okresami abstynencji, krytycyzm pozostaje zachowany i jest pogłębiany przez poczucie winy oraz objawy depresyjne. Występują częste powikłania somatyczne i psychiczne. Alkoholizm w rodzinie raczej nie występuje.
- Typ II. Uwarunkowany genetycznie (np. pijący dziadek, ojciec) charakteryzuje osoby, u których alkoholizm rozwinął się wtórnie na bazie zaburzeń osobowości. Występuje przy typie osobowości ekstrawertywnej, impulsywnej, asocjalnej, częściej obserwowany u mężczyzn. Początek uzależnienia rozpoczyna się w okresie adolescencji, trudno zaobserwować objawy uzależnienia pomimo długotrwałego i nadmiernego picia, a także wyodrębnić ciągi i okresy abstynencji. Występuje powierzchowny krytycyzm wobec alkoholu bądź jego zupełny brak. Powikłania zdrowotne występują rzadziej i w późniejszym czasie⁴⁰.

³⁹ E.M. Jellinek, *Alcoholism, a genus and some of its species*, „Canadian Medical Association Journal” 1960, 83(26), s. 1341–1345.

⁴⁰ C.R. Cloninger, S. Sigvardsson, M. Bohman, *Type I and Type II Alcoholism: An Update*, „Alcohol Health and Research World” 1996, 20(1), s. 18–23.

Typologia według O. M. Lescha

Otto M. Lesch, w latach 90. XX wieku wprowadził jeszcze inną typologię, w której opisał 4 typy uzależnienia od alkoholu w korelacji z innymi zaburzeniami psychicznymi:

- Typ 1, uwarunkowany predyspozycjami genetycznymi – okazjonalne używanie przechodzi w nawyk, występuje szybka utrata kontroli picia, alkohol jest spożywany w celu redukcji objawów odstawienia. Zauważalny brak motywacji do leczenia.
- Typy 2 i 3 dotyczą osób spożywających alkohol w celu uśmierzania objawów neurotycznych bądź psychotycznych. Typ 2 (lękowy) to osoby spożywające alkohol w celu redukcji lęku, w ich wypadku alkohol jest używany w okolicznościach powodujących dyskomfort (zwłaszcza w sytuacjach konfliktowych). Typ 3 (depresyjny) to używający alkohol dla poprawy nastroju i ze względu na jego nasenne działanie.
- Typ 4 (tzw. organiczny) występuje u osób z uszkodzeniami OUN, które nadużywają alkoholu od wczesnych lat swojego życia⁴¹.

Fazy rozwoju uzależnienia od alkoholu

Uzależnienie od alkoholu jest procesem rozłożonym w latach. Według E.M. Jellinka rozwija się zwykle w czterech etapach (fazach).

Tabela 2. Fazy rozwoju uzależnienia od alkoholu

Faza	Charakterystyka
wstępna (przedalkoholowa, objawowa)	<ul style="list-style-type: none"> • picie w celu uzyskania ulgi • wzrost tolerancji na alkohol
ostrzegawcza (zwiastunowa)	<ul style="list-style-type: none"> • pojawienie się palimpsestów (zaburzeń pamięci) • coraz większa koncentracja na alkoholu • spożywanie alkoholu w ukryciu przed innymi • organizowanie okazji do wypicia • doświadczanie poczucia winy w związku z piciem • unikanie rozmów na tematy związane z piciem alkoholu
krytyczna (ostra, krzyżowa)	<ul style="list-style-type: none"> • upośledzenie lub utrata kontroli nad piciem • występowanie tzw. głodu alkoholu • racjonalizowanie i usprawiedliwianie picia • obwinianie otoczenia i reagowanie agresją na uwagi

⁴¹ O.M. Lesch, J. Kefer, S. Lentner i in., *Diagnosis of Chronic Alcoholism – Classificatory Problems*, „Psychopathology” 1990, 23, s. 88–96.

Tabela 2. – cd.

Faza	Charakterystyka
krytyczna (ostra, krzyżowa) cd.	<ul style="list-style-type: none"> • narzucanie sobie okresów abstinencji • podejmowanie prób zmiany wzorca picia (czas, miejsce, rodzaj alkoholu) • coraz intensywniejsze wyrzuty sumienia • zaniedbywanie obowiązków i ról życiowych • wyraźne zawężenie zainteresowań • samooszukiwanie (tworzenie uzasadnień swojego picia) • koncentrowanie życia na alkoholu • zaniedbywanie regularności posiłków • osłabienie popędu seksualnego • epizody zazdrości (urojenia)
chroniczna (przewlekła)	<ul style="list-style-type: none"> • okresy wielodniowego picia • osłabienie zasad i norm • zaburzenia myślenia i zdolności oceny sytuacji • spożywanie alkoholi niekonsumpcyjnych • spadek tolerancji na alkohol • wyraźne drżenia (tremor) • możliwość jednoczesnego wystąpienia zaburzeń somatycznych i psychicznych

Źródło: B. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Media Rodzina/Parpamedia, Warszawa 2009, s. 38.

Koncepcje psychologicznych mechanizmów uzależnienia

Zdaniem autora koncepcji psychologicznych mechanizmów uzależnienia – Jerzego Mellibrudy, są one uaktywniane wskutek intensywnego oddziaływania alkoholu i stanowią podstawowe przyczyny jego nadużywania oraz są zasadniczym powodem przerywania prób abstinencji. Są aktywizowane przez nieprzyjemne stany emocjonalne i doświadczenia związane ze stresem oraz przez specyficzne okoliczności zewnętrzne. Wewnętrzne czynniki aktywizujące te mechanizmy to: uszkodzenia organizmu oraz choroby somatyczne i psychiczne, deficyty umiejętności życiowych, destrukcyjna orientacja życiowa. Do zewnętrznych natomiast należą: sytuacje podwyższonego ryzyka, trwałe zaburzenia w relacjach społecznych, konsekwencje społeczne nadużywania alkoholu. Mechanizmy te to przedstawione poniżej: nałogowe regulowanie emocji, iluzja i zaprzeczanie, mechanizm rozpraszenie i rozdawanie „Ja”⁴².

⁴² J. Mellibruda, *Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 1997, 3(28), s. 277–306.

Mechanizm iluzji i zaprzeczania

Osoby uzależnione najczęściej nie wiedzą, co jest prawdą a co fałszem w związku z ich piciem 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 nieuświadamiany przez jednostkę mechanizm psychologiczny. Najczęściej widoczne zniekształcenia poznawcze to:

- **proste zaprzeczanie** (problemom związanym z piciem);
- **minimalizowanie** (konsekwencji nadużywania alkoholu);
- **obwinianie** (innych o swoje zachowania związane z piciem alkoholu);
- **racjonalizowanie** (usprawiedliwianie picia);
- **intelektualizowanie** (traktowanie problemów alkoholowych w sposób abstrakcyjny, za pomocą uogólnień, spekulacji intelektualnych);
- **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, sytuacji i poprzestanie na przeżywaniu przyjemnych doznań towarzyszących tym marzeniom)⁴³.

Mechanizm nałogowej regulacji uczuć

Dla osoby uzależnionej alkohol z biegiem czasu staje się podstawowym źródłem uczuć. Powtarzające się doświadczenia „korzystnego” działania alkoholu sprawiają, że naturalne sposoby wywoływania u siebie przyjemnych doznań stają się mniej atrakcyjne, ponieważ wymagają najczęściej wysiłku i zdarzają się okazjonalnie. Alkohol natomiast w bardzo szybkim czasie zapewnia możliwość manipulowania uczuciami i błyskawiczną zamianę złego samopoczucia na dobre. Rozwijające się przyzwyczajenie (**zależność**) do natychmiastowej ulgi zamiast czasochłonnego znoszenia stanów przykrych powoduje, że z biegiem czasu zmniejsza się tolerancja na cierpienie. U osoby uzależnionej nawet niewielkie niedogodności wywołują silne emocje i powodują nieadekwatne reakcje, kończące się gniewem, wstydem, wyrzutami sumienia itp. To z kolei stanowi bodziec do sięgania po alkohol w celu uzyskania szybkiej ulgi.

⁴³ Ibidem, s. 290–291.

Etapy rozwoju mechanizmu nalogowego regulowania uczuć:

- odkrycie, że spożywanie alkoholu wywołuje przyjemne doznania;
- alkohol staje się głównym źródłem takich doznań;
- konsekwencje picia prowadzą do przeżywania stanów nieprzyjemnych;
- sięganie po alkohol po to, by złagodzić cierpienie i doznać doraźnej ulgi⁴⁴.

Mechanizm rozdwojonego i rozproszonego „Ja”

Mechanizm rozdwojonego i rozproszonego „Ja” jest odpowiedzialny za uszkodzenia struktury psychicznej, ważnej dla całego funkcjonowania osobowości. Dotyczą one zasadniczych funkcji struktury „Ja”, którymi są utrzymywanie poczucia tożsamości, indywidualności, poczucia kompetencji i wpływu na własne postępowanie, a także poczucia własnej wartości i sensu życia.

Uszkodzenie struktury „Ja” u osoby uzależnionej dotyczy:

- rozdawiania „Ja” – tworzenia biegunowych wersji siebie („Ja” pijane – z poczuciem bezwartościowości / „Ja” trzeźwe – z poczuciem mocy), uniemożliwiających adekwatny osąd kontrolowania picia i utrudniających podjęcie decyzji o leczeniu;
- rozpraszenia granic „Ja” jest ważną przyczyną nieskuteczności standardów moralnych u osób uzależnionych (rozpraszenie się granic „Ja” sprzyja zatraceniu granic postępowania zgodnego z tymi standardami, co ułatwia osobie uzależnionej unikanie poczucia winy i utrudnia sprawowanie kontroli moralnej nad niewłaściwymi zachowaniami);
- wyrażenia „Ja” przejawiającego się poczuciem pustki, bezcelowości życia, brakiem hierarchii wartości, a przy tym motywacji do wprowadzania zmian i utratą dotychczasowych standardów moralnych⁴⁵.

Występowanie problemów związanych z nadużywaniem alkoholu wpłynęło na podjęcie licznych strategii mających na celu zapobieganie ich występowaniu bądź częściową ich redukcję. Strategie te to m.in.: terapia uzależnień wzorowana na Modelu Minnesota, oddziaływanie wspólnoty Anonimowych Alkoholików (Alcoholics Anonymous – AA) i klubów abstynenta, redukcja szkód, farmakoterapia, oddziaływanie środowisk kościelnych oraz metody niekonwencjonalne.

⁴⁴ Ibidem, s. 288–289.

⁴⁵ Ibidem, s. 293–296.

Kobiety i mężczyźni a reakcja na alkohol – różnice

Przeciętnie kobiety wypijają mniej alkoholu niż mężczyźni i doświadczają mniej problemów z tego powodu, jednak alkohol działa na organizm kobiety bardziej toksycznie niż mężczyzny z następujących powodów:

- mniejsza masa ciała kobiety powoduje, że ta sama porcja alkoholu spożyta przez mężczyznę wywołuje znacznie słabszy efekt (jakby wypił tylko 40% tego co wypila kobieta);
- ciało kobiety zwykle zawiera więcej tkanki tłuszczowej, co jest przyczyną tego, że ta sama dawka alkoholu zostaje rozpuszczona w mniejszej ilości płynów ustrojowych, co zwiększa jego stężenie;
- w żołądku kobiet znajduje się znacznie mniej enzymów metabolizujących alkohol niż u mężczyzn, co sprawia, że do wątroby kobiety dociera więcej alkoholu, powodując nieodwracalne zmiany; występują one po krótszym czasie picia i po mniejszych dawkach niż u mężczyzn;
- zwiększona ilość estrogenów u kobiet przyspiesza wchłanianie alkoholu z przewodu pokarmowego⁴⁶.

W związku z tym u kobiet nadużywających alkohol:

- dochodzi do szybszych zaburzeń pracy mózgu, zakłóceń zdolności psychomotorycznych takich, jak radzenie sobie z czynnościami złożonymi (np. jazda samochodem);
- szybciej dochodzi do zaburzeń funkcji poznawczych;
- dochodzi do dysfunkcji układu hormonalnego (zaburzenia cyklu miesięczkowego);
- pijące w sposób ryzykowny należą do grupy ryzyka zachorowania na raka sutka;
- dochodzi do wypłukiwania wapnia z organizmu, prowadząc do zaburzeń w metabolizmie witaminy D, co skutkuje m.in. częstszą niż u pijących mężczyzn osteoporozą;
- dochodzi do braku zainteresowania seksem lub też pozornego podniecenia, ale z faktyczną oziębłością płciową, niemożnością przeżywania orgazmu;
- nawet w niewielkich dawkach może powodować, częściej niż u mężczyzn, zaburzenia nastroju, takie jak lęki czy depresja;
- w okresie ciąży jest przyczyną poronień, przedwczesnych porodów, działania toksycznego na płód i może powodować jego obumarcie oraz liczne wady.

⁴⁶ J. Fudała, *Kobiety i alkohol*, Parpamedia, Warszawa 2007.

Wyraźny wzrost konsumpcji alkoholu, widoczny wśród młodych Polek mieszkających w dużych miastach, może wynikać z następujących powodów:

- z aktywności kobiet podejmujących stresogenne zadania zawodowe, które często muszą jednocześnie godzić z obowiązkami domowymi;
- z modelu funkcjonowania w dużych korporacjach, który zakłada, że najlepiej odstresować się alkoholem; sprzyjają temu częste spotkania firmowe;
- ze spożywania alkoholu indywidualnie w domu, np. w ramach „nagrody po ciężkim dniu”.

Sygnalem ostrzegawczym, który powinna kobieta sama zauważyć, są nieudane próby odstawienia alkoholu nawet na kilka dni. Innym jest zaniedbywanie swoich zainteresowań na rzecz alkoholu. Do takich sygnałów należy także pogarszający się stan zdrowia, w tym wyniki badań laboratoryjnych wskazujące na uszkodzenie wątroby. Kobiety też często dostrzegają pogorszenie wyglądu – widzą, że są spuchnięte i to też jest dla nich bodziec do odstawienia alkoholu⁴⁷.

Nadmiernie pijące kobiety stają się częściej od nadmiernie pijących mężczyzn ofiarami urazów, wypadków, gwałtów, nadużyć seksualnych czy przemocy fizycznej. Upijanie się zwiększa ilość zachowań ryzykownych, m.in. seksualnych, co powoduje zwiększone zagrożenie przemocą seksualną, niechcianą ciążą i różnymi zakażeniami⁴⁸.

Szkody zdrowotne u kobiet można zaobserwować już wtedy, gdy wypija ona dziennie więcej niż dwie standardowe porcje alkoholu (tj. piwo 0,5 l lub kieliszek wina 200 ml czy 60 ml wódki). U kobiet wypijanie 3 standardowych porcji alkoholu dziennie prowadzi do zaburzeń tego typu, natomiast u mężczyzn zaburzenia w stanie zdrowia pojawią się zwykle dopiero przy wypijaniu 10 i więcej porcji czystego alkoholu dziennie.

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 rośnie⁴⁹.

⁴⁷ J. Fudała, *Bezpieczne picie alkoholu*, <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/69551,bezpieczne-picie-alkoholu> [dostęp: 31.05.2020].

⁴⁸ Kobiety i alkohol. Jak piją kobiety? <http://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzalenie/kobiety-i-alkohol> [dostęp: 30.05.2020].

⁴⁹ Jak piją Polki? W Polsce może być nawet 1,5 mln kobiet uzależnionych od alkoholu, <http://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzalenie/kobiety-i-alkohol> [dostęp: 31.05.2020].

Bariery w leczeniu alkoholizmu u kobiet

W leczeniu alkoholizmu u kobiet pojawiają się dwa rodzaje barier:

1. Wewnętrzne:

- kobiety nie uważają alkoholu za główny problem, natomiast są zwykle przekonane, że picie to reakcja na kryzys i kłopotliwą sytuację społeczną;
- odczuwają lęk przed społecznym napiętnowaniem;
- obawiają się opuszczenia przez partnera lub utraty dzieci;
- doświadczają uczucia winy i wstydu.

2. Zewnętrzne:

- zachowanie rodziny i przyjaciół – niemówienie osobie nadużywającej alkoholu o problemie, zaprzeczanie;
- sprzeciw członków rodziny wobec konieczności terapii, ale też ich izolacja; rozpad więzi rodzinnych (część kosztów społecznych);
- nieufność kobiet wobec zasadności kierowania na leczenie; kobiety rzadziej korzystają ze skierowań lekarzy, instytucji prawnych lub pracodawcy;
- kobieta zwracająca się o pomoc – wobec niedostatecznych kwalifikacji pracowników ochrony zdrowia w zakresie leczenia alkoholizmu – rezygnuje z terapii i ponownie nie poprosi o pomoc;
- niedostateczna liczba programów przeznaczonych specjalnie dla kobiet;
- braki w zasobach finansowych (niski dochód), co związane jest np. z nieumożliwieniem zapewnienia opieki nad dziećmi podczas leczenia⁵⁰.

Problemy zdrowotne u osób nadużywających alkoholu

Szacuje się, że nadużywanie alkoholu skraca życie średnio o 16 lat, ponieważ:

- alkohol jest przyczyną wielu chorób, które u osób pijących często mają odmienny obraz niż u niepijących, co często stwarza problemy diagnostyczne;
- zwykle uzależnieni zgłaszają się 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 wypadki ze skutkami śmiertelnymi);

⁵⁰ E. Włodarczyk, *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]; LJ. Beckman, *Przeszkody w leczeniu alkoholizmu u kobiet*, <http://docplayer.pl/46254688-Zrodlo-alcohol-alert-nr-46-grudzien-1999-national-institute-on-alcohol-abuse-and-alcoholism.html> [dostęp: 6.06.2020].

- 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 centralnego i obwodowego układu nerwowego**, które występują u każdej uzależnionej osoby, choć w różnym stopniu:

- prawdopodobieństwo **udar** niedokrwiennego jest 1,6-raza większe, a krwotocznego ponad dwukrotnie, niż u osób niepijących;
- ryzyko krwawień rośnie głównie ze względu na większą częstość urazów głowy (zaburzenia koordynacji ruchowej, wyłączanie odruchów minimalizujących skutki urazu);
- u osób uzależnionych częściej obserwuje się **nieprawidłowe krzepnięcie 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;
- regularne spożywanie alkoholu powoduje u 30% osób uzależnionych **zanik robaka mózdzku** objawiający się:
 - niepewnym, chwiejnym chodem z szeroko rozstawionymi stopami (tzw. chód na szerokiej podstawie);
 - zaburzeniami równowagi;
 - nieźornością ruchów;
 - drżeniem rąk utrzymującym się nawet w okresie długotrwałej abstynencji;
 - uośledzeniem wykonywania szybkich, skoordynowanych ruchów (gesty stają się niezgrabne i nadmiernie „zamaszyste”);
 - możliwymi problemami z mową w postaci tak zwanej mowy skandowanej, modulacji przypominającej okrzyki.

Stan zdrowia pacjenta z alkoholowym uszkodzeniem mózdzku często komplikuje towarzysząca **polineuropatia obwodowa**, która występuje u niemal 50% uzależnionych. Im większa jest ilość i częstość spożywanego alkoholu, tym ryzyko zachorowania jest większe. Objawy początkowe to: niewielkie mrowienia i drętwienia w okolicy stóp, w cięższych przypadkach również dłoni. Następnie dołączają się zaburzenia czucia, w tym tzw. czucia głębokiego, czyli świadomości położenia części ciała, gdy wyłączona jest kontrola wzroku.

W zaawansowanej postaci polineuropatii pojawiają się dolegliwości bólowe, głównie kończyn dolnych w okolicy stóp i podudzi, skóra na tym obszarze staje się cieńsza – łatwiej dochodzi do urazów, zranień i rozwoju zakażeń. Uszkodzenie nerwów powoduje też znacznie nasiloną potliwość okolicy dłoni i stóp.

Alkohol jest częściowo rozkładany już w żołądku, jednak jego większość dociera do **wątroby**, gdzie metabolizm odbywa się ze średnią szybkością ok. 10 g/godz. Przy pomocy enzymu – dehydrogenazy alkoholowej jest przetwarzany do aldehydu octowego, który przez kolejny enzym – dehydrogenazę aldehydową metabolizowany jest do kwasu octowego, z którego ostatecznie powstaje obojętny dla organizmu dwutlenek węgla i woda.

Stłuszczenie wątroby rozwija się u 90–100% osób uzależnionych, a współistniejąca otyłość dodatkowo zwiększa to ryzyko:

- u kobiet choroba rozwija się częściej i postępuje szybciej niż u mężczyzn;
- możliwy jest przebieg bezobjawowy (jedynie powiększenie wątroby w badaniu przedmiotowym i USG);
- wiadomo jednak, że dochodzi wtedy do powstawania toksycznych lipidów (tłuszczów), które docierają do mózgu i uszkadzają tam komórki nerwowe, co powoduje pogorszenie funkcji intelektualnych.

Marskość wątroby rozwija się u 30% osób pijących intensywnie alkohol. Jest to postępująca, nieodwracalna i nieuleczalna choroba prowadząca do niewydolności tego narządu. Kontynuowanie spożywania alkoholu i narastanie objawów powoduje kolejne powikłania (**żylaki przełyku**, nieprawidłowe krzepnięcie krwi, uszkodzenia mózgu toksynami, czyli tak zwaną **encefalopatię wątrobową**). 60% pacjentów umiera w ciągu 4 lat od ustalenia rozpoznania. W zasadzie jedyną metodą leczenia pozostaje wówczas przeszczep wątroby. Piwo, niesłusznie wyłączone przez niektórych z grupy napojów alkoholowych, wydaje się szczególnie sprzyjać rozwojowi marskości!!!

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**. Spożywanie alkoholu jest jedną z głównych przyczyn ostrego i **przewlekłego zapalenia trzustki z cukrzycą oraz ryzykiem raka trzustki**. Śmiertelność w ostrym zapaleniu trzustki szacuje się na ok. 15%. Nadużywanie alkoholu jest przyczyną ok. 45% przypadków **kardiomiopatii rozstrzeniowej, zaburzeń rytmu serca, nadciśnienia tętniczego**, a także wielu **zaburzeń hormonalnych**. U mężczyzn powoduje uszkodzenie jąder, impotencję, obniżenie popędu płciowego, u kobiet zaburzenia miesiączkowania i owulacji. Ponadto obserwuje się niedoczynność tarczycy, hiperkoryzolemię z nadciśnieniem tętniczym czy charakterystyczną otyłością, zaburzenia mineralizacji kości (rzekomy zespół Cushinga) związane też z niedoborami żywieniowymi – problemy nasila niewydolność wątroby.

Zauważa się też większą częstość kamicy układu moczowego, otyłość, gorsze gojenie ran. Alkohol **zaburza funkcje szpiku kostnego** – wśród osób uzależnio-

nych powszechna jest niedokrwistość (także niedoborowa), częściej występują **małopłytkowość, zaburzenia odporności** (często zapalenia płuc, gruźlica itd.), choroby autoimmunologiczne, **nowotwory** (języka, krtani, gardła, piersi, przełyku, żołądka, jelita grubego i odbytnicy)⁵¹.

Polski system rozwiązywania problemów alkoholowych

Podstawę prawną rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce stanowi ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi⁵². Reguluje ona zagadnienia dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, wskazuje zadania z tego zakresu oraz podmioty odpowiedzialne za ich realizację, określa również źródła finansowania tych zadań. Normalizuje funkcjonowanie rynku napojów alkoholowych, określając zasady kontroli obrotu tymi napojami. Reguluje także dziedzinę promocji i reklamy napojów alkoholowych, wprowadza przepisy dotyczące postępowania wobec osób nadużywających alkoholu, określa podstawy leczenia odwykowego oraz wskazuje kompetencje i zadania PARPA⁵³.

Zobowiązanie do leczenia

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 leczenia. Procedurę tę wdraża się w stosunku do osób, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują demoralizację nieletnich, rozkład życia rodzinnego, zakłócają spokój publiczny i uchylają się od podjęcia zatrudnienia. Obowiązek poddania leczeniu może trwać maksymalnie 2 lata, przy czym sąd może zmienić postanowienie w zakresie rodzaju zakładu leczenia odwykowego (leczenie w trybie stacjonarnym bądź niestacjonarnym). Sąd może również postanowić o ustanowieniu kuratora na czas trwania leczenia⁵⁴.

⁵¹ A. Klimkiewicz, *Choroby somatyczne spowodowane używaniem alkoholu*, <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/81417,choroby-somatyczne-spowodowane-uzywaniem-alkoholu> [dostęp: 20.07.2021].

⁵² Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz.U. 2019, poz. 2277, z późn. zm.

⁵³ Ibidem.

⁵⁴ Ibidem.

Terapia uzależnień wzorowana na modelu Minnesota

Nowoczesne podejście do leczenia osób uzależnionych od alkoholu sięga lat 50. XX wieku i jest związane z doświadczeniami zaobserwowanymi w szpitalu psychiatrycznym w Willmar w amerykańskim stanie Minnesota, w którym w 1949 r. wprowadzono eksperymentalny program terapii. Jego autorzy przyjęli następujące założenia:

- alkoholizm jest chorobą polegającą na utracie kontroli nad piciem, która powinna być leczona jako choroba niezawiniona, niepodlegająca karze;
- alkoholizm jest chorobą chroniczną, postępującą;
- leczenie alkoholizmu ma charakter wielospecjalistyczny z przeważającą rolą metod psychologicznych oraz uczestnictwem pacjentów w spotkaniach wspólnoty Anonimowych Alkoholików;
- w chorobie alkoholowej tej może występować zaprzeczanie uznane za symptom choroby, jak również nie zawsze będzie występować motywacja do leczenia u osób z rozpoznany uzależnieniem;
- pacjent powinien być traktowany z szacunkiem i poszanowaniem jego osobistej godności⁵⁵.

Za główne cele terapii uznano: uznanie przez pacjenta bezsilności wobec alkoholu i przyjęcie tożsamości alkoholika, zaakceptowanie i praca nad psychologicznymi mechanizmami uzależnienia, uzyskanie lepszego wglądu w chorobę, nabycie umiejętności komunikowania się z innymi oraz konstruktywnego wyrażania emocji, a także naukę rozpoznawania sygnałów ostrzegawczych nawrotów choroby i asertywnego odmawiania picia. Cele te winny być realizowane podczas psychoterapii grupowej, indywidualnej oraz w ramach poradnictwa rodzinnego. Terapia uzależnienia od alkoholu odbywa się w placówkach ambulatoryjnych i stacjonarnych zakładach leczenia odwykowego. Stacjonarne programy terapii trwają 6–8 tygodni, w systemie ambulatoryjnym realizacja programu trwa zazwyczaj około roku. W zakładach stacjonarnych proces terapii powinny rozpocząć te osoby, dla których utrzymanie abstynencji stanowi poważny problem. Leczenie powinno być kontynuowane w zakładach ambulatoryjnych. Najistotniejszym elementem i zarazem celem terapii uzależnienia jest utrzymywanie abstynencji, uznawane przez specjalistów za adekwatne kryterium zdrowienia⁵⁶.

⁵⁵ B.T. Woronowicz, *Uzależnienia...*, op. cit., s. 139–140.

⁵⁶ M. Frąckowiak, M. Motyka, *Przeciwdziałanie problemom alkoholowym – przegląd oddziaływań mogących wzajemnie się uzupełniać*, „Hygeia Public Health” 2015, 2(50), s. 323–330.

Oddziaływania społeczne w terapii

Wspólnota Anonimowych Alkoholików

Ważną rolę w zdrowieniu osób uzależnionych od alkoholu pełni wspólnota Anonimowych Alkoholików. Jest to ruch samopomocowy powołany w pierwszej połowie XX wieku w USA – wspólnota osób uzależnionych od alkoholu, które dzielą się między sobą doświadczeniami z okresu picia, ale przede wszystkim z indywidualnych zmagających z niestabilnymi emocjami, zdewaluowanym światem wartości, rozpadem więzi społecznych i wszelkimi konsekwencjami związanymi ze wcześniejszym stylem życia. W ramach zachodzących interakcji uczestnicy mityngów AA okazują sobie wsparcie na każdym etapie zdrowienia, dają nadzieję na poprawę swojej sytuacji, służą wzajemną pomocą w realizacji zadań życiowych związanych z pełnionymi rolami społecznymi. Jedynym warunkiem uczestnictwa we wspólnocie jest chęć zaprzestania picia, a uczestnikiem może być każdy. Przyjęcie i realizacja zasad zawartych w programie AA sprzyja powrotowi do zdrowia i poprawie funkcjonowania we wszystkich sferach: kondycji fizycznej, stabilizacji emocjonalnej, poprawie relacji społecznych i wyłonieniu się stabilnego systemu normatywnego. Oddziaływania wspólnoty AA zostały uznane za wysoce użyteczne dla niemal każdego uczestnika⁵⁷.

Kluby abstynenta

Pod koniec XX wieku dużym zainteresowaniem cieszyły się kluby abstynenta zrzeszające nie tylko osoby uzależnione, ale również tych, dla których idea życia bez środków psychoaktywnych, jak i jej popularyzacja, stanowią znaczącą wartość. Pierwsze kluby powstawały z inicjatywy pracowników lecznictwa odwykowego i nazywane były pierwotnie klubami pacjenta. Grupy pacjentów spotykały się w pomieszczeniach wyznaczonych do tego typu spotkań, aby pomiędzy zajęciami, w bezpiecznym dla siebie miejscu, porozmawiać, wypić wspólnie kawę. Spotkania te stanowiły dla uczestników terapii dodatkowe wsparcie w procesie leczenia⁵⁸. Na początku trzeciej dekady XXI wieku popularność takich miejsc nie maleje⁵⁹. Organizowane są także spotkania AA on-line, które są współczesną modyfikacją dawnej działalności, ale chyba nigdy nie zastąpią bezpośrednich spotkań ludzi⁶⁰.

⁵⁷ M.A. Motyka, A. Al-Imam, *Pragmatism of the Alcoholics Anonymous Fellowship*, „Global Journal of Health Science” 2020, 12(6), s. 119–127.

⁵⁸ A. Jakubik, B. Kowaluk, *Wsparcie społeczne a utrzymywanie abstynencji u mężczyzn uzależnionych od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 1997, 1(26), s. 89–103.

⁵⁹ T. Pulcyn, *Mewa*, „Świat Problemów” 2020, <http://www.swiatproblemow.pl/mewa/> [dostęp: 20.07.2021].

⁶⁰ Wspólnota Anonimowych Alkoholików. Mityngi on-line, <https://aa24.pl/pl/mityngi-on-line> [dostęp: 7.06.2020].

Odziaływanie środowisk kościelnych

Istotną rolę w rozwiązywaniu problemów związanych z nadużywaniem alkoholu pełnią również środowiska kościelne, wokół których od wielu lat skupione są grupy bądź stowarzyszenia podejmujące inicjatywy zarówno zachęcające do życia bez alkoholu, jak również organizujące wesela bezalkoholowe, rekolekcje i pielgrzymki trzeźwościowe. Prowadzą one punkty informacyjno-konsultacyjne i realizują inne działania w społecznościach lokalnych⁶¹.

Aplikacje (jeszcze niesprawdzone), które mają pomagać
w wytrwaniu w abstynencji

W 2018 r. podano, że została stworzona w Polsce, ponoć pierwsza na świecie, aplikacja mobilna AlkyRecovery, która wykorzystuje algorytmy sztucznej inteligencji, które:

automatycznie motywują, doradzają i kontrolują stan samopoczucia użytkownika, dokonują oceny prawdopodobieństwa złamania abstynencji oraz umożliwiają samodzielne proponowanie najbardziej optymalnych rozwiązań terapeutycznych. System zawiera m.in. dzienniczek uczuć i głodu, określających stan użytkownika, publiczny czat czy bazę wiedzy z zagadnieniami dotyczącymi uzależnienia od alkoholu. Dostępne są również bezpłatne konsultacje online z terapeutami, którzy dwa razy w tygodniu służą indywidualną pomocą i wsparciem. Proponuje się też prywatne spotkania w formie audio i wideo, organizowane za pomocą aplikacji. [...] Dane będą przetwarzane m.in. na podstawie emocji i zachowań alkoholika, przy użyciu treści audio, wideo, opasek telemedycznych oraz serwisów społecznościowych – Facebooka, Twittera i Spotify – opowiadają przedstawiciele odpowiedzialnej za projekt firmy *addictions.ai*⁶².

Za projekt odpowiedzialny był Marcin Brysiak, który sam się przedstawia jako niepijący alkoholik.

Redukcja szkód – picie kontrolowane i inne metody

Ostatnio przedmiotem licznych dyskusji i kontrowersji jest wprowadzenie do odziaływań przeciwalkoholowych strategii – zamiast jednoczesowego bezwzględnego 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

⁶¹ M. Frąckowiak, M. Motyka, *Przeciwdziałanie problemom alkoholowym...*, op. cit.

⁶² Pierwsza aplikacja mobilna dla alkoholików została stworzona w Polsce. Pomoże wyjść z nałogu, <https://finanse.wp.pl/pierwsza-aplikacja-mobilna-dla-alkoholikow-zostala-stworzona-w-polsce-pomoze-wyjsc-z-nalogu-6264549527378049a> [dostęp: 30.05.2020].

należy redukcję szkód związanych z nadużywaniem alkoholu. Abstynencja w dalszym ciągu jest zasadniczym celem terapii, jednak dopuszcza się możliwość pracy z pacjentem nad redukowaniem szkód związanych z używaniem alkoholu. W wielu przypadkach rozwiązanie to stanowi etap przejściowy, umożliwiający rozpoczęcie terapii, a w jej trakcie – stopniową zmianę wstępnych założeń aż do wyeliminowania spożycia alkoholu w ogóle.

W ramach redukcji szkód, uwaga badaczy została zwrócona na podejmowanie działań, których celem jest kontrolowanie spożywania alkoholu przez osoby, u których wystąpiły problemy związane z nadużywaniem alkoholu. Popularne strategie redukcji szkód to m.in.: zamiana opakowań szklanych na plastikowe w celu ograniczenia urazów związanych z aktami przemocy po alkoholu, wzbogacanie piwa tiaminą (zapobiegające encefalopatii Wernickiego 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.⁶³

Jedną z metod, nad którymi pracuje się od lat, jest automatyczne zablokowanie auta w sytuacji, gdy kierowca znajduje się pod wpływem alkoholu⁶⁴.

Farmakoterapia i metody niekonwencjonalne

Ważną formą oddziaływań mających zapobiegać nadużywaniu alkoholu bądź powrotom do picia po okresach abstynencji jest farmakoterapia. Stosowane farmaceutyki to m.in. disulfiram (Esperal, Anticol), którego działanie polega na zahamowaniu metabolizmu alkoholu poprzez blokowanie wydzielania się dehydrogenazy alkoholowej, a przy tym na kumulowaniu w organizmie aldehydu octowego powodującego przykre doznania, mające działać awersyjnie na osobę spożywającą alkohol. Popularne są także środki działające mniej drastycznie, m.in. Akamprozat (Campral), którego głównym działaniem jest redukcja głodu alkoholowego, a także Naltrekson, którego działanie polega na blokowaniu endorfin wydzielających się po spożyciu alkoholu, dających uczucie euforii. W farmakoterapii stosowano również leki przeciwdepresyjne, m.in.: Prozac, Bioksetynę, Seronil, Fevarin, Cipramil, Zoloft, Seroxat. Sprawdzano również możliwość stosowania leków z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu serotoniny (SSRI) używanych w psychiatrii: fluoksetyny, fluwoksaminy, paroksetyny i sertraliny oraz substancji GHB. Ponadto

⁶³ M. Frąckowiak, M. Motyka, *Przeciwdziałanie problemom alkoholowym...*, op. cit.

⁶⁴ J. Markiewicz, *Blokada alkoholowa dla pijanych kierowców: fakty*, <https://android.com.pl/news/247193-blokada-alkoholowa-dla-pijanych-kierowcow-fakty/> [dostęp: 30.05.2020].

cały czas trwają badania sprawdzające zarówno stare, jak i zupełnie nowe preparaty farmaceutyczne⁶⁵.

Od ponad trzech dekad podejmowane są próby leczenia za pomocą hipnozy osób uzależnionych od alkoholu. Jest ona stosowana jako samodzielna technika bądź element terapii. Skuteczność tej metody zależy jednak w dużej mierze od czynników niehipnotycznych: motywacji do leczenia, oddziaływania środowiskowego na osobę uzależnioną, stopnia uzależnienia, wiary w skuteczność hipnozy oraz predyspozycji osobowościowych⁶⁶. Inną metodą jest terapia internetowa, która polega w dużej mierze na działalności motywującej do zmiany. Na przykład, praca w aplikacji *Drinker's Check-up* polega na przechodzeniu przez następujące etapy: analiza spożycia alkoholu, otrzymanie informacji zwrotnych, wybór proponowanych możliwych rozwiązań⁶⁷. Oddziaływania te budzą jednak obawy o bezpieczeństwo zdrowia psychicznego pacjenta.

Syndrom DDA (dorosłe dzieci alkoholików) – objawy i zasady terapii

Jak podają Lidia Cierpiałkowska i Iwona Grzegorzewska:

[...] konstrukt dorosłe dzieci alkoholików DDA pierwotnie został stworzony w celu opracowania efektywnych programów terapeutycznych, przez terapeutów zajmujących się pomocą alkoholikowi lub rodzinie z problemem alkoholowym. Należy pamiętać, że ani współuzależnienie, ani dorosłe dzieci alkoholików nie są zaburzeniem psychicznym, w klasycznym tego słowa znaczeniu, i pomimo wieloletnich prób umieszczenia ich w kolejnych wydaniach klasyfikacji ICD i DSM, nigdy nie uzyskały statusu odrębnej jednostki klinicznej. Zespoły objawów obserwowane u osób nazywanych współuzależnionymi i u dorosłych dzieci alkoholików są tak różnorodne, że należy je uznać za zespoły objawów, które są obecne w różnych zaburzeniach psychicznych, np. zaburzeniach osobowości masochistycznej, zależnej czy zaburzeniach afektywnych⁶⁸.

⁶⁵ R.M. Swift, E.R. Aston, *Pharmacotherapy for alcohol use disorder: current and emerging therapies*, „Harvard Review of Psychiatry” 2015, 23(2), s. 122–133.

⁶⁶ I. Shestopal, J.G. Bramness, *Effect of Hypnotherapy in Alcohol Use Disorder Compared to Motivational Interviewing: A Randomised Controlled Trial*, „Journal of Addiction Research & Therapy” 2019, 9(5).

⁶⁷ R.K. Hester, H.D. Delaney, W. Campbell, *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), s. 1–12.

⁶⁸ L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska, *Dzieci alkoholików w perspektywie rozwojowej i klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2016, s. 178–179.

Dzieci alkoholików są zwykle w trudniejszej sytuacji niż partnerzy osób uzależnionych od alkoholu, bo nie mają na nią wpływu, są wychowywane w dysfunkcyjnej rodzinie, w której panuje chaos, w systemie bez norm i wartości, z poczuciem braku oparcia, odrzuceniem i brakiem możliwości przewidywania tego, co wydarzy się za chwilę. Funkcjonują w ciągłym poczuciu zagrożenia i napięcia, przewlekłego stresu, doświadczają przemocy – wielokrotnie także seksualnej. W tych okolicznościach **próbują sobie radzić same, gdyż wstydzą się poszukiwać pomocy z zewnątrz**. Najczęściej, o ile jest to pełna rodzina, wychowuje je jedno z pozornie zdrowych rodziców, które zwykle cierpi na zespół współzależnienia. Dzieci wychowywane w takich warunkach muszą więc wypracowywać własne mechanizmy obronne, które pozwalają im w radzeniu sobie z trudnościami codzienności. Przyszłe DDA zazwyczaj **nie doświadczają akceptacji rodziców**; dorastają w przekonaniu, że nie są wystarczająco dobre, czują się gorsze niż osoby z ich otoczenia, liczą, że gdy się usamodzielnią, będą mogły żyć inaczej⁶⁹.

Nie wszystkie dzieci z rodzin alkoholików dotyka syndrom DDA, niektóre radzą sobie dobrze w życiu, ale dla większości z nich dalsza bezproblemowa egzystencja bywa iluzją, gdyż dzieciństwo spędzone w rodzinie alkoholowej zawsze pozostawia piętno. Dzieci alkoholików zazwyczaj wchodzą w dorosłe życie z różnymi problemami charakterystycznymi dla zespołu DDA – **nie wiedzą kim są, bo nauczyły się tylko odgrywać te role, które przyswoiły (a właściwie wytrenowały i utrwaliły) w trudnym dzieciństwie**⁷⁰.

Najbardziej charakterystyczne role przyjmowane przez dzieci w rodzinach z problemem alkoholowym a późniejsze zachowania jako DDA

Problemy dzieci z rodzin alkoholowych w ich dorosłym życiu korelują z rolami społecznymi, jakie przyjmowały podczas dorastania w tych rodzinach. W literaturze przedmiotu można się spotkać z wyróżnianiem czterech typów takich ról: bohater rodziny, kozioł ofiarny, maskotka, niewidzialne dziecko⁷¹.

⁶⁹ G. Polok, *Rozwinąć skrzydła*, Wydawnictwo AM Poligrafia, Katowice 2009, s. 9–10.

⁷⁰ A. Pasternak, K. Schier, *Życie bez dzieciństwa – parentyfikacja u kobiet z syndromem DDA*, „Psychiatria Polska” 2014, 48(3), s. 553–562; A.M. Lutsenko, *Coping Strategies and Personality Profile Characteristics of People Whose Parents Were Alcohol Addicts*, „Behavioral Sciences” 2020, 10(1), s. 32.

⁷¹ T.L. Cermak, J. Rutzky, *Czas uzdrowić swoje życie*, PARPA, Warszawa 1998, s. 28–30; E. Robinson, J.L. Rhoden, *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*, PARPA, Warszawa 2008, s. 51–63.

Bohater rodziny

Mianem bohatera rodziny określane są dzieci, które dostarczają rodzinie dysfunkcyjnej poczucia dumy, wartości, sukcesu, jakby te osiągnięcia były efektem wspólnej pracy wszystkich jej członków. Stanowią wizytówkę rodziny w działaniu na zewnątrz. Świetnie radzą sobie z obowiązkami dorosłych, którzy z różnych powodów (np. nadużywania alkoholu lub bezradności związanej ze współzależnieniem) nie są w stanie ich wypełniać, m.in. utrzymują porządek w domu, gotują, zajmują się młodszym rodzeństwem. Jest to rola, którą przyjmują, aby odwrócić wszelką uwagę od nieprawidłowości wychowawczych w rodzinie wynikających z uzależnienia bądź bezsilności. Dzieci te są postrzegane jako zaradne, zdolne, pełne poświęcenia i gotowe w każdej chwili na uzupełnianie wszelkich deficytów pojawiających się w takiej rodzinie. Zarówno u rodziców, jak i w środowisku zewnętrznym, tworzą one iluzję odpowiedzialności, sumienności i dobrego przykładu branego z nich. Tymczasem bohaterowie ci żyją w ciągłym napięciu i obawie, że ich „maski” zostaną zdjęte, a prawdziwa tożsamość odkryta; są niezadowolone z własnych osiągnięć, żyją w ciągłym napięciu, narasta w nich poczucie bezwartościowości, osamotnienia. Cykl przechodzenia od dzieciństwa do dorosłości z pominięciem okresu dorastania (bo wówczas musieli żyć, jak dorośli) zaburza ich funkcjonowanie w dojrzałym życiu i pełnieniu dojrzałych ról społecznych⁷².

Kozioł ofiarny

Rolę kozła ofiarnego przyjmują najczęściej dzieci, które próbują odwrócić uwagę od rzeczywistych problemów występujących w rodzinie. Są niejako „obiektem zastępczym”, na którym skupiają się frustracje dorosłych, służą do rozładowania nieprzyjemnych uczuć, a ich zadaniem jest odwracanie uwagi od nieprawidłowości w rodzinie. Nierzadko biorą na siebie odpowiedzialność za wszelkie jej problemy. Dzieci te żyją zazwyczaj w poczuciu dużej krzywdy. Z jednej strony udaje im się „ukryć” problemy rodziny, jednak z drugiej mają świadomość niesprawiedliwości. Drogą do odreagowania dysonansu może być sięganie po alkohol, narkotyki, wchodzenie w relacje ze środowiskiem zmarginalizowanym. Wobec rodziców bywają aroganckie, w relacjach z otoczeniem zewnętrznym pojawia się u nich nienawiść do ludzi i świata, w którym nie mają możliwości wykazać się swymi umiejętnościami i pokazać, że są dobre. Czują się niedocenione, bywają bardzo zazdrosne⁷³.

⁷² G. Polok, *Rozwinąć skrzydła...*, op. cit., s. 27.

⁷³ M. Kucińska, *Gdzie się podziało moje dzieciństwo. O Dorosłych Dzieciach Alkoholików*, Wydawnictwo Charaktery, Kielce 2006, s. 44–48.

Maskotka

Dziecko-maskotka, to rola, która służy rozładowywaniu napięć powstających w rodzinie dysfunkcyjnej, poprawianiu nastroju, rozśmieszaniu pozostałych członków rodziny. Zazwyczaj pełni ją najmłodsze dziecko, choć nie jest to sztywną regułą. Rola ta bywa aktywowana wówczas, kiedy np. trzeba uspokoić pijanego rodzica, skłonić go do podjęcia jakiejś kluczowej decyzji, „wyciągnąć” go z baru, restauracji lub odciągnąć od grupy osób pijących, z którą w danej chwili przebywa. Mimo pozornego wrażenia, że dobrze się bawi, dziecko takie odczuwa napięcie i permanentny lęk, czy podoła kolejnym rozładowaniom burzy emocjonalnej. W dorosłym życiu ma trudności z radzeniem sobie w sytuacjach wymagających podjęcia dojrzałych decyzji. Przez długi czas pozostaje niedojrzałe emocjonalnie⁷⁴.

Niewidzialne dziecko, dziecko we mgle, aniołek

To rola przyjmowana przez dzieci szczególnie wrażliwe. Charakterystyczną jej cechą jest wycofywanie się z życia poprzez ucieczkę w świat fantazji i marzeń. Jest to ich sposób na izolowanie się od otaczającego koszmaru i ciągłej niepewności. Zachowują się tak, aby nie zwracać niczyjej uwagi, najczęściej bawią się w takich miejscach, w których są niezauważane przez pozostałych (w szafach, pod łóżkiem, za zasłonami, za meblami, w komórce, piwnicy itp.), z wymagowanymi przyjaciółmi, z którymi rozmawiają, którym powierzają swoje tajemnice. Nie wymagają od domowników zainteresowania i uwagi, potrafią zająć się sobą i zazwyczaj nie sprawiają problemów wychowawczych. W relacjach z innymi są wycofane, nieśmiałe, czują się bezwartościowe i samotne. Nie mają umiejętności nawiązywania kontaktów interpersonalnych, wyrażania swoich potrzeb, nie potrafią współpracować. W dorosłym życiu nie są w stanie nawiązywać satysfakcjonujących związków uczuciowych z innymi⁷⁵.

Należy zaznaczyć, że w rodzinach wielodzietnych może następować wymiana pełnionych ról między rodzeństwem, zaś w tych, w których jest jedno lub dwoje dzieci – zależnie od zachodzących okoliczności mogą one przyjmować różne role, adekwatnie do etapu funkcjonowania danej rodziny.

Znakomitą ilustracją zarówno ról pełnionych przez dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym, jak i problemów związanych ze współzależnieniem i uzależnieniem, jest amerykański film z 1986 r. „Rozdarte dusze” (reż. Robert Greenwald). Mimo że powstał przed ponad trzema dekadami, stanowi cenny i poruszający materiał pozwalający na lepsze poznanie opisanych postaw.

⁷⁴ Ibidem, s. 44–48.

⁷⁵ Ibidem, s. 47–48.

W literaturze można się również zetknąć z następującą typologią zachowań wynikających z pełnienia w dzieciństwie określonych ról w rodzinach dysfunkcyjnych:

- DDA pracoholicy – skupione są głównie na pracy, którą wykonują ponad własne siły, zaś sprawy osobiste (zwłaszcza uczucia, bliskość, partnerstwo) są przez nie odkładane na dalszy plan;
- DDA defensywne – uciekają od bliskości, są zamknięte w sobie, mają duży deficyt relacji z innymi;
- DDA przytłoczone uczuciami – skupiają się na innych, doznają emocjonalnych rozterek;
- DDA uzależnione – sięgają po różne substancje bądź podejmują zachowania kompulsywne;
- DDA depresyjne – z niską samoocena i poczuciem przytłaczającej pustki, o skłonnościach autodestrukcyjnych;
- DDA z zaburzoną tożsamością – zależne od najbliższych, bez poczucia wartości i indywidualności;
- DDA ofiary – uważają, że są krzywdzone przez osoby z otoczenia, co pozwala im racjonalizować działania agresywne podejmowane wobec innych;
- DDA męczennicy – niosące pomoc kosztem własnych wyrzeczeń;
- DDA szlachetne – silne i dobre dla innych, jednak niedbające o własne potrzeby;
- DDA poszukiwacze – poszukujące wskazówek od innych w celu poprawy własnego życia⁷⁶.

Cechy osób z syndromem DDA – ogólnie

U osób z syndromem DDA można zauważyć:

- problemy z samoocena (zaburzone poczucie własnej wartości);
- przeżywanie stanu stałego napięcia emocjonalnego („stałe pogotowie emocjonalne”);
- często nasilony lęk przed odrzuceniem;
- problemy w identyfikacji uczuć („zamrożenie emocjonalne”);
- utrzymywanie sztywnych schematów myślenia o sobie, o innych, o świecie;
- trudności w przeżywaniu przyjemności (nadwrażliwość na cierpienie, poczucie bycia nieszczęśliwym);
- gotowość do zabezpieczania potrzeb innych z wyparciem własnych;

⁷⁶ B. Kałdon, *Wybrane aspekty funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików w życiu społecznym*, „Seminare” 2015, 3(36), s. 96–97.

- lęk przed nowymi sytuacjami;
- nieumiejętność odpoczywania, relaksowania się;
- trudności w nawiązywaniu bliskich relacji z innymi⁷⁷.

Osoby z syndromem DDA nie bardzo wiedzą, kim są. Czasem dopiero później, np. około 40. r.ż., zwykle po codziennych, nie zawsze pozytywnych doświadczeniach, zaczynają dostrzegać siebie, innych, rzeczywistość. Bywa, że dopiero wtedy zadają sobie pytanie: „Kim jestem?”. Terapia DDA służy m.in. temu, by to pytanie zostało postawione w jak najwcześniejszym okresie życia. Utrwalone z wiekiem wzorce zachowań i odczuć z dzieciństwa są bardzo trudne do poprawy, ponieważ DDA uzyskują samopotwierdzenie tylko poprzez opinie innych, a każdą krytykę traktują jako życiowy dramat⁷⁸.

W dojrzałym wieku DDA rzeczywistość postrzegają przez pryzmat własnych trudnych doświadczeń z dzieciństwa, żyją w fikcyjnej rzeczywistości. Jednocześnie, jeśli coś im nie pasuje do poznanego modelu życia, wierzą, że mogą to zmienić. **Przez całe życie odczuwają lęk przed chaosem, a najwyżej sobie cenią poczucie bezpieczeństwa.** Próbuje je osiągnąć przez:

- stałe podnoszenie dobrobytu materialnego;
- dążenie do sławy;
- funkcjonowanie w tzw. związkach toksycznych i częste wchodzenie w bliskie relacje z osobami uzależnionymi, ponieważ łatwiej im przyjąć schemat poznany w dzieciństwie – wybierają to, co już znają, wiążą się z osobami, które odpowiadają ich potrzebom.

DDA myślą, że skoro doświadczyły różnych trudnych sytuacji w dzieciństwie, to w dorosłym życiu będą w stanie poradzić sobie z nimi. W toksycznym związku, np. z osobą uzależnioną, nadal pełnią rolę, którą przyjmowały i zinternalizowały, dorastając. Jest to pewnego rodzaju błędne koło – kontynuacja lub nasilenie osobistego i rodzinnego dramatu⁷⁹.

Terapia

W latach 70. XX wieku w Stanach Zjednoczonych powstały pierwsze wspólnoty pod nazwą Adult Children of Alcoholics. Założenie było podobne, jak w przypadku innych grup samopomocowych: osobom dorastającym w rodzinach z problemem alkoholowym najlepiej pomogą te, które same przez to przeszły. W Polsce osobom z syndromem DDA jako pierwsi zaczęli pomagać Jerzy Mellibruda i Zofia Sob-

⁷⁷ M. Filipiak, *Świat Dorosłych Dzieci Alkoholików*, „Przegląd Terapeutyczny” 2007, 2, s. 2.

⁷⁸ J.G. Woititz, *Doroste dzieci alkoholików*, Wydawnictwo Akuracik, Warszawa 1992, passim.

⁷⁹ Ibidem.

lewska-Mellibruda, którzy byli inicjatorami zarówno pierwszych grup wsparcia, jak i terapii⁸⁰.

Początkowo terapia ma prowadzić do przebaczenia, „odkrycia własnej skóry”, co najczęściej jest równocześnie odkrywaniem swej kreatywności, która pozwala na zdobywanie nowych umiejętności. Uwidacznia to bardzo dynamiczne możliwości „rozwoju duszy”. DDA stają się silne, ale też dumne, że są w jakiś sposób odrębne, budują nowe relacje, rozwijają swoje zdolności, pasje. **Najdłużej pozostaje w nich niepewność, poczucie niższości.**

Osoby z syndromem DDA żyją głęboko przekonane, że nie zasługują na żadne własne przyjemności, a nawet na rozrywkę, mimo iż bardzo tego pragną. Zadaniem terapeuty w tej sytuacji jest uświadomienie, że problem ten można przezwyciężyć, a wybór należy tylko do osoby nim dotkniętej. Uświadomienie sobie wagi własnych (a nie cudzych) korzyści i **nauka dokonywania wyborów na korzyść własnych potrzeb (jak i przyjemności) jest jednym z najważniejszych elementów terapii. Jest ona bardziej skuteczna niż terapia alkoholików, bo DDA, osiągnąwszy dojrzałość, pragną poznać swój problem i szukają pomocy, by go rozwiązywać.** Podczas terapii najczęściej uwalniają się od przeszłości i rozpoczynają nowe życie bez obciążenia poczuciem winy za swoje uczucia, unikając zachowań, które rozpoznały u siebie jako dysfunkcyjne, i ucząc się prawidłowych relacji z ludźmi⁸¹.

Jak już wspomnieliśmy, **nie wszystkie dzieci wychowywane w rodzinie z osobą uzależnioną od alkoholu cierpią później na zespół DDA. Niektóre nie zdają sobie z tego sprawy, zaburzając życie sobie i innym. Wczesne rozpoznanie problemu i terapia przynoszą bardzo dobre efekty.**

Oferta pomocy terapeutycznej dla DDA jest bardzo ważnym elementem systemu pomocy dla rodzin z problemem alkoholowym. Terapię tę oferują niektóre placówki leczenia uzależnienia od alkoholu. Jest ona prowadzona przez specjalistów psychoterapii uzależnień lub psychoterapeutów, którzy ukończyli dodatkowo specjalistyczne przeszkolenie w prowadzeniu psychoterapii DDA. Lista placówek leczenia odwykowego w Polsce i więcej informacji na temat dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym oraz syndromu dorosłych dzieci alkoholików znajdują się na stronach internetowych PARPA⁸².

⁸⁰ Z. Sobolewska-Mellibruda, *Odebrane dzieciństwo. Psychologiczne problemy Dorosłych Dzieci Alkoholików*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2000, s. 29.

⁸¹ J. Chodkiewicz, A. Wilska, *Stan zdrowia, wsparcie społeczne i zadowolenie z życia Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA) korzystających z pomocy terapeutycznej*, „Alkoholizm i Narkomania” 2008, 21(2), s. 135–152.

⁸² Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, <http://www.parpa.pl/> [dostęp: 3.06.2020].

Problemy z nadużywaniem innych niż alkohol substancji psychoaktywnych

Wprowadzenie

Zażywanie środków o właściwościach odurzających znane jest od zarania dziejów ludzkości, jednakże przez tysiąclecia używanie tych specyfików było ściśle regulowane przez sferę *sacrum*, a korzystanie z ich właściwości przez członków danej społeczności miało miejsce zazwyczaj podczas lokalnych ceremonii, a niekiedy w celach medycznych. Wykorzystywane były także w czasie działań wojennych (jak od bardzo dawna alkohol). Na przykład, w czasie II wojny światowej podczas inwazji niemieckiej na Polskę na pilotach wypróbowywano Pervitin (amfetaminę), która w 1938 r. weszła na rynek farmaceutyczny¹.

Wzmacniała ona zdolności fizyczne, dodawała energii, zwalczała zmęczenie i senność. Mogła także wpływać na nastrój i zachowanie, wzmagając pewność siebie i odwagę, a w wypadku większych dawek niekiedy powodowała agresję. Są to właściwości pożądane z wojskowego punktu widzenia, dlatego perwityna stała się niemiecką „pigułką ataku”².

Czytelników zainteresowanych historycznymi aspektami używania środków psychoaktywnych zachęcamy do lektury publikacji podanych na końcu tego rozdziału.

Od drugiej połowy XX wieku zjawisko używania środków psychoaktywnych charakteryzuje niespotykana wcześniej dynamika, przy czym w XXI wieku ob-

¹ Pervitin. Czy ten narkotyk mógł pozwolić Niemcom wygrać II wojnę światową? <https://ciekawostkihistoryczne.pl/2019/06/11/pervitin-czy-ten-narkotyk-mogl-pozwolic-niemcom-wygrac-ii-wojne-swiatowa/> [dostęp: 30.05.2020].

² Ł. Kamiński, *Jak testowano narkotyki na żołnierzach Wehrmachtu*, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/historia/1689498,1,jak-testowano-narkotyki-na-zolnierzach-wehrmachtu.read> [dostęp: 30.05.2020].

serwuje się wyraźny wzrost zażywania narkotyków zarówno w skali globalnej³, jak i na kontynencie europejskim⁴. Również w Polsce utrwalają się charakterystyczne trendy świadczące 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 w Internecie środków odurzających, używanie tych substancji 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 poniżej.

Podanie wyrażenia określającego zachowania związane z używaniem środków psychoaktywnych nie jest łatwym zadaniem, ponieważ już na początku pojawiają się dylematy dotyczące tego, które z nich nazwiemy narkomanią, które – tzw. rekreacyjnym zażywaniem, które, dajmy na to – „zglobianiem etnicznych praktyk leczniczych”, a które – wprowadzeniem do medytacji itp. Podanie precyzyjnej charakterystyki środków psychoaktywnych także może sprawiać niemałe trudności, ponieważ 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 z europejskich krajów informacje o zidentyfikowaniu nowych środków psychoaktywnych (NSP)⁵, tzw. dopalaczy, w krajowych systemach monitoringu, a lista tych środków ciągle ulega modyfikacji. Zdefiniowanie środków o potencjale psychoaktywnym nienoszących miana narkotyków wydaje się również problematyczne, ponieważ nie występują one w żadnej klasyfikacji, a ich przyjmowanie nie podlega sankcjom prawnym.

Narkomania

Termin „narkomania” wywodzi się od greckich słów *narke* – odurzenie oraz *mania* – szaleństwo i służy do określenia trudnej do powstrzymania skłonności do zażywania środków odurzających⁶. Według WHO oznacza używanie

³ UNODC, *World Drug Report 2019*, United Nations Publication, Vienna 2019, passim.

⁴ EMCDDA, *Europejski Raport Narkotykowy 2019. Tendencje i osiągnięcia*, Urząd Publikacji UE, Luksemburg 2019, passim.

⁵ NSP (new/novel psychoactive substance) – nowa substancja psychoaktywna.

⁶ E. Łuczak, *Przemiany w rozwoju zjawiska narkomanii*, Wydawnictwo WSH im. A. Gieysztora, Pułtusk 2004, s. 11.

w celach pozamedycznych środków farmakologicznie czynnych, kontrolowanych międzynarodowymi ustaleniami⁷.

Na polskim gruncie ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii zawęża definicję narkomanii, określając to zjawisko jako:

stałe lub okresowe używanie w celach innych niż medyczne środków odurzających lub substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w wyniku czego może powstać lub powstało uzależnienie od nich⁸.

W wymienionej ustawie istotne znaczenie przypisano tzw. środkom zastępczym, które ustawodawca definiuje jako:

produkt zawierający substancję o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, który może być użyty w takich samych celach jak środek odurzający, substancja psychotropowa lub nowa substancja psychoaktywna, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych; do środków zastępczych nie stosuje się przepisów o ogólnym bezpieczeństwie produktów⁹.

Według założeń ustawy za narkomanię należy uznać korzystanie z wszelkich środków o potencjale psychoaktywnym z intencją wprowadzenia się w stan odurzenia.

Mariusz Jędrzejko i Tomasz Białas następująco definiują uzależnienie od narkotyków:

stan organizmu będący jego „przyzwyczajeniem się” do narkotyków (NSP); ten mechanizm jest tak silny, że osoba uzależniona nie jest w stanie samodzielnie uwolnić się od narkotyku; ta siła jest przemożna, a wychodzenie z problemu uzależnienia wymaga leczenia i wsparcia przez ekspertów¹⁰.

Istotny wydaje się tutaj fragment „stan organizmu będący jego przyzwyczajeniem się do narkotyków”, wskazujący na warunek przyjmowania narkotyków przez jakiś czas, aby wytworzyło się uzależnienie od tych środków. Nazywanie narkomanami osób przyjmujących narkotyki sporadycznie może się okazać groźną stygmatyzacją

⁷ J. Wciórka, W. Kostowski, E. Weremowicz, M. Jędrzejko, *Uzależnienia od substancji chemicznych*, w: W. Batur (red.), *Katastrofy i zagrożenia we współczesnym świecie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 242.

⁸ Obwieszczenie Marszałka Sejmu RP z dnia 10 stycznia 2012 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2012, poz. 124).

⁹ Ibidem.

¹⁰ M. Jędrzejko, T. Białas, *Narkotyki i nowe substancje psychoaktywne*, Oficyna Wydawnicza ASPRA/Centrum Porfilaktyki Społecznej Oficyna Wydawnicza von Velke, Warszawa 2019, s. 10.

prowadzącą do znacznie większych konsekwencji niż wstępnie zaobserwowane¹¹. Bez szczegółowego wywiadu nie powinno się zatem określać takim mianem osób eksperymentujących z tymi środkami. Jak wskazuje Grażyna Świątkiewicz:

uzależnienie to proces psychospołeczny, w którym uczestniczą czynniki psychiczne, biologiczne i społeczne, występujące u każdej jednostki w niepowtarzalnych konfiguracjach. Przy takim podejściu nie sposób zdefiniować, kim jest narkoman czy alkoholik i co mu pomoże¹².

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 zgodnie z zaleceniami lekarskimi. Należy bowiem przyznać, że w praktyce zawodowej nierzadko można spotkać osoby, u których uzależnienie rozwinęło się wskutek nieprawidłowo prowadzonej kuracji (m.in. u osób z ciężkimi urazami przyjmującymi przez dłuższy czas opioidowe leki przeciwbólowe, m.in. kodeinę, morfinę, fentanyl, petydynę, metadon, lub wśród używających leki z grupy barbituranów, benzodiazepin i innych). Jedyną sytuacją, która usprawiedliwia podawanie wspomnianych leków, jest ciężka, zwykle w fazie terminalnej, choroba przewlekła – w tej sytuacji konieczne jest wyważenie korzyści w poprawie jakości życia i możliwości uzależnienia.

Substancje psychoaktywne

Badacze zjawiska niemal jednorodnie klasyfikują substancje psychoaktywne. Janusz Sierosławski zalicza do nich zarówno te, których sprzedaż i zażywanie nie są objęte sankcjami, czyli tytoń, alkohol, leki przeciwbólowe i nasenne, jak również używane do odurzania substancje wziewne – kleje i rozpuszczalniki. Natomiast nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi nazywa wszelkie środki pochodzenia naturalnego i skonstruowane w laboratoriach, których produkcja i handel stanowią czyny objęte sankcjami prawnymi¹³. Według Bohdana Woronowicza są to:

¹¹ G. Świątkiewicz, *Uzależnienie od narkotyków – kontekst społeczny*, w: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.C. Czabała (red.), *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, s. 30.

¹² Ibidem.

¹³ J. Sierosławski, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną, Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011, s. 38–39, <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545> [dostęp: 30.05.2020].

[...] 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 wchłaniania, podskórnie, dożylnie lub wdychane¹⁴.

Piotr Jabłoński i Mariusz Jędrzejko podkreślają, że termin „substancje psychoaktywne” stosuje się wymiennie z pojęciem „narkotyki” używanym do określenia związków chemicznych wpływających na pracę mózgu i wszelkie procesy, jakie w nim zachodzą, nastrój, ocenę sytuacji i funkcje poznawcze¹⁵. Bogdan Szukalski zaznacza, że substancja psychoaktywna nie musi mieć potencjału uzależniającego, a jest to

[...] związek, który wpływa na procesy umysłowe, np. procesy poznawcze lub nastrój. Słowo „psychoaktywny” nie oznacza koniecznie, że środek ten wywołuje uzależnienie, jednak ostatnio dość często terminu „substancje (środki) psychoaktywne” używa się wymiennie z terminem „narkotyki”¹⁶.

Inni autorzy określają narkotyki jako

[...] substancje zaburzające pracę ośrodkowego układu nerwowego (OUN), w wyniku czego odbiera on nieprawidłowe bodźce ze świata wewnętrznego – mówiąc wprost, najczęściej zaburzone są słuch, wzrok, mowa, dotyk-ból. Tym samym ktoś po narkotykach nie jest w stanie ocenić sytuacji w takim wymiarze rzeczywistym¹⁷.

Trudna do zliczenia liczba NSP pojawiających się na światowym rynku narkotykowym wymagała kolejnego sprecyzowania definicji. Mianem tym określa się specyfiki w formie czystej lub w preparatach, nieobjęte sankcjami w ramach Jednolitej konwencji Narodów Zjednoczonych o środkach odurzających z 1961 r. oraz Konwencji Narodów Zjednoczonych o substancjach psychotropowych z 1971 r.¹⁸, jednak mające potencjał stanowiący zagrożenie dla zdrowia publicznego porównywalny do tego, który występuje w substancjach wymienionych w powyższych konwencjach¹⁹. Jak wskazują Jędrzejko i Białas,

¹⁴ B.T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Media Rodzina/Parpamedia, Poznań–Warszawa 2009, s. 547.

¹⁵ M. Jędrzejko, P. Jabłoński, *Narkotyki i środki zastępcze*, Wydawnictwo ASPRA-JR/Wyższa Szkoła Biznesu, Warszawa–Dąbrowa Górnicza 2012, s. 17.

¹⁶ B. Szukalski, *Narkotyki. Kompendium wiedzy o środkach uzależniających*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005, s. 3.

¹⁷ M. Jędrzejko, T. Białas, *Narkotyki i nowe substancje...*, op. cit.

¹⁸ <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/onz/1961b.html> [dostęp: 20.07.2021]; <https://www.prawo.pl/akty/dz-u-1976-31-180,16789909.html> [dostęp: 20.07.2021].

¹⁹ UNODC, *World Drug Report 2013*, United Nations Publication, New York 2013, s. 62.

nowe substancje psychoaktywne – to generacja nowych narkotyków o bardzo dużej sile działania, wysokim ryzyku zatrucia i śmiertelności; mogą być nawet 1000 razy silniejsze od klasycznych narkotyków, takich jak marihuana czy heroina; leczenie zatrucia NSP i uzależnień od nich jest dużo trudniejsze niż w przypadku tzw. klasycznych narkotyków²⁰.

Jak wyżej wspomnieliśmy, w związku z nieustannym pojawianiem się nowych specyfików wykorzystywanych w celach odurzających, pojawiają się trudności w sprecyzowaniu pojęcia „środki psychoaktywne” i ustaleniu jego wyraźnych granic, zwłaszcza kiedy docierają doniesienia o używaniu w celach odurzających specyfików o wątpliwym efekcie narkotycznym²¹ lub budzących abominację (wstręt) sposobach osiągania stanów odurzenia²². Zwraca się również uwagę na problem z jednoznaczną kwalifikacją nadużywanych przez młodzież sterydów anabolicznych, które co prawda nie mają psychoaktywnego potencjału, jednak obserwowane szkody zdrowotne powodowane ich nadużywaniem bywają zbliżone do występujących po środkach uznanych za narkotyki²³.

Typy uzależnień od narkotyków

W literaturze najczęściej wymiane są 3 typy uzależnienia od środków psychoaktywnych.

- **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;
- **fizyczne** – konieczność przyjmowania danego środka na skutek pojawiających się przykrych doznań somatycznych i psychicznych przy odstawieniu lub redukcji używanego narkotyku; ustąpienie tych doznań następuje po podaniu narkotyku;
- **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 i wartości grupowych; ich odrzucenie stanowi podstawę ostracyzmu ze strony pozostałych członków tej grupy²⁴.

²⁰ M. Jędrzejko, T. Białas, *Narkotyki i nowe substancje...*, op. cit.

²¹ M. Motyka, *Nowe metody odurzania się*, cz. VII, *Narkotyki cyfrowe*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2015, 96(2), s. 309–314.

²² M. Motyka, J.T. Marcinkowski, *Nowe metody odurzania się*, cz. V, *Naswaj i Jenkem*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2015, 96(1), s. 17–21.

²³ C.M. Goodair, J. Corkery, H. Claridge, *Legal highs: a problem of definitions?*, „The Lancet” 2014, 383, s. 1715.

²⁴ M. Makara-Studzińska, *Wybrane zagadnienia z problematyki uzależnień od środków psychoaktywnych*, w: A. Kurzeja (red.), *Uzależnienie od narkotyków. Od teorii do praktyki terapeutycznej*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2012, s. 13–14.

Przyczyny inicjacji narkotykowych i używania środków psychoaktywnych

Autorzy publikacji przedstawiających zjawisko używania narkotyków wskazują na konglomerat przyczyn sięgania po te środki. Za czynniki zwiększające ryzyko kontaktu dziecka z narkotykami i NSP uzaje 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 dealerów²⁵.

Badacze zjawiska zwracają uwagę na wielowymiarowość uwarunkowań narkotykowych inicjacji obserwowaną zarówno w otoczeniu społecznym, wpływach kulturowych, jak i w środowisku rówieśniczym oraz rodzinnym osób potwierdzających używanie narkotyków²⁶. Wskazywany jest ponadto podział uwzględniający indywidualne lub społeczne uwarunkowania zachowań tego typu. 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. Jako uwarunkowania społeczne natomiast przyjęto: słabe więzi z otoczeniem, brak wzorców do naśladowania, ubóstwo, nieprawidłowe relacje rodzinne, niskie wsparcie emocjonalne, wpływy rówieśnicze oraz małą dostępność satysfakcjonujących wyborów życiowych²⁷.

Liczne źródła wskazują, że istotne znaczenie w aspekcie przyczyn sięgania po narkotyki należy przypisać rodzinie, w której dorasta dana jednostka – zażywanie

²⁵ M. Jędrzejko, T. Białas, *Narkotyki i nowe substancje...*, op. cit., s. 109.

²⁶ C. Spooner, K. Hetherington, *Social determinants of drug use*, National Drug and Alcohol Research Centre, Sydney 2005; R.C. Jiloha, *Social and Cultural Aspects of Drug Abuse in Adolescents*, „Delhi Psychiatry Journal” 2009, 12(2), s. 167–175.

²⁷ G. Chan, T.W. Lo, C. Tam, G. Lee, *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), s. 1934.

narkotyków jest obserwowane najczęściej u osób, których rodzice deklarują liberalne postawy wobec tych środków, i u młodzieży pozbawionej dostatecznej kontroli rodzicielskiej. Zażywaniu narkotyków sprzyja niskie zaangażowanie rodziców w sprawy dziecka, brak wsparcia z ich strony, długotrwałe wyjazdy rodziców do pracy za granicę, wychowywanie się w rodzinach dysfunkcyjnych²⁸. Nadrzędną rolę w relacjach dziecko-rodzic pełnią kontrola rodzicielska w okresie adolescencji oraz wsparcie okazywane dziecku we wszelkich trudnościach związanych z dojrzewaniem i wchodzeniem w świat dorosłych²⁹. 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 rodziców³⁰.

Równie istotne w narkotykowych inicjacjach wydają się uwarunkowania środowiskowe. Po narkotyki i NSP zdecydowanie częściej sięgają adolescenti mający znajomych, którzy przeszli już 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 za zwyczaj modelowane międzypokoleniowo³¹.

Ważną rolę w liberalizacji stosunku do narkotyków, a w rezultacie do ich zażywania, należy przypisać czynnikom kulturowym. Po środki te częściej sięgają jednostki, których dotychczasowe normy mogły ulec zmianom pod wpływem presji

²⁸ J.S. Brook, D.W. Brook, M. de la Rosa i in., *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), s. 759–766; M.A. Motyka, *Uwarunkowania narkomanii młodzieży: klucz jest ukryty w rodzinie*, „Społeczeństwo i Rodzina” 2019, 56(3), s. 110–124.

²⁹ M. Jędrzejko, *Marihuana fakty. Marihuana mity*, Wydawnictwo Atla 2, Wrocław 2011, s. 93–94.

³⁰ J.S. Brook, D.W. Brook, A.S. Gordon, M. Whiteman, P. Cohen, *The psychosocial etiology of adolescent drug use: a family interactional approach*, „Genetic, Social and General Psychology Monographs” 1990, 116(2), s. 111–267.

³¹ M. Jędrzejko, T. Białas, *Narkotyki i nowe substancje...*, op. cit.

otoczenia, bądź pronarkotykowych przekazów pojawiających się w mass mediach. Czynniki kulturowe sprzyjające sięganiu po narkotyki to: liberalny do nich stosunek kreowany przez media, korzystanie z pronarkotykowych wytworów kultury popularnej, brak zaangażowania religijnego oraz chaos normatywny³².

Nie bez znaczenia wydają się być również uwarunkowania społeczne. Do głównych czynników sprzyjających wchodzeniu w świat narkotyków należą: 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 tzw. dopalaczy, a także braki informacyjno-edukacyjne z zakresu konsekwencji ich zażywania³³.

Wskazane uwarunkowania sprzyjają nie tylko zażywaniu narkotyków przez młodzież, ale również wyłanianiu się liberalnych pronarkotykowych stanowisk w populacji generalnej. Należy jednak przyznać, że proces ten zachodzi niepostrzeżenie, czasem prawie niedostrzegalnie. W ostatnich dwóch dekadach narkotyki przeniknęły do kultury popularnej, wypełniając wszelkie jej wytwory³⁴.

Analiza ukazujących się cyklicznie raportów narkotykowych pozwoliła na ustalenie istotnych uwarunkowań sprzyjających zarówno „wchodzeniu” w świat narkotyków, jak i chęci pozostawania w tym świecie.

³² B.A. Primack, K.L. Kraemer, M.J. Fine, M.A. Dalton, *Media exposure and marijuana and alcohol use among adolescents*, „Substance Use & Misuse” 2009, 44(5), s. 722–739; M.A. Motyka, A. Al-Imam, *Musical preference and drug use among youth: an empirical study*, „Research and Advances in Psychiatry” 2019, 6(2), s. 50–57; W. Jedynek, M.A. Motyka, *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), s. 141–163.

³³ M. Motyka, *Społeczno-kulturowe uwarunkowania narkomanii. Skala i przyczyny zjawiska wśród młodzieży województwa podkarpackiego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2018, s. 250–251.

³⁴ M. Motyka, *Społeczno-kulturowe determinanty dynamiki narkomani, cz. I, Środki psychoaktywne w kulturze masowej*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2013, 4(94), s. 675–684.

Tabela 1. Uwarunkowania zjawiska narkomanii – analiza danych zastanych

Świat, wg World Drug Report	Europa, wg Raportu EMCDDA	Polska, wg Diagnostyki Społecznej, CBOS, KBdSPN
bezrobocie i trudna sytuacja ekonomiczna	wzrost ofert nowych środków odurzających	duża dostępność
niewydolność wychowawcza szkół	większa dostępność środków odurzających	rozwój NSP
alienacja interpersonalna jednostek	internetowy handel narkotykami	ekspozycja na propozycje zażywania
przebywanie z osobami zażywającymi	możliwość wymiany przez internet informacji między zażywającymi narkotyki i osobami zainteresowanymi taką aktywnością	obcowanie z zażywającymi
niewłaściwy nadzór rodzicielski i małe zaangażowanie w sprawy dziecka	braki informacyjno- -edukacyjne o konsekwencjach zażywania sprzyjające nowym inicjatywom	przekonania o niskiej szkodliwości narkotyków
liberalne postawy rodziców wobec narkotyków		wyższy kapitał kulturowy rodziców
wychowywanie się w rodzinie dysfunkcyjnej		mieszkańcy dużych miast
dobrze zorganizowana przestępczość narkotykowa		osoby zamożne
kreowanie przez media liberalnego stosunku do narkotyków		pracownicy sektora prywatnego i bierni zawodowo
wzrost nowych ofert narkotykowych		uczniowie szkół zawodowych
bezzadność instytucjonalna		uczniowie gorzej się uczący
		częściej chłopcy niż dziewczęta
		uczniowie zaniedbujący praktyki religijne i osoby niewierzące
		uczniowie, których rodzice wyjeżdżają do pracy za granicę

Źródło: M. Motyka, *Społeczno-kulturowe uwarunkowania...*, op. cit., s. 124.

Wybrane teorie, fazy rozwoju uzależnienia

W publikacjach naukowych można znaleźć liczne teorie rodzinnych uwarunkowań narkomanii. Ich autorzy podkreślają m.in. znaczącą **rolę czynników genetycznych** odpowiedzialnych za podatność na uzależnianie się dzieci rodziców nadużywających środków psychoaktywnych³⁵. Zdaniem Bogdana Szukalskiego najsilniej dziedziczone może być używanie kokainy i opiatów, a najsłabiej środków o działaniu halucynogennym, o niskim potencjale uzależniającym³⁶. Ustalono również, że ryzyko przyjmowania narkotyków przez dzieci rodziców zażywających środki z tej grupy jest ośmiokrotnie wyższe niż niezażywających³⁷.

Teorie systemowe kierują swoją uwagę na **wzajemne oddziaływania członków rodziny**. Sięganie po środki psychoaktywne stanowi zatem rezultat różnego interpretowania – przez dorosłych i dzieci – relacji zachodzących w takiej rodzinie, np.: postaw rodziców wobec dzieci, wsparcia emocjonalnego, miłości, relacji między rodzicami a pozostałym rodzeństwem. Postrzeganie działań rodziców za niekorzystne dla siebie może sprzyjać wystąpieniu u dziecka zaburzeń zachowania, m.in. skierowania uwagi na używanie środków psychoaktywnych³⁸.

Według Judith S. Brook kluczowe znaczenie w narkotykowych inicjacjach pełnią **słabe więzi w rodzinie**. Rodzinne uwarunkowania sprzyjające utrzymaniu homeostazy prawidłowych relacji w rodzinie to akceptacja przez rodziców powszechnie respektowanych wartości i zasad, okazywanie wsparcia emocjonalnego, wychowywanie oparte na miłości, sprawowanie niezaborczej kontroli nad dzieckiem, a przy tym dojrzałość emocjonalna matek³⁹.

Według Shanty Dube nieprzyjemne doświadczenia związane z **dorastaniem w rodzinie dysfunkcyjnej** (uzależnienia, przemoc, zaniedbania, przestępczość, choroby psychiczne, konflikty między rodzicami) stanowią istotne przyczyny ini-

³⁵ G.R. Uhl, T. Drgon, C. Johnson i in., „Higher order” addiction molecular genetics: convergent data from genome-wide association in humans and mice, „Biochemical Pharmacology” 2008, 75(1), s. 98–111.

³⁶ B. Szukalski, *Genetyczne aspekty uzależnienia od narkotyków*, cz. I, *Struktura genotypu a podatność na uzależnienie*, „Problemy Kryminalistyki” 2011, 273(3), s. 40–46.

³⁷ K.R. Merikangas, M. Stolar, D.E. Stevens i in., *Familial Transmission of Substance Use Disorders*, „Archives of General Psychiatry” 1998, 55(11), s. 973–979.

³⁸ F. Streit, H.G. Oliver, *The child's perception of the family and its relationship to drug use*, „Drug Forum” 1972, 1, s. 283–289.

³⁹ S.J. Brook, W.D. Brook, S.A. Gordon i in., *The Psychosocial Etiology of Adolescent Drug Use: A Family Interactional Approach*, „Genetic, Social and General Psychology Monographs” 1990, 116(2), s. 111–267; S.J. Brook, T. Duan, W.D. Brook, *Fathers Who Abuse Drugs and Their Adolescent Children: Longitudinal Predictors of Adolescent Aggression*, „The American Journal on Addictions” 2007, 16, s. 410–417.

cjacji narkotykowych. Im więcej trudnych dziecięcych doświadczeń, tym większe prawdopodobieństwo sięgnięcia po narkotyki we wczesnej adolescencji⁴⁰.

Ustalono również, że **nieprawidłowe postawy rodziców (nadmierna dominacja, nadmierna kontrola)** zwiększają ryzyko uzależnienia od środków psychoaktywnych. Za ważne uznano również **modelowanie zachowań dzieci przez dorosłych**. W trój etapowym modelu interakcji społecznych wskazano, że spożywanie przez rodziców mocnych alkoholi może sprzyjać inicjacji alkoholowej dzieci (I etap). Zachowania te mogą zwiększyć wpływy rówieśnicze i przy tym sprzyjać eksperymentom z marihuaną (II etap), a w rezultacie – wskutek nadmiernej kontroli i braku spójnych wymogów dyscyplinarnych – sięganiu po znacznie mocniejsze i bardziej niebezpieczne środki (III etap). Zdaniem badaczy postawy i zachowania rodziców zostały uznane za kluczowe w rozwoju ryzykownych aktywności dzieci⁴¹.

John Bowlby w koncepcji nazwanej teorią przywiązania, koncentruje się na relacjach dziecka z opiekunami. Według badacza pełnią one kluczową rolę w rozwoju psychologicznym dziecka. Silne poczucie bliskości rodziców sprzyja wykreowaniu się u dziecka umiejętności przewidywania ich zachowań oraz reakcji na różnego rodzaju aktywności, a powtarzalność tych interakcji jest dla dziecka źródłem ważnych informacji o relacjach. Deficyty tych kontaktów we wczesnym dzieciństwie skutkują nieprawidłowościami w dorosłości: unikaniem kontaktów z innymi ludźmi, brakiem potrzeby nawiązywania takich relacji, lękiem o utratę osoby bliskiej. Zaburzenia te uznano za konsekwencję braku uwagi poświęcanej dziecku we wczesnych fazach rozwoju bądź za skutek doświadczania przez dziecko niedostatecznej bliskości ze strony rodziców lub opiekunów⁴².

W literaturze naukowej można się również spotkać z **teoriami wskazującymi neurobiologiczne uwarunkowania** zażywania środków psychoaktywnych.

Teoria „syntetyzacji zachęć” tłumaczy podłoże kompulsyjnego dążenia osoby uzależnionej do ponownego przyjmowania danego narkotyku. Skrótowa charakterystyka tego procesu wygląda następująco:

- środki psychoaktywne wywołują długotrwałe zmiany w organizacji funkcji mózgu;
- zmiany te są związane z sensytyzacją układu nagrody;

⁴⁰ S.R. Dube, V.J. Felitti, M. Dong i in., *Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study*, „Pediatrics” 2003, 111(3), s. 564–572.

⁴¹ D.B. Kandel, R.C. Kessler, R.Z. Margulies, *Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: A developmental analysis*, „Journal of Youth and Adolescence” 1978, 7(1), s. 13–40.

⁴² J. Bowlby, *Przywiązanie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, passim.

- szczególnej sensytyzacji podlegają nie te elementy układu nagrody, które są związane z bezpośrednim subiektywnie przyjemnym pozytywnym odczuciem nagrody, lecz związane z pożądaniami nagrody;
- główny mechanizm charakteryzujący uzależnienie to sensytyzacja układów neuronalnych odpowiedzialnych za zachowania motywacyjno-popędowe; ich nadmierna aktywacja prowadzi do przymusowych zachowań zorientowanych na kontakt z narkotykiem, odpowiada także za nawroty używania⁴³.

Inna teoria z tego nurtu, odwołująca się do **neuroplastyczności mózgu**, wskazuje, że sporadyczne sięganie po narkotyki może z biegiem czasu przekształcić się w kompulsywne zaburzenie. To przejście do uzależnienia wynika z podatności genetycznej i rozwojowej w połączeniu z indukowaną farmakologicznie plastycznością w obwodzie mózgowym, wzmacniającą wyuczzone zachowania związane z narkotykami kosztem adaptacyjnej odpowiedzi na naturalne nagrody. Neuroplastyczność mózgu określa jego zdolność do zmian i utrwalania nowych śladów pamięciowych oraz uczenia się nowych informacji. Według założeń tej teorii mózg – mówiąc kolokwialnie – „uczy się” uzależnienia⁴⁴.

Z licznymi teoriami z tego nurtu można się zapoznać m.in. w pracach Bogdana Szukalskiego⁴⁵, Marcina Wojnara⁴⁶ i wielu innych autorów.

Z perspektywy socjologicznej zażywanie środków psychoaktywnych w XXI wieku stanowi zjawisko wysoce złożone. Można je rozpatrywać, stosując perspektywę zależną od **społecznego kontekstu zachowań** związanych z sięganiem po narkotyki, np. zażywanie tych środków jako zachowanie przestępcze, ucieczkowe, konformistyczne, stymulujące, rekreacyjno-zabawowe itp. **W socjologicznym ujęciu sięganie po środki odurzające jest uznawane za zachowanie dewiacyjne, odbiegające od powszechnie przyjętych ustanowień**, natomiast jego przyczyny zostały ujęte w licznych teoriach, spośród których skrótowo przedstawiamy najbardziej charakterystyczne dla prezentowanego zjawiska. Dla pełniejszego poznania przedstawionych teorii proponujemy odwołanie się do lektur wymienionych na końcu rozdziału.

⁴³ W. Kostowski, *Podstawowe mechanizmy i teorie uzależnień*, „Alkoholizm i Narkomania” 2006, 19(2), s. 139–168; T.E. Robinson, K.C. Berridge, *The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction*, „Brain Research Review” 1993, 18, s. 247–291.

⁴⁴ P.W. Kalivas, C. O’Brien, *Drug addiction as a pathology of staged neuroplasticity*, „Neuropsychopharmacology” 2008, 33(1), s. 166–180.

⁴⁵ B. Szukalski, *Neurobiologiczne podstawy uzależnienia od narkotyków*, „Farmacja Polska” 2009, 65(9), s. 655–664.

⁴⁶ M. Wojnar, K.J. Brower, *Neurobiologiczne mechanizmy uzależnienia*, w: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.C. Czabała (red.), *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, s. 105–125.

Robert Merton wskazywał, że w inicjacji zachowań dysfunkcyjnych, m.in. zażywania narkotyków, ważną rolę pełni struktura społeczna określająca cele kulturowe i zapewniająca instytucjonalne środki do ich osiągnięcia. Według autora, osoby zażywające narkotyki to jednostki, które odrzuciły zarówno proponowane cele, jak i środki pozwalające na ich realizację, zaś sięganie po narkotyki oraz specyficzny styl życia z tym związany to sposób dostosowania się do dynamicznych uwarunkowań społecznych⁴⁷.

Travis Hirschi w swojej koncepcji przedstawił 4 zmienne mogące wpływać na podejmowanie czynów niedozwolonych:

- przywiązanie (emocjonalne związki z otoczeniem);
- zaangażowanie (konformizm wynikający z bilansu zysków i strat);
- zaabsorbowanie (działalnością zgodną z normami);
- przekonanie (wiara w słuszność norm).

Według tego autora, poszanowanie wymienionych składowych sprzyja stabilności struktury społecznej, zaś ich naruszanie może prowadzić do chaosu. Osoby dokonujące czynów przestępczych (m.in. zażywające narkotyki) to takie, u których zostały zerwane więzi łączące je ze społeczeństwem⁴⁸.

Zdaniem Marca LeBlanca, silne więzi jednostki z osobami dla niej istotnymi sprzyjają kontroli zewnętrznej (uznawaniu przepisów, norm, zasad, zwyczajów), która z czasem może się przyczynić do wytworzenia (internalizacji) u jednostki kontroli wewnętrznej, uznawanej za najskuteczniejszą ochronę przed podejmowaniem dewiacyjnych zachowań⁴⁹. O ile to nie nastąpi, podatność na wpływy środowisk dewiacyjnych – w tym przypadku osób korzystających ze środków psychoaktywnych – jest znacznie bardziej możliwa. Prowadzone badania potwierdzają słuszność i aktualność przyjętych założeń⁵⁰.

W myśl założeń Richarda Clowarda i Lloyd'a Ohlina, zachowania dewiacyjne są konsekwencją wstąpienia jednostki w szeregi grup podkulturowych. Do subkultur o dewiacyjnym charakterze badacze zaliczają podkultury przestępcze i konflikto-we, które cechuje brak norm społecznych i wzorów postępowania oraz podkultury wycofania tworzone zwykle przez jednostki z niższych warstw społecznych, w których brakuje możliwości zmiany swojego statusu. Nabyte w tych środowiskach sposoby odbioru otoczenia, a zwłaszcza strategie rozwiązywania trudności,

⁴⁷ R.K. Merton, *Social Structure and Anomie*, „American Sociological Review” 1938, 3(5), s. 672–682.

⁴⁸ T. Hirschi, *Causes of Delinquency*, University of California Press, Berkeley 1969.

⁴⁹ L. Pytka, *Pedagogika resocjalizacyjna*, Wydawnictwo APS, Warszawa 2008, s. 54–56.

⁵⁰ M. Rezende Bazon, R. Estevão, *Juvenile Criminal Behavior and Peers' Influences: A Comparative Study in the Brazilian Context*, „Universitas Psychologia” 2012, 11(4), s. 1157–1166.

skutkują w dorosłości⁵¹. W tej sytuacji osoby takie bądź wycofują się na margines społeczny, szukając ucieczki w środkach odurzających – uśmierających, tłumiących poczucie inności, bądź tworzą grupy wycofania, w których zachowania dewiacyjne – w tym zażywanie narkotyków – stanowią normę akceptowaną przez ich członków⁵².

Według Howarda Beckera, dewiacje (zażywanie narkotyków również) są wytworem społeczeństwa; grupy społeczne, wykluczając osoby zachowujące się wbrew przyjętym normom, kreują zbiorowości dewiantów. Podając za przykład środowisko palaczy marihuany, Becker opisał, w jaki sposób jednostki korzystające z tego narkotyku tworzą społeczności aprobujące ich zachowania, mimo że dla pozostałych członków społeczeństwa pozostają one outsiderami⁵³.

Denise B. Kandel w trakcie wieloletnich badań ustaliła, że powstawanie uzależnienia jest procesem kilkufazowym, w którym występują pewne prawidłowości. Pierwszym etapem jest palenie tytoniu albo łączenie palenia z alkoholem, kolejnym jest używanie marihuany, a następnym zażywanie innych nielegalnych narkotyków. Zgromadzone dane wskazywały, że eksperymenty z silniejszymi środkami są mało prawdopodobne wśród osób niemających wcześniejszych kontaktów z substancjami uznanymi za słabsze i bezpieczniejsze. Wśród sięgających po narkotyki inne niż marihuana zidentyfikowano nieliczne jednostki zgłaszające brak wcześniejszych eksperymentów z marihuaną. Teoria ta została określona mianem **teorii faz lub bramy (gate theory)**⁵⁴.

Warto się również odwołać do **teorii społecznego uczenia się** Alberta Bandury, prawdopodobnie najbardziej popularnej wśród koncepcji pedagogicznych. W jej myśl sięganie po narkotyki stanowi konsekwencję przejmowania wzorców takiego postępowania. Obserwując zachowania ważnych osób w swoim otoczeniu, jednostka nabywa i modeluje w sobie wzorce tych postaw. Grono modeli, których zachowania są naśladowane, stanowią głównie członkowie najbliższej rodziny oraz ważne osoby w środowisku rówieśniczym, młodzieżowi idole. Zasadniczą rolę w procesie społecznego uczenia się pełni obserwacja, w ramach której

⁵¹ R.A. Cloward, L.E. Ohlin, *Delinquency and Opportunity. A Theory of Delinquent Gangs*, „The Free Press of Glencoe”, New York 1961, s. 161–186.

⁵² E. Goode, *Drugs in American Society (7th 08 – Old Edition)*, McGraw-Hill Publishers, New York 2007, s. 68–69.

⁵³ H.S. Becker, *Outsiderzy. Studia z socjologii dewiacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.

⁵⁴ D. Kandel, *Stages in Adolescent Involvement in Drug Use*, „Science” 1975, 190, s. 912–914; D. Kandel, R. Faust, *Sequence and Stages in Patterns of Adolescent Drug Use*, „Archives of General Psychiatry” 1975, 32(7), s. 923–932.

częstotliwość zaobserwowanych wzorców zachowań sprzyja silniejszemu oddziaływaniu na jednostkę. Zapamiętywanie obserwowanych aktywności, ich odtwarzanie, a w rezultacie przejmowanie jako własnych, są kolejnymi etapami procesu nauki. Efekty nagradzające za prawidłowe naśladownictwo zachowań (m.in. akceptacja w grupie) sprzyjają zapamiętywaniu i wiernemu ich odtwarzaniu. Silne związki z osobami korzystającymi ze środków psychoaktywnych znacząco wpływają na naśladowanie tego typu aktywności przez jednostki nowo przyjęte do danej społeczności. Korzystanie z modeli stanowi element procesu społecznej transmisji kultury i jest niezbędnym elementem społecznego uczenia się⁵⁵.

Etapy rozwoju uzależnienia od narkotyków

W literaturze przedmiotu można spotkać się z 4 fazami rozwoju tego typu zależności.

Analizując wyróżnione przez specjalistów fazy zażywania narkotyków – wstępną, ostrzegawczą, krytyczną i chroniczną, należy podkreślić, że w pierwszym stadium zażywanie środków odurzających stanowi zachowanie incydentalne, najczęściej podejmowane pod presją otoczenia, związane z poznawaniem stanów narkotycznych. Zażywanie środków psychoaktywnych bywa wtedy zazwyczaj podejmowane w ramach grupy rówieśniczej, przy czym stan przyjemności po narkotyku zostaje szybko osiągnięty, a samo zażywanie jest dla otoczenia nierzadko trudne do zidentyfikowania⁵⁶. Na tym etapie, w odniesieniu do wielu przypadków, o występowaniu uzależnienia od tego typu środków nie może być jeszcze mowy.

Jednak kolejne fazy zarówno przedstawiają „zagłębianie się” w relacje z osobami zażywającymi, coraz większą motywację własną do poszukiwania i zażywania tych środków, jak i wskazują pogłębiającą się alienację społeczną i coraz bardziej spektakularne szkody zdrowotne.

⁵⁵ A. Bandura, *Teoria społecznego uczenia się*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 30.

⁵⁶ W. Wanat, *Narkotyki i narkomania. Odłot donikąd*, Wydawnictwo „Iskry”, Warszawa 2006, s. 36–45; B. Hołyst, *Zagrożenia ładu społecznego*, t. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2014, s. 117–118.

Tabela 2. Charakterystyka etapów uzależnienia młodzieży szkolnej od narkotyku

Etapy	Przyjmowanie substancji	Motywacja do zażywania	Wywiązywanie się z pełnienia ról społecznych	Konsekwencje
I	okazjonalne i nieregularne	<ul style="list-style-type: none"> niewykazywanie motywacji do aktywności w celu zdobycia narkotyku 	<ul style="list-style-type: none"> wywiązywanie się z pełnienia roli ucznia, kolegi, członka rodziny; realizowanie zainteresowań i wyznaczonych celów 	brak
II	nieregularne – w dni wolne od szkoły, podczas imprez, w gronie zażywających rówieśników	<ul style="list-style-type: none"> wykazywanie inicjatywy w celu zdobycia narkotyku; częściowa koncentracja myśli na narkotykach; kupowanie narkotyków; <ul style="list-style-type: none"> 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; mniejsza 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
III	<ul style="list-style-type: none"> 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 	niewywiązywanie się z pełnionych ról społecznych: <ul style="list-style-type: none"> powtarzanie klasy, zmienianie 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; wiedza otoczenia o zażywaniu; <ul style="list-style-type: none"> konflikty z prawem; utrata kontaktu z rodzicami, ucieczki z domu; podejmowanie pierwszych prób leczenia, często nieskutecznych

Tabela 2. – cd.

Etapy	Przyjmowanie substancji	Motywacja do zażywania	Wywiązywanie się z pełnienia ról społecznych	Konsekwencje
IV	<ul style="list-style-type: none"> • regularne zażywanie, dłuższe ciągi; • uzależnienie fizyczne, psychiczne i społeczne; • występowanie objawów abstynencyjnych; • kontekst społeczny bez znaczenia 	<ul style="list-style-type: none"> • silna motywacja własna na zdobyciu narkotyku; • koncentracja na myśleniu o narkotykach, ich zdobywaniu i zażywaniu (kupno, handel, kradzieże, wyprzedaż rzeczy w celu uzyskania pieniędzy na zakup narkotyków) 	<p>całkowite wypadnięcie z pełnionych ról społecznych:</p> <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; <ul style="list-style-type: none"> • koncentracja zainteresowań wyłącznie wokół spraw dotyczących narkotyków, których zażywanie daje coraz mniejszą satysfakcję 	<p>poważne konsekwencje i straty spowodowane zażywaniem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • izolacja środowiskowa; • kolizje z prawem; • funkcjonowanie w „błędym kole” – myślenie o zdobyciu narkotyku – zdobycie środków na jego zakup – zażycie narkotyku – myślenie o zdobyciu narkotyku itd.; • zauważalne szkody zdrowotne

Źródło: opracowanie własne na podstawie Z. Michalczyk, *Zażywanie substancji psychoaktywnych w okresie dorastania*, Mazowieckie Centrum Profilaktyki Społecznej, Warszawa 2018, s. 28–31.

Podział narkotyków, oddziaływanie na organizm ludzki

Przyjmowanie dosyć popularnego podziału na narkotyki „miękkie” i „twarde” nie jest właściwe, ponieważ taka klasyfikacja – dosyć często występująca w wielu internetowych artykułach – pomniejsza zagrożenia i konsekwencje związane z niekontrolowanym przyjmowaniem substancji powodujących zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN).

Według klasyfikacji WHO, narkotyki można podzielić na 6 grup, przy czym jednym z kryteriów tego podziału jest kierunek ich działania farmakologicznego:

- depresanty – związki spowalniające aktywność OUN (m.in. alkohol etylowy, barbiturany, benzodiazepiny i kwas γ -hydroksymasłowy);
- stymulanty – substancje pobudzające czynność OUN (m.in. amfetamina, metamfetamina, kokaina, metkatinon, katina i katinon);
- opioidy – morfina, kodeina, tebaina oraz opioidy półsyntetyczne i syntetyczne;

- kannabinoidy – marihuana, haszysz i olej haszyszwowy;
- halucynogeny – związki wywołujące halucynacje, które dzieli się na 4 podgrupy należące do różnych grup chemicznych:
 - a) pochodne ergoliny (lizergid),
 - b) pochodne tryptaminy (psylocyna i psylocybina),
 - c) pochodne karboliny (harmina i harmalina),
 - d) pochodne fenetylaminy (meskalina);
- inhalanty/wziewne środki odurzające – pospolite rozpuszczalniki, np. toluen, ksylen, heksan i benzyna, gazy, np. propan i butan, propelanty aerozoli, spreje⁵⁷.

Według źródeł i sposobów pozyskiwania lub produkowania narkotyki można także podzielić na:

- **Środki psychoaktywne otrzymywane z surowców roślinnych**, m.in.: kokaina pozyskiwana z krzewu *Erythroxylon coca*, *Cannabis sativa* – źródło kannabinooidów, mak *Papaver somniferum* – źródło opiatów; khat (czuwaliczka jadalna) pozyskiwany z krzewu *Catha edulis*; rośliny halucynogenne, czyli kaktus *Lophophora wiliamsii* – źródło meskaliny, *Salvia divinorum* – źródło salwinoryny. Narkotyki otrzymywane z roślin to grupa kilkunastu substancji psychoaktywnych, do których należą również narkotyki (określanych mianem „twardych”) wywołujące uzależnienie fizyczne. Do najbardziej niebezpiecznych ze względu na zdolność wywoływania uzależnienia fizycznego lub bardzo duże rozpowszechnienie należą opioidy i kokaina.
- **Środki otrzymywane w drodze syntezy chemicznej**, czyli narkotyki stanowiące wielokrotnie liczniejszą grupę substancji psychoaktywnych, powiększaną każdego roku o nowe związki toksyczne. Zdaniem ekspertów United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, z tego typu narkotykami będą się wiązać największe zagrożenia w XXI wieku⁵⁸. Przykład problemów związanych z popularnością i zażywaniem nowych środków psychoaktywnych nazywanych potocznie dopalaczami wydaje się potwierdzać te przypuszczenia.

Działanie na organizm człowieka

Zarówno psychoaktywne doznania uzyskiwane po przyjęciu środków o takim potencjale, jak i odpowiedzi organizmu po ich odstawieniu, są zróżnicowane. Do najczęściej obserwowanych należą:

1. **Depresanty** (alkohol, benzodiazepiny, barbiturany, niektóre NSP)

⁵⁷ B. Szukalski, *Charakterystyka środków psychoaktywnych*, w: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.C. Czabała (red.), *Uzależnienie od narkotyków...*, op. cit., s. 35–50.

⁵⁸ Ibidem.

- działanie: zaburzenia percepcji, spowolnienie reakcji, niepokój, senność, zaburzenia ostrości widzenia, hipotonia, tachykardia, bełkotliwa mowa, zaparcia, ataksja;
 - objawy odstawienia: bóle w jamie brzusznej, kurcze mięśniowe, obniżenie łaknienia, pobudzenie, bezsenność, niepokój, nadwrażliwość na światło i hałas, urojenia, lęk, stany depresyjne.
2. **Stymulanty** (amfetamina, kokaina, eferdyna, metamfetamina, ecstazy, niektóre NSP)
- działanie: brak poczucia zmęczenia, nadmierna odwaga, nieuzasadniony podwyższony nastrój, gadatliwość, euforia, szybka drażliwość, wzmożony napęd psychoruchowy, brak potrzeby snu, obniżenie łaknienia, krótkotrwała poprawa koncentracji, w przypadku kokainy podniecenie seksualne;
 - objawy odstawienia: lęk, stany depresyjne, zmęczenie, apatia, czasem pobudzenie ruchowe, zespoły urojeniowe, omamy, wzmożona senność.
3. **Opioidy** (heroina, morfina, papaweryna, kodeina, niektóre NSP)
- działanie: euforia, poczucie wewnętrznego spokoju, senność, nieuzasadniony dobrostan, spowolnienie psychoruchowe, zaparcia, redukcja łaknienia, słabsza reakcja na ból, zanik potrzeb seksualnych;
 - objawy odstawienia: dolegliwości bólowe całego organizmu, a zwłaszcza mięśni, biegunka, nudności, zaburzenia snu, drażliwość i napady złości, wysięk z nosa, ziewanie, łzawienie, kichanie.
4. **Kanabinoły** (marihuana, haszysz, olej haszyskowy, niektóre NSP)
- działanie: dobry nastrój, słowotok, nadwrażliwość zmysłowa, zaburzenia aktywności, trudności w przyswajaniu wiedzy, lęk, zaburzenia pamięci, zaburzenia myślenia, zaburzenia snu, wzrost apetytu;
 - objawy odstawienia: pobudzenie psychoruchowe, złość, agresja, niepokój, urojenia o treści prześladowczej, depersonalizacja, zaburzenia świadomości, ból głowy, spłycenie i skrócenie snu, brak motywacji do działania.
5. **Inhalanty** (rozpuszczalniki, benzyna, gaz do zapalniczek, aerozole)
- działanie: euforia, omamy, senność, zaburzenia nastroju, zaburzenia funkcji poznawczych, niższa aktywność ruchowa;
 - objawy odstawienia: wahania nastroju, drażliwość, lęk, zaburzenia snu, bóle głowy, zaburzenia koordynacji ruchowej, osłabienie siły mięśni⁵⁹.
6. **Środki halucynogenne** (m.in. LSD, meskalina, psylocybina i wiele innych)
- działanie: zniekształcony odbiór obrazów i dźwięków, halucynacje wzrokowe, słuchowe, czuciowe, zapachowe; wrażenie depersonalizacji i oderwa-

⁵⁹ Z. Michalczyk, *Zażywanie substancji psychoaktywnych w okresie dorostania*, Mazowieckie Centrum Profilaktyki Społecznej, Warszawa 2018, s. 106–107.

nia, zjawisko synestezji, które polega na pomieszaniu wrażeń, np. widzenie dźwięków, słyszenie barw; zmienia się poczucie czasu i przestrzeni; główne objawy somatyczne to wzrost ciśnienia krwi, przyspieszone bicie serca, drgawki, uczucie mrowienia, wymioty, osłabienie mięśniowe i wzrost temperatury ciała, rozszerzone źrenice;

- zespół odstawienia: nie zaobserwowano objawów typowych dla zespołu odstawienia LSD, jednak przez długi czas może towarzyszyć splątanie, mogą się również pojawiać nawroty omamów, tzw. *bad trips*; zdarzają się jednak zatrucia spowodowane niektórymi grzybami halucynogennymi⁶⁰.

Leki bez recepty (OTC) wykorzystywane w celach narkotycznych

Leki OTC (*over-the-counter drug*) to leki wydawane bez recepty; mają służyć niejako samoleczeniu się, choć następuje to z różnym skutkiem, bo są nadużywane, zresztą przy wielkim udziale reklamy, w której te same specyfiki występują pod różnymi nazwami, co wprowadza w błąd wielu ludzi. Mechanizm ten działa w Polsce bardzo dobrze, gdyż należy ona 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 to ustawa o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych⁶¹.

O aktualnej sytuacji obrotu leków w Polsce można przeczytać na wielu portalach internetowych – informacje te dotyczą sprzedaży leków OTC i leków na receptę oznaczanych jako Rx⁶².

⁶⁰ M. Jędrzejko, A. Kowalewska, *Wpływ substancji psychoaktywnych na zdrowie i zachowania człowieka*, w: M. Jędrzejko (red.), *Narkomania – spojrzenie wielowymiarowe*, Akademia Humanistyczna im. A. Gieysztora/Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Pułtusk–Warszawa 2009, s. 239–249.

⁶¹ Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz.U. 2020, poz. 357.

⁶² Rynek farmaceutyczny wart ponad 36 mld zł. W marcu apteki przeżywają obłędzenie, <https://www.wirtualnemedica.pl/arttykul/rynek-farmaceutyczny-wart-ponad-36-mld-zl-w-2019-roku-raport-dane-sprzedaz-w-aptekach-w-marcu> [dostęp: 30.05.2020]; Drug Classification: Prescription and OTC drugs. Pan American Health Organization, <https://www.paho.org/english/ad/thse/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].

Przykłady

W latach 90. XX wieku oraz na przełomie wieków XX i XXI, wytwarzanie środków psychotropowych z leków zawierających w składzie efedrynę było obserwowane niemal wyłącznie wśród narkomanów przyjmujących narkotyki pobudzające, zwłaszcza amfetaminę. Na początku XXI wieku na rynku farmaceutycznym zaczęły się masowo pojawiać medykamenty zawierające w swoim składzie związki, które – przyjęte po odpowiednim spreparowaniu, bądź w dawce znacznie większej niż zalecana, mogły powodować oczekiwane narkotyczne doznania. Najczęściej stosowane są bezreceptowe leki zawierające efedrynę lub pseudoefedrynę, dekstrometorfan, benzydaminę i dimenhidrynat.

Efedryna jako lek stosowana bywa również m.in. w zapaściach, stanach podciśnienia, starczej rozedmie płuc, przeciwko astmie, w stanach napadowej senności. Działa również przeciwbakteryjnie i przeciwwirusowo, a poprzez efekt napotny wpływa na regulację temperatury ciała. Należy do środków silnie pobudzających, przez co stanowi bazę składową przy produkcji mieszanek energetyzujących wraz z kofeiną, guaraną, magnezem i minerałami.

Działania niepożądane w przypadku nadużywania leków z efedryną to: bezsenność, drgawki, nudności, tachykardia, nadciśnienie tętnicze, wzmożona potliwość oraz silny niepokój wraz z uczuciem przewlekłego zmęczenia i przygnębienia przy odstawieniu specyfiku. Do konsekwencji zdrowotnych należą m.in. niebezpieczeństwo wystąpienia zawałów serca i udarów mózgu oraz zespół parkinsonowski będący efektem zatrucia manganem nieprawidłowo stosowanym podczas ekstrakcji metkatynonu (podczas domowej przeróbki).

Dekstrometorfan (DXM) – stosowanie go w celach niemedycznych, w ilościach przekraczających dawki terapeutyczne nawet kilkadziesiąt razy, to w Polsce zjawisko stosunkowo nowe. O ile dawki terapeutyczne (90 mg na dobę) faktycznie nie stwarzają zagrożenia, to celowe nadużywanie substancji (od 225 do 1500 mg jednorazowo) przynosi nierzadko spektakularne rezultaty. Reakcja organizmu na dekstrometorfan jest zróżnicowana i zależy może np. od genetycznych uwarunkowań eksperymentującego. Wyróżnia się cztery poziomy narkotycznego działania DXM (określane jako plateau):

- I plateau – zażywający zgłaszają zdecydowaną poprawę samopoczucia, euforię, silną empatię, wrażenie zjednoczenia z całym otoczeniem; w związku z wyostrzeniem odbioru bodźców słuchowych na tym poziomie odurzenia szczególną przyjemność przynosi słuchanie muzyki, występują również zaburzenia w odczuwaniu grawitacji;

- II plateau – objawy są bardzo podobne jak na I poziomie, jednak występują z większą intensywnością; zaburzenia w mowie i poruszaniu się; przy zamkniętych oczach mogą pojawiać się halucynacje;
- III plateau – działanie jest zróżnicowane indywidualnie, przy zamkniętych oczach występują halucynacje, może wystąpić poczucie oddzielania się od ciała, występuje desynchronizacja odbioru wrażeń wzrokowych, poczucie znieczulenia, silne zaburzenia świadomości, mogą się pojawiać halucynacje nieprzyjemne, wywołujące panikę;
- IV plateau – występują stany poczucia całkowitego oddzielenia się od ciała włącznie z depersonalizacją, możliwe występowanie złudzenia bycia przedmiotem lub elementem otoczenia, może pojawić się wrażenie śmierci, któremu towarzyszy paniczny strach, silne halucynacje; stany doświadczane na tym poziomie bywają objęte częściową amnezją.

Z obserwacji klinicznych wynika, że nadużywanie dekstrometorfanu prowadzi do uzależnienia psychicznego. Występuje silny „głód” leku, wzrost tolerancji oraz objawy abstynencyjne, u niektórych osób upośledzenie kontroli zażywania. Dosyć często kończy się ono hospitalizacją. Mniej dotkliwe dolegliwości to swędzenie skóry, wymioty i wzrost ciepłoty ciała. Bardziej poważne i długoterminowe konsekwencje to stany lękowe, problemy ze snem, zaburzenia procesów poznawczych i pamięci. Pod wpływem DXM dojść może do wszelkiego rodzaju wypadków, na które w tym stanie dosyć łatwo się narazić. W skrajnych przypadkach może dojść również do zgonu.

Benzydamina. Medykamenty zawierające benzydaminę stanowią grupę niesteroidowych leków o działaniu przeciwzapalnym. Działają przeciwbólowo, łagodzą ból, włącznie z miejscowym znieczuleniem chorego obszaru ciała, mają również właściwości przeciwgrzybiczne i przeciwbakteryjne. Stosuje się je w stanach zapalnych jamy ustnej, gardła, po ekstrakcji zębów oraz w stanach zapalnych narządów rodnych u kobiet i w higienie osobistej podczas porodu. Najczęściej stosowany w celach narkotycznych preparat to Tantum Rosa, dostępny bez recepty jako proszek do przygotowania roztworu do irygacji pochwy.

Osoby używające benzydaminę w celach rekreacyjnych potwierdzają występowanie różnego rodzaju halucynacji. W miarę zwiększania dawki narkotyku rośnie euforia oraz pojawiają się trudności z koordynacją ruchu, niektórzy użytkownicy podają występowanie silnej woni padliny wraz z wizualizacją martwych zwierząt. Stan taki może się utrzymywać przez 10–12 godzin. W miarę ustępowania działania specyfiku nasila się złe samopoczucie, splątanie, niepokój. Możliwe jest również utrzymywanie się przez jakiś czas rozmazanego obrazu przed oczami, omamy mogą się pojawiać nawet do kilku miesięcy po przyjęciu benzydminy.

Dimenhydrynat. Pojawiają się także doniesienia o zażywaniu w celach narkotycznych Aviomarinu (dimenhydrynat) – powszechnie dostępnego leku przeciwwymiotnego, stosowanego w chorobie lokomocyjnej. W dawkach terapeutycznych lek nie wykazuje działania psychoaktywnego, jednak w celu uzyskania omamów stosuje się dawki wielokrotnie przekraczające zalecane przez farmaceutów. Działanie leku bywa czasami wzmacniane alkoholem. Odurzające efekty utrzymują się 8–12 godzin, po których następuje długi sen, nierzadko trwający dobę. Po przyjęciu określonej dawki występują halucynacje wzrokowe (zwłaszcza przy zamkniętych oczach), zapachowe i słuchowe wraz z zaburzeniami myślenia oraz irracjonalnymi zachowaniami. Ponadto po przyjęciu dużych dawek występują zaburzenia widzenia, nudności, wymioty, bóle głowy, majaczenia, reakcje alergiczne, zawroty głowy, lęki, psychozy, dzwonięcie w uszach. Pomimo że dimenhydrynat ma niski potencjał uzależniający, u osób korzystających obserwowano występowanie zespołu amotywyacyjnego i stanów depresyjnych⁶³.

Nowe substancje psychoaktywne – tzw. dopalacze

Nowe substancje psychoaktywne znane z mass mediów, a niektórym z autopsji, to tzw. dopalacze⁶⁴. Stanowią generację nowych narkotyków o trudnej do przewidzenia sile działania, wysokim ryzyku zatrucia i śmiertelności, które może być nawet tysiąc razy silniejsze niż w przypadku znanych, tzw. klasycznych, narkotyków, a leczenie zatrucia spowodowanych tymi środkami i uzależnień od nich jest bardzo trudne. Ich popularność spowodowana została legalnością handlu na terenie Polski w latach 2007–2010, podstępym marketingiem oraz dostępnością za pośrednictwem Internetu.

Krótką charakterystyka

Okoliczności związane z produkcją, dystrybucją i używaniem nowych środków psychoaktywnych potwierdzają znacznie większe zagrożenie dla zdrowia i życia użytkowników niż w przypadku narkotyków dotychczas znanych. Wskazywane zagrożenia to przede wszystkim:

⁶³ M. Motyka, J.T. Marcinkowski, *Nowe metody odurzania się. Cz. I. Leki dostępne bez recepty wykorzystywane w celach narkotycznych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2014, 95(3), s. 504–511.

⁶⁴ B. Lubecka, M. Lubecki, R. Pudło, „Dopalacze” – co wiemy o nowych substancjach psychoaktywnych?, „Psychiatria” 2018, 15(2), s. 99–109.

- bazą wyjściową mogą być znane narkotyki, np. amfetamina lub marihuana;
- czas od przyjęcia do reakcji OUN jest zazwyczaj bardzo krótki, jednak możliwe jest również działanie ze znacznym opóźnieniem;
- podstępny marketing sugerujący legalność;
- bardzo szybko uzależniają, zwłaszcza psychicznie;
- są najczęściej substancjami syntetycznymi, a w przypadku ziołowych NSP są to najczęściej środki wzmocnione w laboratoriach;
- działają na receptory podobnie jak znane narkotyki, jednak dużo szybciej;
- powodują silne zaburzenia układu krążenia i układu oddechowego;
- są aktywne nawet w małych dawkach;
- zawierają substancje psychoaktywne, których działanie na organizm nie zostało jeszcze zbadane;
- przedawkowanie grozi śmiercią⁶⁵.

Już w trakcie zamykania tego tekstu polskie media obiegrała informacja o pojawieniu się na rodzimym rynku narkotykowym nowego, bardzo toksycznego środka o nazwie etazen. Jak podaje Główny Inspektorat Sanitarny (GIS), jest to syntetyczny opioid o sile działania 60 razy przekraczającej działanie morfiny, bardzo toksyczny i bardzo niebezpieczny. W Polsce był oferowany w ulicznym handlu na terenie Łodzi, pod postacią szarego proszku o wysokim stężeniu (czysta substancja). Prawdopodobnie może służyć do rozpuszczania w płynach i iniekcji, jak również do przyjmowania przez drogi oddechowe (inhalowany przez nos podobnie jak kokaina, amfetamina i wiele innych środków), może być także sprzedawany pod postacią tabletek, kapsułek, suszu do palenia, liquidu do e-papierosa oraz spreju donosowego⁶⁶. Etazen należy do grupy nowych środków psychoaktywnych nazywanych popularnie dopalaczami, w których często zmienia się skład i stężenie. Potencjalni ich użytkownicy – nie tylko etazenu – zazwyczaj nie mają wiedzy, jak groźny jest specyfik, który postanowili przyjąć w ramach wakacyjnej „zabawy”. W przypadkach zatrucia zarówno brak wiedzy, jak i niewiadomy skład toksyny, utrudniają bądź zupełnie uniemożliwiają udzielenie pomocy medycznej ratującej zdrowie i życie⁶⁷. Etazen to niestety tylko jeden z setek nowych środków psychoaktywnych pojawiających się zwłaszcza w okresie wakacji, kiedy bez troska potencjalnych użytkowników, wynikająca z okoliczności, wydaje się być znac-

⁶⁵ M. Jędrzejko, T. Białas, *Narkotyki i nowe substancje...*, op. cit.

⁶⁶ Główny Inspektorat Sanitarny, *Ostrzeżenie publiczne – bardzo niebezpieczny narkotyk – etazen!* <https://gis.gov.pl/aktualnosci/ostrezenie-publiczne-bardzo-niebezpieczny-narkotyk-etazen/> [dostęp: 15.07.2020].

⁶⁷ K. Torchała, *Ostrzeżenie: nowy niebezpieczny narkotyk w Polsce*, <https://www.medonet.pl/psychologia/uzaleznienia,etazen-w-polsce--ostrezenie-gis,artykul,50010530.html> [dostęp: 16.07.2020].

nie większa niż w pozostałych miesiącach, a czujność zanika niemal zupełnie. Jak potwierdzają dotychczasowe obserwacje, podczas wakacji może dochodzić do znacznie większej liczby spowodowanych nowymi narkotykami zatruć, nierzadko kończących się zgonem⁶⁸.

Szersze informacje na temat NSP można uzyskać w lekturach, których tytuły zamieszczono na końcu tego rozdziału.

Leczenie w Polsce. Społeczność terapeutyczna, profilaktyka uzależnień

Osoby uzależnione od narkotyków w Polsce mogą uzyskać profesjonalną pomoc w placówkach prowadzących detoksykację i rehabilitację stacjonarną długoterminową, a także w ramach ambulatoryjnych oddziaływań psychoterapeutycznych. Mogą również korzystać z programów leczenia substytucyjnego.

Metody farmakologiczne

Możemy wyróżnić 3 zasadnicze metody podejścia do leczenia uzależnień przy użyciu środków farmakologicznych:

- podczas detoksykacji w celu łagodzenia objawów abstynencyjnych;
- leczenie substytucyjne;
- leczenie awersyjne.

Podczas **detoksykacji** można stosować kilka grup leków:

- jeżeli pacjent jest uzależniony od jakiejś substancji (np. benzodiazepiny), to jej dawki są stopniowo zmniejszane w warunkach kontrolowanych;
- jeżeli otrzymuje leki, które mają efekt podobny do substancji uzależniającej (np. metadon w detoksykacji od heroiny albo benzodiazepiny w detoksykacji od alkoholu), to ich dawki są stopniowo zmniejszane w warunkach kontrolowanych;
- pacjent może też otrzymywać leki blokujące zmiany towarzyszące zespołom abstynencyjnym (np. klonidyna lub lofeksydyna w detoksykacji opioidowej);
- stosuje się także leki bezpośrednio zmniejszające intensywność objawów zespołu abstynencyjnego (leki przeciwbólowe, przeciwwymiotne, przeciwłękowe, nasenne)⁶⁹.

⁶⁸ M. Motyka, *Eskalacja zatruć „dopalaczami” – wskazywane przyczyny rozwoju zjawiska i możliwe sposoby przeciwdziałania*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2015, 3(96), s. 552–558.

⁶⁹ A. Bisaga, M. Wojnar, *Farmakologiczne leczenie uzależnień*, w: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.C. Czabała (red.), *Uzależnienie od narkotyków...*, op. cit., s. 148.

Leczenie substytucyjne jest stosowane najczęściej wśród pacjentów, którzy mimo poddawania ich wielokrotnej detoksykacji, nie są w stanie utrzymać abstynencji. U takich osób warto rozważyć zasadność leczenia substytucyjnego, zwłaszcza, że częste, naprzemienne okresy detoksykacji i powrotów do zażywania zwiększają ryzyko przedawkowania i śmierci (np. w przypadku uzależnienia od opioidów). Leczenie to polega na zastąpieniu substancji nadużywanej farmaceutyką, który daje podobny efekt i przez to eliminuje objawy abstynencyjne oraz głód, przy czym działanie nie ma właściwości euforyzujących. Celem jest powolne odstawianie narkotyku aż do całkowitej rezygnacji z używania, a także ograniczenie ryzyka szkód z nim związanych. Jest ono obecnie szeroko stosowane w leczeniu uzależnienia od opioidów (np. metadon, buprenorfina).

Używanie blokerów i środków awersyjnych w celu zapobiegania nawrotom zażywania. Dla utrzymania długiej abstynencji i w celu zapobiegania nawrotom praktykowane jest stosowanie takich farmaceutyków, które powodują efekty fizjologiczne uniemożliwiające doświadczanie euforyzującego działania substancji psychoaktywnej (np. antagonistów receptorów opioidowych – naltrekson, nalme-fen oraz disulfiramu stosowanego w leczeniu uzależnienia od alkoholu)⁷⁰.

Stosowanie metod psychologicznych

Metody leczenia osób używających narkotyków lub uzależnionych od tych środków powinno być zróżnicowane i dostosowane m.in. do przyczyn sięgania po te środki, czasu trwania zażywania, problemów psychicznych, fizycznych, społecznych i duchowych zażywającej osoby.

Na pomoc osobie uzależnionej składa się wiele oddziaływań (poradnictwo, psychoedukacja, terapia grupowa, interwencja kryzysowa, wsparcie społeczne) stosowanych zależnie od zdiagnozowanych potrzeb:

- Poradnictwo – profesjonalna pomoc w kryzysach rozwojowych (zespole reakcji emocjonalnych, poznawczych i behawioralnych występujących w sytuacjach, kiedy osoba zdrowa nie radzi sobie z rozwiązywaniem zadań właściwych dla danego okresu rozwoju).
- Psychoedukacja – przekazywanie wiedzy i umiejętności niezbędnych do radzenia sobie z funkcjonowaniem społecznym, ze stresem i trudnymi doświadczeniami życiowymi. Prowadzona jest w warunkach sprzyjających doświadczaniu pozytywnego nastroju, celem jest wzbudzenie nadziei na zmianę, bycie wysłuchanym, wsparcie społeczne i instytucjonalne.

⁷⁰ Ibidem.

- Terapia grupowa – metoda osiągania pożądanych zmian przez werbalne i niewerbalne oddziaływanie grupy na jej członków przy wykorzystaniu elementów procesów grupowych. Istotnymi czynnikami sprzyjającymi zmianie są budowanie nadziei, udzielanie informacji zwrotnych, rozwój umiejętności społecznych, naśladowanie oraz doświadczanie spójności grupy. Jest stosowana także w ramach pozyskiwania wsparcia społecznego, uczenia umiejętności życiowych, rozwoju i samodoskonalenia.
- Interwencja kryzysowa – pomoc w usuwaniu przyczyn uniemożliwiających stosowanie dotychczasowych metod radzenia sobie z trudnymi doświadczeniami życiowymi, a w konsekwencji pomoc w odzyskaniu zdolności do samodzielnego pokonywania sytuacji trudnych.
- Wsparcie społeczne – tworzenie warunków do otrzymywania pomocy socjalnej i interpersonalnej w sytuacjach słabszych możliwości radzenia sobie z pełnieniem podstawowych ról społecznych.
- Psychoterapia – świadome oraz celowe stosowanie metod klinicznych i postaw interpersonalnych w celu pomagania ludziom w korzystnej zmianie ich zachowań, procesów poznawczych, doświadczaniu uczuć i radzeniu sobie z ich przeżywaniami⁷¹.

Spoleczność terapeutyczna jest jedną z najbardziej popularnych form pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi od narkotyków. Za zaletę tej metody można uznać fakt, że uczestnictwo w takim leczeniu (w długoterminowych ośrodkach leczenia osób uzależnionych) jest pewnego rodzaju społeczno-psychologiczną terapią środowiskową wykorzystującą zasoby i dynamikę żyjącej wspólnie grupy osób o podobnych doświadczeniach, przy wsparciu kadry terapeutycznej i nierzadko „ozdrowieńców” (osób, które ukończyły terapię w ramach tej społeczności). Metoda ta skupia się na leczeniu całego człowieka, a nie tylko jego uzależnienia. Istotną zaletą społeczności jest udział wszystkich jej uczestników w realnych sytuacjach życiowych, w których członek grupy uczestniczy i które przeżywa, które mogą dostarczyć cennych doświadczeń w społecznym uczeniu się prawidłowego pełnienia ról społecznych⁷².

Profilaktyką określamy wszelkie działania w celu zapobiegania chorobom, a także stosowanie różnych środków zapobiegawczych w celu niedopuszczenia do wypadków, uszkodzeń, katastrof. Są to zatem działania, których celem jest zapobieganie wystąpieniu jakiegoś niekorzystnego zjawiska lub powstrzymanie jego

⁷¹ J.C. Czabała, *Psychologiczne metody w leczeniu uzależnień*, w: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.C. Czabała (red.), *Uzależnienie od narkotyków...*, op. cit., s. 171–172.

⁷² J. Koczurowska, *Spoleczność terapeutyczna w rehabilitacji uzależnień*, w: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.C. Czabała (red.), *Uzależnienie od narkotyków...*, op. cit., s. 183–184.

rozwoju w przypadku pojawienia się jego symptomów ocenianych jako szkodliwe i niepożądane. Skuteczna profilaktyka jest uważana za optymalny sposób hamowania rozwoju lub ograniczania skali zjawisk uznanych za społecznie niepożądane i szkodliwe⁷³.

Możemy wyróżnić trzy poziomy profilaktyki:

- **Profilaktyka uniwersalna**, czyli działania kierowane do wszystkich bez względu na stopień indywidualnego ryzyka występowania zachowań problemowych. Dotyczy redukcji znanych zagrożeń, m.in. przemocy i uzależnień. Jej celem jest zmniejszanie lub eliminowanie czynników ryzyka sprzyjających rozwojowi tych problemów w danej populacji, np. wśród młodzieży szkolnej. Na tym poziomie wykorzystywana jest ogólna wiedza na temat zachowań ryzykownych, czynników ryzyka i czynników chroniących przed podejmowaniem takich zachowań.
- **Profilaktyka selektywna**, która jest ukierunkowana na grupy zwiększonego ryzyka (wobec osób lub grup ze względu na sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową narażonych na większe od przeciętnego ryzyko wystąpienia zachowań problemowych). Jest podejmowana ze względu na fakt przynależności danej osoby do grupy ryzyka, niekoniecznie z powodu wcześniejszych inicjacji. Jest działaniem sprzedającym, a nie naprawczym. Dla dzieci i młodzieży z tych grup organizowane są zbiorowe lub indywidualne oddziaływania, np. treningi umiejętności społecznych, socjoterapia.
- **Profilaktyka wskazująca** kierowana do osób lub grup wysokiego ryzyka. Są to działania adresowane do tych osób lub grup, które mają wysoki indywidualny poziom ryzyka rozwoju problemów alkoholowych lub narkotykowych lub/i innych problemów psychicznych i demonstrowują ich wczesne symptomy. Działania te mają charakter profilaktyczny, czyli są podejmowane wobec osób, które nie spełniają kryteriów diagnostycznych zaburzeń lub chorób wymagających leczenia⁷⁴.

Na przedstawionych poziomach oddziaływań prewencyjnych, w zależności od potrzeb lub poziomu oddziaływania, są stosowane następujące strategie:

- **Informacyjna**. Celem podejmowanych działań jest dostarczenie informacji na temat skutków zachowań ryzykownych i umożliwienie dokonywania racjonalnych wyborów. Strategia zakłada, że nabycie wiedzy o mechanizmach i konsekwencjach zachowań ryzykownych może sprzyjać zmianie postaw i zachowań. Jest to jednak forma mało skuteczna.

⁷³ Z. Michalczyk, *Zażywanie substancji...*, op. cit., s. 127.

⁷⁴ D. Macander, *Profilaktyka uzależnień w szkole*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2013, s. 6–7.

- **Edukacyjna.** Celem jest pomoc w rozwijaniu umiejętności życiowych istotnych dla budowania relacji z innymi, radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania konfliktów, zachowań asertywnych. Strategia ta jest realizowana w ramach bloków ćwiczeń, treningów itp.
- **Działań alternatywnych.** Celem jest pomoc w zaspokojeniu potrzeby sukcesu, satysfakcji, afiliacji poprzez działalność będącą alternatywą dla zachowań ryzykownych (picia alkoholu, narkotyzowania się, agresji). Strategia ta jest realizowana przez szkołę i rodzinę.
- **Interwencyjna.** Celem jest pomoc w rozpoznawaniu i rozwiązywaniu konkretnych sytuacji kryzysowych. Strategia ta wymaga profesjonalnej wiedzy, odpowiednich predyspozycji osobowościowych oraz współpracy z rodzicami dziecka. Zazwyczaj konieczna jest w tym przypadku pomoc specjalistów.
- **Zmian środowiskowych.** Celem jest takie oddziaływanie na środowisko dziecka, którego efektem winno być wzbudzenie chęci zmian i/lub wzmocnienie umiejętności społecznych oraz psychicznych. Strategie tego typu angażują rodziców i środowisko rówieśnicze. Ważną rolę pełnią tu liderzy grup środowiskowych.
- **Zmian przepisów.** Dotyczy okoliczności, w których uczniowie podejmują określone zachowania ryzykowne, np. eksperymentują z używaniem środków psychoaktywnych. Strategia ta jest realizowana poprzez wprowadzanie adekwatnych regulaminów, ustaleń, procedur, indywidualnych kontraktów⁷⁵.

Aby profilaktyka przynosiła efekty, zalecane jest stosowanie rekomendowanych oddziaływań realizowanych przez odpowiednio przygotowanych specjalistów. Lista takich programów znajduje się na stronie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i jest sukcesywnie uzupełniana kolejnymi sprawdzonymi programami⁷⁶.

Proponowane lektury poszerzające wiedzę o uzależnieniach

Historia używania narkotyków

Abel E., *Marihuana: pierwsze dwanaście tysięcy lat*, Wydawnictwo Latawiec, Warszawa 2010.

Breen B., *The age of intoxication: origins of the global drug trade*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 2019.

Davenport-Hines R., *Odurzeni: historia narkotyków 1500–2000*, Wydawnictwo W.A.B., Warszawa 2006.

⁷⁵ B. Gwizdek, E. Sołtys, *Strategie*, „Remedium”, 2003, 3, s. 8–9.

⁷⁶ Programy rekomendowane, <https://programyrekomendowane.pl/strony/programy,264> [dostęp: 24.05.2020].

- Escobotado A., *A Brief History of Drugs: From the Stone Age to the Stoned Age*, Park Street Press, Rochester 1999.
- Kamiński Ł., *Farmakologizacja wojny. Historia narkotyków na polu bitwy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
- Ohler N., *Trzecia Rzesza na haju. Narkotyki w hitlerowskich Niemczech*, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2016.
- Schultes E.R., Hofmann A., Rätsch Ch., *Plants of the Gods: Their Sacred, Healing and Hallucinogenic Powers*, Healing Arts Press, Rochester 2001.

Ogólna wiedza

- Cierpiątkowska L., Grzegorzewska I., *Uzależnienia behawioralne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2018.
- Jędrzejko M.Z., Białas T., *Narkotyki i nowe substancje psychoaktywne*, Oficyna Wydawnicza ASPRA/Centrum Profilaktyki Społecznej Oficyna Wydawnicza von Velke, Warszawa 2019.
- Jędrzejko M.Z., Kowalski M., Rosik B.P., Zagajewski T. (red.), *Narkotyki i dopalacze*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR/Centrum Profilaktyki Społecznej, Warszawa 2016.
- Jędrzejko M. (red.), *Narkomania – spojrzenie wielowymiarowe*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR/Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztora, Warszawa–Pułtusk 2009.
- Kozak S., *Patologia fonoholizmu. Przyczyny, skutki i leczenie uzależnienia dzieci i młodzieży od telefonu komórkowego*, Difin, Warszawa 2013.
- Malczewski A., Kidawa M., *Nowe substancje psychoaktywne w Europie*, Mazowieckie Centrum Profilaktyki Społecznej, Warszawa 2018.
- Malczewski A. (red.), *Raport o stanie narkomanii w Polsce 2019*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2019.
- Michalczyk Z., *Zażywanie substancji psychoaktywnych w okresie dorastania*, Mazowieckie Centrum Profilaktyki Społecznej, Warszawa 2018.
- Osiatyński W., *Alkoholizm i grzech, i choroba, i....*, Wydawnictwo „Iskry”, Warszawa 2013.
- Siemaszko A., *Granice tolerancji. O teoriach zachowań dewiacyjnych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993.
- Szukalski B., *Narkotyki. Kompendium wiedzy o środkach uzależniających*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.
- Woronowicz B.T., *Uzależnienia: geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Media Rodzina/Parpamedia, Warszawa 2009.

Terapia

- Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F., Liese B.S., *Terapia poznawcza uzależnień*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
- Jabłoński P., Bukowska B., Czabała J.C. (red.), *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012.
- Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z., *Integracyjna psychoterapia uzależnień*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2006.
- Miller P.M. (red.), *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2013.
- Młodzież i narkotyki. Terapia i rehabilitacja*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2007.

Profilaktyka

- Jędrzejko M.Z., Szwedzik A. (red.), *Pedagogika i profilaktyka społeczna*, Oficyna Wydawnicza ASPRA/Centrum Profilaktyki Społecznej Oficyna Wydawnicza von Velke, Warszawa–Milanówek 2019.
- Ostaszewski K., *Standardy profilaktyki*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2016.
- Porzak R. (red.), *Profilaktyka w szkole. Stan i rekomendacje dla systemu oddziaływań profilaktycznych w Polsce*, Fundacja „Masz szansę”, Lublin 2019.

Jerzy T. Marcinkowski
Zofia Konopielko

Uzależnienie od nikotyny. Papierosy zwykłe i papierosy elektroniczne

W pozycji F17.2 klasyfikacji ICD-10 zawarto kategorię „zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu – zespół uzależnienia”, które nazywane są też nikotynizmem.

Epidemiologia

Badania prowadzone w latach 2000–2018, opublikowane przez WHO w 2019 r., wykazały, że choć na świecie ogólna liczba palaczy zmniejszyła się o 60 mln, jednak nadal papierosy z nikotyną paliło ponad 1300 mld ludzi na świecie. W 2020 r. liczba palaczy obojga płci wynosiła 1100 mld. Większość palących tytoń stanowią mężczyźni, którzy rzadziej niż kobiety rezygnują z palenia. Jednak obserwuje się trend obniżania tej liczby. Przewiduje się, że do 2025 r. grupa palących na świecie mężczyzn po raz pierwszy zacznie systematycznie się zmniejszać o kolejnych 37 mln (mężczyźni) w porównaniu z 2018 r.

Ocenia się, że nikotynizm odpowiada za 8 mln zgonów na świecie rocznie, z tego 7 mln związanych jest z paleniem czynnym, a 1,2 mln – biernym¹.

¹ Z. Wojtasiński, *WHO: liczba palących papierosy mężczyzn przestaje rosnąć i zacznie spadać*, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C80018%2Cwho-liczba-palacych-papierosy-mezczyzn-przestaje-rosnac-i-zacznie-spadac> [dostęp: 30.05.2020].

Sytuacja w Polsce

Na konferencji prasowej w Warszawie, zorganizowanej 21 listopada 2019 r. z okazji Światowego Dnia Rzucania Palenia, eksperci podali, że w Polsce stopniowo zmniejsza się liczba palaczy papierosów z nikotyną. **Odsetek palących Polaków** w porównaniu z 2011 r. zmniejszył się z 31% do 21%. W roku 2011 paliło 39% mężczyzn, a w 2019 – 24%. Liczba Polek palących od 2011 r. zmniejszyła się z 23% do 18%.

Korzystną zmianą jest fakt, że **zwiększa się odsetek osób, które nigdy nie sięgnęły po papierosa tradycyjnego**. W 2011 r. było to 56% a w 2019 r. – 67% populacji. W tej grupie przeważają kobiety – w 2011 r. nigdy nie paliło papierosów 65% badanych kobiet, a w 2019 r. 74%. Wśród mężczyzn w 2011 r. 45% stanowiły osoby, które nigdy nie sięgały po papierosa, a w 2019 r. 59%.

Aż **70% palaczy chce wyjść z nałogu**, 50% próbowało to zrobić, 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. Jak podano w marcu 2021 r., wg raportu Eurobarometru sporządzonego na zlecenie Komisji Europejskiej (w czasie trwania pandemii COVID-19), ponad połowa europejskich palaczy tytoniu podejmowała próbę porzucenia nałogu. Niestety w Polsce – obok Węgier i Rumunii – jest najniższy odsetek deklarujących chęć zaprzestania palenia. Najkorzystniej pod tym względem przedstawiają się Estonia, Irlandia oraz Szwecja. W Polsce pali niemal 8 mln osób.

Kampanie antynikotynowe są podejmowane już w przedszkolach i szkołach podstawowych, ponieważ zdarza się, że po papierosy po raz pierwszy sięgają dzieci zaledwie 11–12-letnie. Jednak bardzo wiele dzieci, szczególnie młodszych, jest świadomych zagrożeń palenia papierosów, o czym świadczy to, że zdarza się coraz częściej, iż starają się wpłynąć na rodziców, by rzucili palenie, bo – 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 w ciągu roku palacze tytoniu, opuszczając miejsce pracy w celu wypalenia papierosa, w ten sposób wykorzystują 22 dni robocze, czyli tyle, ile trwa średni roczny urlop².

² Z. Wojtasiński, *Spada liczba palaczy w Polsce, ale nadal pali 8 mln Polaków*, „Puls Medycyny”, <https://pulsmedycyny.pl/spada-liczba-palaczy-w-polsce-ale-nadal-pali-8-mln-polakow-976049> [dostęp: 30.05.2020].

Historia odkrycia związku palenia papierosów z ryzykiem raka płuc

Historia odkrycia związku palenia papierosów z ryzykiem raka płuc sięga lat 40. XX wieku. W tym czasie w Wielkiej Brytanii zaobserwowano nasilający się smog i wzrost liczby chorych na raka płuc. Tematem zajmowało się wielu badaczy, ale przełomem były badania kohortowe podjęte przez angielskiego lekarza, twórcę nowoczesnych badań populacyjnych (realizowanych na wszystkich kontynentach) nad ludzkim zdrowiem, prof. sir Richarda Dolla (1912–2005). Jak sam podawał, początkowo uważał, że występowanie raka płuc ma związek z zanieczyszczeniem powietrza, ale wkrótce uzyskał pewność, że przyczyną jest palenie papierosów. Jeszcze w 1950 r. świat nauki nie akceptował jego wyników. W 1951 r. podjął więc słynne już badania kohorty lekarzy brytyjskich, którzy wystąpili w roli „królików doświadczalnych”, zresztą nie po raz pierwszy w historii. Wkrótce do tej grupy badaczy dołączył najbliższy współpracownik i przyjaciel prof. Dolla – dr Richard Peto (ur. 1943). W ramach prowadzonych wspólnie badań potwierdzili nie tylko związki palenia z rakiem płuc, ale też ze schorzeniami układu oddechowego, krążenia i dziesiątkami innych problemów zdrowotnych. Wnioski z badań zostały zaakceptowane przez świat medyczny, a także społeczeństwo i były rozpowszechniane jako wytyczne prozdrowotnego stylu życia. Podawano, że to Wielka Brytania jest światowym liderem w kontroli chorób tytoniowych; powstawały kolejne grupy badawcze i ich sieci zajmujące się prewencją palenia jako najskuteczniejszą metodą walki z rakiem, a generalnie z przedwczesną umieralnością. Jako ciekawostkę warto dodać, że dr Peto, namiętny palacz, po uzyskaniu wyników badań własnych natychmiast rzucił palenie. Profesor Doll był wielkim przyjacielem Polaków, wspierał badaczy pracujących pod kierunkiem prof. Witolda Zatońskiego (ur. 1942) nad określeniem szkód zdrowotnych palenia papierosów w społeczeństwach Polski i Europy Wschodniej, spotykał się z pracownikami polskiego Ministerstwa Zdrowia, apelując o interwencję w celu zmniejszenia przedwczesnej umieralności. W latach 90. XX wieku na międzynarodowych konferencjach chwalił polskie osiągnięcia w ograniczaniu ekspozycji na dym tytoniowy i wynikającą z nich poprawę wskaźników zdrowotnych Polski. Na początku XXI wieku prowadzone są podobne badania kohortowe obejmujące wiele milionów mieszkańców Indii, Chin, Rosji.

Profesor Richard Doll był jednym z inicjatorów i realizatorów tworzenia Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem Światowej Organizacji Zdrowia (International Agency for Research on Cancer – WHO IARC) powołanej w Lyonie i działającej od ponad 40 lat do dziś. Regularnie wydaje ona raporty „Cancer Incidence

in Five Continents” i zajmuje się monitorowaniem zachorowań na raka³. Działania prof. Dolla i grupy innych badaczy uratowały przed przedwczesną śmiercią miliony osób, a Wielka Brytania, która na początku lat 50. XX wieku była krajem o najwyższej zapadalności na raka płuc, u zarania następnego stulecia stała się krajem najniższego ryzyka tej choroby na świecie. Jednak globalny problem liczby palących jest nadal istotny i daleko jeszcze do ideału życia bez dymu, o którym marzył prof. Richard Doll⁴.

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, jak wynika z danych 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, cyjanowodór, 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 powoduje nawet większe ryzyko rozwoju nowotworów, bo dym unoszący się z żarzącej końcówki papierosa zawiera 4-krotnie więcej substancji toksycznych niż dym, który wdycha palacz. Osoba niepaląca przebywająca w zadymionym pomieszczeniu wdycha 3 razy więcej tlenku 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.

Jak wskazują badania onkologów, im nałóg jest bardziej intensywny (o silnej intensywności świadczy np. wypalenie pierwszego papierosa w czasie 30 minut po

³ 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].

⁴ W. Zatoński, *Wspomnienie o Profesorze Sir Richardzie Doll'u*, „Nowotwory. Journal of Oncology” 2005, 55(5), s. 426–427.

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 to dotyczy 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. r.ż. Większości chorób związanych z paleniem papierosów można zapobiec, zrywając z nałogiem przed ukończeniem 40. r.ż.

Kolejnym problemem jest fakt, że osoby palące częściej używają alkoholu, co zwiększa ryzyko zachorowania na choroby nowotworowe⁵.

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, oskrzela i płuca, krwi, żołądka, wątroby, trzustki, nerki i moczowodu, okrężnicy, szyjki macicy, pęcherza, jelita grubego).

Ponadto jest istotnym czynnikiem innych problemów zdrowotnych (np. ślepotą, katarakta, zwyrodnienie plamki żółtej, zapalenie oszębnej, złamanie kości udowej, cukrzyca), ma również negatywny wpływ na układ rozrodczy i zaburzenia płodności u kobiet oraz zaburzenia erekcji u mężczyzn. Palenie uszkadza układ odpornościowy i odpowiada za 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, w późniejszym okresie także częściej występuje ADHD;
- ma również negatywny wpływ na kobiecy układ rozrodczy i jest przyczyną niskiej urodzeniowej masy ciała dziecka.

⁵ Palenie tytoniu. Krajowy Rejestr Nowotworów, <http://onkologia.org.pl/palenie-tytoniu/> [dostęp: 17.07.2020].

Ponadto u palących tytoń można zauważyć pogorszenie wyglądu skóry (zmarszczki, zaostrenie trądziku czy łuszczyca), uzębienie pokrywa się nalotem, szybciej dochodzi do paradontozy.

Palenie wyrobów tytoniowych w Polsce jest najczęstszą przyczyną zgonów związaną ze stylem życia – z tego powodu w 2016 r. zmarło 66 tys. osób (17% wszystkich zgonów), w tym 48 tys. mężczyzn (24,1% zgonów mężczyzn) i 18 tys. kobiet (9,6% zgonów kobiet). Dodatkowo, bierne palenie odpowiadało za 6,2 tys. zgonów, czyli 1,6% wszystkich zgonów⁶.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)

Przewlekłą obturacyjną chorobę płuc POChP rozpoznano ponad 50 lat temu, ale wobec znacznej dynamiki zwiększania jej częstości, w 1997 r., National Heart, Lung, and Blood Institute w USA oraz WHO utworzyły Światową Inicjatywę Zwalczenia Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – GOLD). W ramach działalności GOLD opracowywano projekty akcji uświadamiających wagę problemu nie tylko lekarzom, ale całemu społeczeństwu oraz instytucjom odpowiedzialnym za ochronę zdrowia, a także systematycznie publikowano raporty. W 2019 r. zwrócono m.in. uwagę na udział w patogenezie POChP innych czynników niż palenie tytoniu, gdyż z prowadzonych badań wynikało, że ok. 1/4 do 1/3 chorych nigdy tego nie robiła. Jednym ze znanych czynników odpowiedzialnych za wystąpienie choroby jest niedobór alfa1-antytrypsyny (AAT). Wobec aktualnie dostępnych metod szybkiego rozpoznawania niedoboru rozpowszechniano wiedzę na temat wskazań do badań⁷.

Jednak nadal podstawowym czynnikiem odpowiedzialnym w 80–90% za rozwój POChP jest palenie papierosów, całkowicie zależne od zachowania człowieka. Pozostała grupa 10–20% chorych to osoby wdychające toksyny podczas pracy

⁶ CDC's Office on Smoking and Health. Smoking and Tobacco Use; Annual Deaths Attributable to Cigarette Smoking, www.cdc.gov [dostęp: 17.07.2020]; W. Zgliczyński, *Palenie tytoniu w Polsce*, [http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/C060B5DE88B416C3C12581E7004C8AA5/\\$file/Infos_237.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/C060B5DE88B416C3C12581E7004C8AA5/$file/Infos_237.pdf) [dostęp: 23.07.2021]; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health, *The Health Consequences of Smoking – 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US)*, 2014, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/> [dostęp: 21.07.2021]; WHO. Europejski Kodeks Walki z Rakiem, <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/pl/12-sposobow/tyton> [dostęp: 4.07.2020].

⁷ T. Przybyłowski, *Komentarz do wytycznych dot. postępowania w POChP – GOLD 2019*, <https://www.mp.pl/pulmonologia/artykuly-wytyczne/pochp/218695,komentarz-do-wytycznych-dot-postepowania-w-pochp-gold-2019> [dostęp: 4.07.2020].

(np. lakiernicy, stolarze, malarze), narażone na smog, ale też użytkownicy kuchenek gazowych, domowych kominków lub grilla.

Obecnie POChP znajduje się na 4. miejscu przyczyn zgonów na całym świecie i według prognoz prawdopodobnie niebawem znajdzie się na 3. – co godzinę umierają 2 osoby z jej powodu. Rangę problemu podkreśla fakt ustanowienia Światowego Dnia Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc, który przypada 19 listopada⁸.

W Polsce na POChP chorują ok. 2 mln osób, choć rozpoznaje się tę chorobę jedynie w 25% przypadków. 75% Polaków pomimo przewlekłego kaszlu czy duszności nie decyduje się na badania i pozostaje bez rozpoznania. Choroba ma charakter przewlekły, rozwija się przez wiele lat i dlatego zwykle rozpoznaje się ją u ludzi w średnim i starszym wieku. Osoby z tym schorzeniem żyją krócej o 10–15 lat niż zdrowe. Aż 40% chorych musi przejść na rentę, bo nie może wykonywać swojej pracy, co poza leczeniem generuje dodatkowe koszty z budżetu państwa.

Objawy przewlekłej obturacyjnej choroby płuc są niespecyficzne i często mylone ze słabą kondycją organizmu (łatwe męczenie się, bóle stawów). W fazie dość późnej występuje duszność trwająca kilka miesięcy, świszczący oddech, ucisk w klatce piersiowej i uporczywy kaszel z odkrztuszaniem wydzieliny. Czułym badaniem umożliwiającym wczesne rozpoznanie POChP jest spirometria. Wczesne rozpoznanie POChP jest warunkiem szybkiego podjęcia terapii, która może spowolnić proces rozwoju choroby i poprawić komfort życia. Całkowite zaprzestanie palenia może zahamować rozwój choroby.

Wiedza w społeczeństwie na temat POChP w 2015 r.

W badaniu przeprowadzonym w ramach kampanii „Płuca Polski” wykazano, że:

- 40% Polaków słyszało skrót POChP, ale niecała połowa z nich potrafiła go poprawnie rozwinąć;
- tylko co 9. Polak miał informacje na temat POChP; najczęściej wymieniano, że jest to zapalenie płuc (44%), gruźlica (38%) oraz choroba nowotworowa (37%);
- niestety, tylko 5% Polaków miało świadomość, że POChP jest groźną chorobą i może doprowadzić do śmierci.

Ekspertki podkreślają, że zapobieganie chorobie to przede wszystkim:

- podnoszenie wiedzy społeczeństwa na temat tego schorzenia i informowanie o zagrożeniach z nim związanych;

⁸ 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,aktualnosci,21> [dostęp: 4.07.2020].

- zachęcanie pacjentów przez lekarzy pierwszego kontaktu do wykonywania kontrolnych badań spirometrycznych.

Warto zauważyć, że tylko 0,5% Polaków pytanych o to, co kojarzy im się z POChP, wymieniało spirometrię. Tymczasem jest to podstawowe badanie czynnościowe, które mierzy pojemność i objętość płuc. Jest ono niezbędne do diagnozowania i kontrolowania leczenia chorób płuc.

Przedstawione dane dotyczyły badań wykonanych w 2015 r. Należy mieć nadzieję, że przeprowadzona kampania pozytywnie wpłynęła na poziom wiedzy społeczeństwa oraz na wzrost zachowań prozdrowotnych, co z pewnością będzie tematem kolejnych badań⁹.

Jak rzucić palenie?

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. Osoby korzystające tylko z jednej metody też mają większe szanse niż niekorzystające z żadnego wsparcia.

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.

Poziom ryzyka zachorowania na raka najbardziej zależy od okresu palenia, a nieco mniej od liczby dziennie wypalanych papierosów. Rzucenie palenia jest najlepszym sposobem na zmniejszenie tego ryzyka¹⁰.

Według Center of Disease Control and Prevention (CDC), po rzuceniu palenia, w czasie:

- 20 minut – obniża się przyspieszone tętno;
- 2 godzin – poziom tlenu węgla we krwi spada do normy;

⁹ 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/aktualnosci/news%2C77225%2Ceksperci-na-pochp-moga-chorowac-tez-osoby-ktore-nigdy-nie-palily.html> [dostęp: 4.07.2020].

¹⁰ 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].

- od 2 tygodni do 3 miesięcy – zaczyna się zmniejszać ryzyko zawału serca i może się poprawiać czynność płuc;
- po 9 miesiącach – duszność i kaszel palacza staje się mniej intensywny¹¹.

Podczas 7. międzynarodowej konferencji Global Forum on Nicotine (GFN), która w czerwcu 2020 r. ze względu na pandemię COVID-19 odbyła się on-line, naukowcy i eksperci z zakresu ochrony zdrowia publicznego zauważyli, że według prognoz WHO, w ciągu najbliższych 5 lat nie uda się zredukować globalnej liczby palaczy do zakładanego celu. Dlatego też apelowali o konieczność wdrażania krajowych programów redukcji szkód spowodowanych paleniem tytoniu. Eksperci ci zauważyli, że warto – pomimo udowodnionej niskiej skuteczności w ograniczaniu palenia zwykłych papierosów – zagwarantować osobom palącym dostęp do prawnie uregulowanych produktów nikotynowych o mniejszej szkodliwości. Naukowcy z GFN rekomendowali metody, które sprawdzają się w wielu państwach, m.in. w Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii czy Japonii. Substancje te, zwane nikotynowymi terapiami zastępczymi (NRT), nie są dostępne dla wszystkich. Do NRT należą produkty również zawierające nikotynę, nawet w znacznie większych dawkach niż w papierosach zwykłych, jednak – jak dotychczas ustalono – są one mniej szkodliwe. Wskazywano szwedzki snus, wystandaryzowane i certyfikowane e-papierosy oraz przebadane systemy podgrzewania tytoniu typu IQOS. Oczywiście są polecane wtedy, gdy zawiodły dotychczasowe metody leczenia z nikotynizmu¹².

Jak podał Euroactiv w lipcu 2020 r., wspomniany, popularny w krajach nordyckich snus, sporządzany na bazie tytoniu i zawierający dużą dawkę nikotyny, jest używką w formie tabletki lub proszku, którą umieszcza się pod górną lub dolną wargą. Według WHO należy do substancji rakotwórczych i jest nielegalny na terenie UE. Wyjątkiem jest Szwecja, która, przystępując do UE w 1995 r., wynegocjowała prawo do handlu tą substancją jedynie w granicach kraju. Warunkiem miało być nieeksportowanie używki do innych krajów członkowskich. Jednakże odbywa się jej przemysł do krajów UE na znaczną skalę¹³.

¹¹ 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].

¹² <https://www.termedia.pl/wartowiedziec/Papierosy-w-2020-r-zabija-7-mln-palaczy,38568.html> [dostęp: 22.07.2021].

¹³ <https://www.euractiv.pl/section/bezpieczenstwo-i-obrona/news/finlandia-po-pandemii-korona-wirusa-odzywa-przemysl-snusu-snus-hannu-sinkkonen/> [dostęp: 23.07.2021].

E-papierosy i elektroniczne podgrzewacze tytoniu IQOS

Wszystkie e-papierosy i podgrzewacze tytoniu (IQOS) zawierają nikotynę w wysokich dawkach, co silnie uzależnia młodych ludzi w krótkim czasie!

Podgrzewacze noszą nazwę IQOS (*I quit ordinary smoking* – rzuciłem zwykłe palenie), która sugeruje korzyści. Nie wytwarzają cuchnącego dymu i wyglądają jak gadżet. Tymczasem – jak wykazują liczne badania – ponad połowa palących e-papierosy nie sięgała wcześniej po zwykłe papierosy. To ważne, gdyż może gdyby nie moda, atrakcyjność, „bezdymność”, wrażenie nieszkodliwości, ci młodzi ludzie nigdy by nie sięgnęli po produkt zawierający uzależniającą nikotynę, w dodatku o nie do końca poznanej szkodliwości.

E-papierosy to urządzenia elektroniczne, które z powodu mody, ale też wskutek powszechnego przekonania, że są zdrowsze, wypierają papierosy tradycyjne. Stały się wśród młodzieży gadżetem z uwagi na swą różnorodność – są produkowane w różnych kształtach, rozmiarach, a nawet mają różne „smaki”. Niektóre wyglądają jak zwykłe papierosy, cygara lub fajki, inne przypominają pendrive, długopis lub inne przedmioty codziennego użytku.

Produkty te są stosunkowo nowe i nie poznano jeszcze wpływu na organizm ludzki wytwarzanego w nich aerozolu (dla przypomnienia – badania nad szkodliwością tradycyjnych papierosów zajęły naukowcom i osobom, które to ujawniały opinii społecznej, apelując o zaprzestanie palenia, aż 50 lat)¹⁴.

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-papieros¹⁵.

Reklama na stronie firmy produkującej te środki 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 mentolowych¹⁶.

¹⁴ A. Piotrowska, *Niezdrowa alternatywa dla papierosów*, <https://zdrowie.pap.pl/uzaleznienia/niezdrowa-alternatywa-dla-papierosow> [dostęp: 31.05.2020].

¹⁵ Podgrzewacz do tytoniu IQOS a e-papierosy, <https://pl.iqos.com/pl/aktualnosci/iqos-a-epapierosy> [dostęp: 20.07.2020].

¹⁶ Ibidem.

Przemysł tytoniowy w promocji i dystrybucji swoich nowych, elektronicznych produktów wyprzedza działania zapobiegawcze władz. Wobec zapowiadanego 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 wykorzystano lukę prawną, wynikającą ze zbyt małej, potwierdzonej naukowo, wiedzy o szkodliwości aerozolu, co jest wyrazem skuteczności działania tego przemysłu, który coraz bardziej się rozwija¹⁷.

Zasada działania i szkodliwości dymu (aerozolu) e-papierosów i IQOS
– poznane już objawy chorobowe

E-papieros działa na zasadzie podgrzewania (a nie spalania) płynu (e-liquid) do około 200°C, tworząc przy tym aerozol, który wdychają użytkownicy. Aerozol ten zawiera nikotynę, aromaty i inne substancje chemiczne, w tym istnieje możliwość wziewania takich substancji szkodliwych, 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 szereg czynników rakotwórczych, wielopierścieniowych węglowodorów aromatycznych, tlenek węgla i nikotynę na porównywalnym poziomie do dymu tradycyjnych papierosów.

Użytkownik, a także osoby postronne, wdycha ten aerozol do płuc – używany e-papieros wytwarza pył zawieszony (PM_{2,5}) oraz najdrobniejsze cząstki (UFPs), których stężenie wzrasta w powietrzu otaczającym e-palacza.

Wszystkie e-papierosy zawierają nikotynę i to w wysokich dawkach, co silnie uzależnia młodych ludzi w krótkim czasie!

Objawy chorobowe wywoływane przez papierosy elektroniczne

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,

¹⁷ 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].

- zmiany rozedmowe w płucach;
- zmniejszenie sprawności układu odpornościowego;
- zmiany behawioralne;
- upośledzenie pamięci;
- skurcze i drżenie mięśni;
- podrażnienie oczu;
- kontaktowe zapalenie skóry i oparzenia;
- nudności i wymioty.

23 sierpnia 2019 r. pojawiły się w mediach doniesienia o pierwszym zgonie dorosłego pacjenta związanym z ciężką chorobą układu oddechowego w następstwie używania e-papierosów¹⁸. Obecnie coraz częściej wśród młodych osób trafiających do szpitali z problemami oddechowymi znajdują się użytkownicy e-papierosów.

Już prawie nikt nie pamięta mody lat 70. ubiegłego wieku, w związku z którą widok ludzi z papierosem był powszechny – na ekranach, w środkach komunikacji, lokalach itp. Kawiarnie tonęły w czarnym dymie, w pociągach wprowadzono wyodrębniano przedziały dla niepalących, ale dym wdzierał się z korytarza do innych miejsc; palacze otrzymywali miejsca w tylnej części samolotów, jednak woń dymu przenosiła się na całe wnętrza. Ludzie niepalący byli zdominowani przez palaczy i nie mieli prawa głosu, bo uważano, że nałóg jest nieszkodliwy.

Wiele się zmieniło od tego czasu. Obecnie młodzi mogą tylko oglądać na filmach o tym, jak w tej kwestii było kiedyś. Pewnie podobnie będzie z e-papierosami. Oby tylko badania nad ich szkodliwością nie trwały aż tak długo.

Obecnie wielu naukowców z różnych regionów świata udowodniło, że jednak w e-papierosach dochodzi nie tylko do podgrzewania, ale też do spalania, co prowadzi do uwalniania substancji toksycznych i karcinogennych, które w niektórych e-papierosach występują w mniejszym stężeniu niż w papierosach zwykłych, choć w wielu stężenie to jest znacznie wyższe. Ponadto potwierdzono doświadczalnie uszkodzenie komórek nabłonka oddechowego i mięśni gładkich w płucach palaczy e-papierosów, ale i IQOS, prowadzące do poważnych chorób, np.: częstego zapalenia płuc, POChP czy raka, a także zwiększające ryzyko astmy¹⁹.

¹⁸ CDC. Transcript of August 23, 2019, Telebriefing on Severe Pulmonary Disease Associated with Use of E-cigarettes, <https://www.cdc.gov/media/releases/2019/t0823-telebriefing-severe-pulmonary-disease-e-cigarettes.html> [dostęp: 31.05.2020].

¹⁹ B.P. Jenssen, S.C. Walley, S.A. McGrath-Morrow, *Heat-not-Burn Tobacco Products: Tobacco Industry Claims No Substitute for Science*, „Pediatrics” 2018, 141(1).

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). Stwierdzono, że we wszystkich przypadkach dochodzi do podobnych zmian patologicznych w płucach²⁰.

Dane epidemiologiczne. Przeciwdziałanie w Polsce

W 2019 r. ówczesne Ministerstwo Edukacji Narodowej (MEN) i Główny Inspektor Sanitarny podały dane z badań przeprowadzonych w latach 2011 i 2014 wśród uczniów w wieku 15–19 lat. Badania te wykazały, że liczba polskich nastolatków, którzy próbowali zapalić e-papierosa, wzrosła od 2011 r. aż 6-krotnie!

Nawet 30% polskich uczniów w wieku 15–19 lat regularnie paliło papierosy elektroniczne, a 60% spróbowało tego co najmniej raz w życiu. Przynosili je do szkoły, palili podczas przerw, pomimo że wprowadzone są tam regulaminy o zakazie używania e-papierosów²¹.

Ponad połowa badanych (54,8%) uważała, że e-papierosy są dużo bezpieczniejsze niż zwykłe i nie zdawała sobie sprawy, że papierosy elektroniczne tak samo uzależniają i negatywnie wpływają na zdrowie jak tradycyjne²².

WHO podaje, że w latach 2008–2012 w krajach Ameryki Północnej, UE i Korei Południowej co najmniej 2-krotnie zwiększyła się liczba osób dorosłych, a szczególnie młodzieży, używających tych produktów.

W USA, w 2011 r. e-papierosów używało 1,4% gimnazjalistów i 2,7% uczniów szkół średnich, a już rok później paliło je odpowiednio 4,7% i 10%. Innym przykładem może być Wielka Brytania. W 2013 r. 7% młodych mieszkańców tego kraju w wieku 11–18 lat zadeklarowało, że przynajmniej raz w życiu korzystało z papierosów elektronicznych. W 2015 r. liczba ta wzrosła do 13%²³.

Na tym tle dane z Polski nie są alarmujące, ale tak zwykle bywa, że pomimo możliwości podróżowania i globalnych kontaktów, moda dociera do nas z pewnym opóźnieniem.

²⁰ S.S. Sohal, M.S. Eapen, V.G.M. Naidu, P. Sharma, *IQOS exposure impairs human airway cell homeostasis: direct comparison with traditional cigarette and e-cigarette*, „ERJ Open Research” 2019, 5.

²¹ MEN i GIS ostrzegają przed e-papierosami, <https://pulsmedycyny.pl/men-i-gis-ostregaja-przed-e-papierosami-972310> [dostęp: 30.06.2021].

²² Z. Wojtasiński, *Spada liczba palaczy w Polsce...*, op. cit.

²³ A. Piotrowska, *Niezdrowa alternatywa...*, op. cit.

Przeciwdziałanie w Polsce – 2019 r.

W październiku 2019 r. podano, iż MEN i GIS ostrzegają przed e-papierosami. Eksperti poinformowali, że e-papierosy uzależniają tak samo jak papierosy tradycyjne i negatywnie wpływają na zdrowie. Opracowano odpowiednią informację dla uczniów, rodziców, dyrektorów szkół oraz nauczycieli i rozesłano do szkół²⁴.

21 listopada 2019 r. na konferencji prasowej zorganizowanej w Warszawie z okazji Światowego Dnia Rzucania Palenia podano, że według Międzynarodowego Towarzystwa Badań nad Rakiem Płuca (International Association for the Study of Lung Cancer – IASLC) nie ma danych naukowych potwierdzających powszechny pogląd, że e-papierosy pomagają rzucić palenie papierosów tradycyjnych. Eksperti przyznali, że w naszym kraju brakuje poradni antynikotynowych finansowanych przez NFZ. Na razie są jedynie trzy takie ośrodki: w Warszawie, Gdańsku, a od niedawna także w Krakowie. Przekonywali jednak, że zawsze i w każdym wieku warto zerwać z nałogiem. Według „New England Journal of Medicine”, osoby, które zrobiły to w wieku 25–34, 35–44 lub 45–54 lat przeciętnie zyskały odpowiednio 10, 9 lub 6 „dodatkowych” lat życia w porównaniu z tymi, które nadal paliły²⁵.

²⁴ MEN i GIS ostrzegają przed e-papierosami..., op. cit.

²⁵ Z. Wojtasiński, *WHO: liczba palących papierosy...*, op. cit.

Jerzy T. Marcinkowski
Zofia Konopielko
Marek A. Motyka

Dzieci matek korzystających w ciąży (nawet okazjonalnie) z substancji psychoaktywnych

Problem zagrożenia dziecka wynikający nawet ze sporadycznego lub stałego, ale w niewielkiej ilości konsumowania różnych substancji psychoaktywnych (alkohol – także niskoprocentowy, papierosy, narkotyki, ale też niektóre leki) nie zawsze jest uświadamiany przez kobiety ciężarne i ich otoczenie. Jak zauważają neonatolodzy, kobiety, które urodzą dziecko z objawami wtórnymi antyzdrowotnego zachowania w ciąży, zapytane o używanie tych substancji odpowiadają, że zdarzało się to sporadycznie. Oczywiście problemy u dzieci zależą od tego, ile i jak długo matka używała tych produktów przed ciążą i w jej czasie. Im dłużej i w większych dawkach – tym częściej u dziecka stwierdza się wyraźne objawy uszkodzenia czy uzależnienia.

„Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży” – spożywanie alkoholu

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

- **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 informowała, że raz w miesiącu lub rzadziej i zwykle były to alkohole lżejsze, jak piwo, wino białe i czerwone (43,9%);**
- **w porównaniu z latami ubiegłymi o 5,26% wzrósł odsetek kobiet, które nie piły w czasie ciąży, co wydaje się optymistyczne.**

Jednak 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 wstydliwym¹.

Alkoholowe zespoły płodowe – FAS i FASD

W 1973 r. dwaj amerykańscy lekarze – Kenneth Lyons Jones i David W. Smith zaproponowali termin *fetal alcohol syndrome (FAS)*, czyli **alkoholowy zespół płodowy**, którego kryteria podano w 1980 r. w ramach prac Fetal Alcohol Study Group. Opisały one nieprawidłowości obserwowane u dzieci urodzonych przez kobiety alkoholiczki. Pierwotnie sądzono, że powodem ujawniających się defektów u noworodków jest niedożywienie. Ponieważ charakterystyczne dla FAS deformacje nie występują u dzieci matek niedożywionych, stwierdzono, że zostały one spowodowane silnym toksycznym wpływem alkoholu na płód, niezależnym od niedożywienia.

Kryteria Research Society on Alcoholism zostały zmodyfikowane w 1989 r. przez Roberta J. Sokola i Sterlinga K. Clarrena i sformułowane następująco:

- zahamowanie wzrostu w okresie przed- lub/i poporodowym (wzrost lub/i waga poniżej 10 percentyla);
- występowanie objawów świadczących o nieprawidłowym rozwoju ośrodkowego układu nerwowego, takich jak zaburzenia neurologiczne, opóźnienie rozwoju, dysfunkcjonalne zachowania, upośledzenie umysłowe oraz wady rozwojowe czaszki lub mózgu;
- charakterystyczne cechy twarzy dziecka, czyli krótkie szpary powiekowe (otwarte oczy), cienka górna warga, wydłużona i spłaszczona środkowa część twarzy ze spłyconą rynienką nosową (rowek nad środkową częścią górnej wargi).

Sokol i Clarren zaproponowali stosowanie terminu „wady wrodzone spowodowane alkoholem” (*alcohol-related birth defects – ARBD*)².

¹ 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].

² R.J. Sokol, S.K. Clarren, *Guidelines for use of terminology describing the impact of prenatal alcohol on the offspring*, „Alcoholism: Clinical and Experimental Research” 1989, 13(4), s. 597–598.

Określenie „możliwe skutki oddziaływania alkoholu na płód” (*possible fetal alcohol effect(s)* – FAE) oznacza, że picie alkoholu przez kobietę w ciąży winno być brane pod uwagę jako jedna z przyczyn ujawnionej wady wrodzonej. Według Sokola i Clarrena błędem jest często spotykane posługiwanie się terminem FAE dla określenia przypadków o mniejszym nasileniu objawów niż przy FAS. Jednakże w pracach innych autorów spotyka się takie właśnie użycie tych terminów.

Niedorozwój umysłowy i nadpobudliwość to najbardziej upośledzające funkcjonowanie przejawy FAS³.

Jak podano w 1986 r., **przedurodzeniowa ekspozycja na działanie alkoholu jest główną znaną przyczyną występowania opóźnienia umysłowego w świecie zachodnim**⁴. Skutkiem tego opóźnienia są trudności z uczeniem się, koncentracją uwagi, pamięcią i zdolnością 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. Badacze zauważają, że oddziaływanie alkoholu na płód może wyrazić się pełnoobjawowym zespołem FAS, ale też mogą występować różne jego stopnie, jak też formy poronne, np. ograniczone niekiedy do subtelnych deficytów w sferze poznawczo-behawioralnej.

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.

Metodologia – trudności

Badanie przypadków FAS naraża wiele trudności metodologicznych. Dane o takich przypadkach zbierane są w różny sposób:

- na podstawie dokumentacji ze szpitali rejonowych – pozwalają jedynie zidentyfikować te dzieci, u których upośledzenie zauważono w momencie urodzenia;
- na podstawie badań retrospektywnych, dzięki którym u dzieci rozpoznaje się FAS długo po urodzeniu;
- badania prospektywne, w ramach których dzieci obserwowane są od urodzenia i można badać ich rozwój w różnym czasie od urodzenia.

³ P. Streissgut, P.D. Sampson, H.M. Barr, *Neurobehavioral dose-response effects of prenatal alcohol exposure in humans from infancy to adulthood*, „Annals of the New York Academy of Sciences” 1989, 562, s. 145–158.

⁴ E.L. Abel, R.J. Sokol, *Fetal alcohol syndrome is now leading cause of mental retardation*, „Lancet” 1986, 2, s. 1222.

Ocena częstości występowania FAS na podstawie danych ze szpitali na ogół jest zaniżona, gdyż rozpoznanie tego upośledzenia u noworodków jest trudne. Przez pierwszych kilka dni po urodzeniu zarówno cechy twarzy charakterystyczne dla FAS, jak dysfunkcje ośrodkowego układu nerwowego, w tym niedorozwój umysłowy, łatwo mogą pozostać niezauważone.

Natomiast ocena częstości występowania FAS na podstawie badań retrospektywnych i prospektywnych daje zawyżone wyniki, gdyż na ogół badacze mają do czynienia z grupą, w której prawdopodobieństwo wystąpienia FAS jest znacząco wyższe niż w całej populacji (grupa nadreprezentatywna).

Kolejnym czynnikiem utrudniającym analizę problemu FAS jest niewiarygodność informacji podawanych w wywiadach przez pijące matki.

Od lat 80. XX wieku przeprowadzono wiele badań epidemiologicznych, które potwierdzały różnice w częstości występowania FAS nie tylko w obrębie krajów czy kontynentów, ale też rasy. Na powstanie takich różnic składa się prawdopodobnie wiele czynników, takich jak: wpływy kulturowe, wzorce picia, sposób odżywiania, a także odmienność w zakresie procesów metabolicznych.

Poza kwestiami epidemiologicznymi zasadnicze dla badań FAS są odpowiedzi na następujące pytanie: „**Jaką ilość alkoholu należy uznać za dużą?**”. Jest bezsporne, że dzieci wykazujące wszystkie cechy FAS urodzone są przez matki, które podczas ciąży piły dużo alkoholu. Jednak w badaniach stwierdzono także występowanie zaburzeń neurobehawioralnych i opóźnienia rozwoju wewnątrzmacicznego u dzieci urodzonych przez matki, które przyznawały się jedynie do umiarkowanego picia alkoholu w okresie ciąży.

W 1987 r. Claire B. Ernhart, Robert J. Sokol, Susan Martier, Pamela Moron, Debra Nadler, Joel W. Ager i Abraham Wolf na podstawie prospektywnych badań 359 noworodków wykryli, że deformacje w anatomii głowy i twarzy są tym większe, w im większym stopniu płód wystawiony jest na działanie alkoholu. **Jednakże cechy anomalii anatomicznych pojawiały się także u dzieci tych matek, które przyznawały się do picia bardzo niewielkich ilości alkoholu, więc nie można było jednoznacznie wyznaczyć progu ryzyka (najmniejszej ilości alkoholu, która już może spowodować zaburzenie rozwoju dziecka)**⁵.

Zapobieganie wadom wrodzonym spowodowanym spożywaniem alkoholu wymaga przede wszystkim szerokiego wprowadzenia badań przesiewowych, po-

⁵ C.B. Ernhart, R.J. Sokol, S. Martier i in., *Alcohol teratogenicity in the human: A detailed assessment of specificity, critical period, and threshold*, „American Journal of Obstetrics and Gynecology” 1987, 156(1), s. 33–39.

zwalających rozpoznać kobiety z wysokim ryzykiem picia dużych ilości alkoholu w czasie ciąży⁶.

Być może sposobem na przezwycięzenie zaprzeczania byłoby pytanie kobiet ciężarnych o ich picie w przeszłości, nie zaś o to, czy piją obecnie. Takie postępowanie sugerują wyniki badania, w ramach którego kobiety w 7. miesiącu ciąży pytano o picie w 1. trymestrze i w 4. miesiącu ciąży; badane przyznawały się do większych ilości alkoholu wypijanego w pierwszym okresie niż w drugim⁷.

Wprawdzie abstynencja dopiero od 2. 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 później⁸.

W 1989 r. wspomniany Robert J. Sokol wraz z innymi badaczami opracował krótki kwestionariusz, łatwy do przeprowadzenia w klinikach położniczych i poradniach. Najważniejsze w tym kwestionariuszu jest pytanie, na które odpowiedź może sugerować osobie zbierającej wywiad tolerancję alkoholu, a ta, jak udowodniono – wzrasta wraz z zwiększaniem się okresu spożywania alkoholu. Pytanie w kwestionariuszu z pozoru nie dotyczący bezpośrednio picia (np. czy pijesz lub piłaś?), które zwykle od razu powoduje chęć zaprzeczania, autorzy proponują zastąpić pytaniem: „**Jaka ilość alkoholu powoduje, że zaczynasz być na rauszu?**” Jeśli osoba, nawet zaprzeczająca temu, że pije, odpowie, iż ma duże możliwości wypicia sporej porcji i w efekcie tego nic nie odczuwa, to może świadczyć, że jest na etapie uzależnienia. Praktyka kliniczna wskazuje, że pytania o tolerancję raczej nie są postrzegane przez laików jako wskaźnik poziomu picia, a zatem zaprzeczanie w odpowiedziach jest mniej prawdopodobne⁹.

Na podstawie powyższych obserwacji sporządzono aktualnie zalecane kwestionariusze.

Badacze podają jednak, że najlepszym wskaźnikiem intensywnego picia byłoby opracowanie tak oczekiwanego, obiektywnego markera biochemicznego. Jak wskazywały badania opublikowane w 1988 r., zmniejszała się wówczas liczba kobiet, które piły alkohol w okresie ciąży – choć niestety nadal nie zmniejszały się

⁶ R.J. Sokol, S.S. Martier, J.W. Ager, *The T-ACE questions: Practical prenatal detection of risk-drinking*, „American Journal of Obstetrics and Gynecology” 1989, 160(4), s. 863–870.

⁷ N. Robles, N.L. Day, *Recall of alcohol consumption during pregnancy*, „Journal of Studies on Alcohol” 1990, 51(5), s. 403–407.

⁸ C.D. Coles, I.E. Smith, J.S. Lancaster, A. Falek, *Persistence over the first month of neurobehavioral differences in infants exposed to alcohol prenatally*, „Infant Behavior and Development” 1987, 10, s. 23–37; C.D. Coles, I. Smith, P.M. Fernhoff, A. Falek, *Neonatal neurobehavioral characteristics as correlates of maternal alcohol use during gestation*, „Alcoholism: Clinical and Experimental Research” 1985, 9(5), s. 454–460.

⁹ R.J. Sokol, S.S. Martier, J.W. Ager, *The T-ACE questions...*, op. cit.

wskaźniki spożycia alkoholu w grupach wysokiego ryzyka (ciężarne palaczki tytoniu, kobiety niezamężne, kobiety poniżej 25. r.ż., kobiety słabo wykształcone)¹⁰.

Spektrum alkoholowych uszkodzeń płodu – FASD

W grudniu 2015 r. 14-osobowy zespół kanadyjskich ekspertów opublikował na łamach „Canadian Medical Association Journal” zbiór zaleceń dotyczących diagnostyki zaburzeń ze **spektrum alkoholowych uszkodzeń płodu** (*fetal alcohol spectrum disorder – FASD*). Termin FASD obejmuje zaburzenia będące wynikiem ekspozycji na alkohol w trakcie życia prenatalnego. W jego skład wchodzi:

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

Rozpoznawanie FASD wymaga współpracy specjalistów z różnych dziedzin, i choć może to nie być łatwe, należy podejmować starania mające na celu identyfikowanie tych zaburzeń, co jest istotne dla zapewnienia odpowiednio wczesnej opieki nad pacjentem i jego rodziną oraz w aspekcie zapobiegania występowaniu FASD u kolejnych dzieci z tej rodziny, w której niewątpliwie istnieje problem alkoholizmu (mogą pić współzależnione żony, partnerki, przyszłe matki).

Poza typowymi rodzinami z problemem alkoholowym należy rozpatrywać także matki wykształcone, dobrze zarabiające, które często spożywają alkohol zwyczajowo, w celach relaksacyjnych, albo w ramach realizacji zaleceń picia czerwonego wina dla poprawienia stanu zdrowia dawanych (niestety nadal, choć już coraz rzadziej) przez ginekologów. Odrębnym tematem dotyczącym modelu picia jest obserwowane współcześnie zjawisko samotnego spożywania wysokoprocentowego alkoholu z niewielkich, mieszczących się w torebce butelek, tzw. małpek. Problem pijących kobiet o wysokim statusie materialnym jest coraz większy. 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.

¹⁰ M. Serdul, D.F. Williamson, J.S. Kendrick i in., *Trends in alcohol consumption by pregnant women: 1985 through 1988*, „Journal of the American Medical Association” 1991, 265(7), s. 876–879.

Wywiad i badanie przedmiotowe dziecka, kryteria rozpoznania, skala problemu w Polsce

W ramach badania pacjenta należy zebrać kompletny wywiad i przeprowadzić dokładne badanie przedmiotowe.

FAS: Bardzo swoiste dla płodowej ekspozycji na alkohol jest występowanie 3 cech dysmorficznych twarzy, czyli 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 wszystkich opisanych powyżej cech dymorficznych, ze względu na ich wysoką swoistość nie jest wymagane potwierdzenie spożywania alkoholu przez matkę pacjenta w trakcie ciąży.

W diagnostyce FASD 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 z uzależnienia od alkoholu;
- silne podejrzenia na podstawie obserwacji klinicznych;
- informacje od wiarygodnych osób;
- występowanie problemów zdrowotnych lub prawnych specyficznych dla osób spożywających alkohol.

Do rozpoznania FASD konieczne jest również stwierdzenie u niemowląt lub małych dzieci występowania uogólnionych nieprawidłowości rozwojowych dotyczących OUN:

- obecność 3 lub większej liczby ciężkich objawów dotyczących anatomii lub fizjologii mózgu, pamięci, uwagi;
- zaburzeń czynności motorycznych, poznawczych, językowych;
- nadmiernej aktywności (impulsywność, nadpobudliwość);
- objawów wskazujących na zaburzenia afektu, adaptacji, umiejętności społecznych lub komunikacji.

Kryteria diagnostyczne FASD: FASD z typowymi cechami dysmorficznymi twarzy rozpoznaje się w przypadku występowania wszystkich 3 swoistych anomalii budowy twarzy opisanych powyżej, potwierdzonej lub niepewnej ekspozycji na alkohol w trakcie życia płodowego i 3 lub więcej objawów wskazujących na zaburzenia neurorozwojowe. U niemowląt i małych dzieci tę diagnozę można postawić, jeżeli stwierdzona zostanie dysmorfia twarzy oraz mikrocefalia – są to dzieci z wy-

sokim ryzykiem wystąpienia zaburzeń funkcjonowania układu nerwowego w przyszłości. Jednak także niemowlęta, jak i małe dzieci z cechami dysmorficznymi twarzy bez mikrocefalii powinny być konsultowane przez genetyka klinicznego.

FASD bez swoistych cech dysmorficznych twarzy stwierdza się w przypadku potwierdzonego spożywania przez kobietę w ciąży alkoholu i ≥ 3 objawów neurologicznych.

Należy również identyfikować pacjentów z ryzykiem występowania ARND lub FASD, u których potwierdzona została ekspozycja na alkohol w życiu płodowym, a stwierdzone objawy ze strony układu nerwowego nie są silnie wyrażone, lub nie była możliwa ich odpowiednia ocena. Ryzykiem takim obarczone są również osoby z 3 typowymi cechami dysmorficznymi twarzy.

Jak wyżej wspomnieliśmy, FAS, czyli alkoholowy zespół płodowy, to jednostka chorobowa, w której jednocześnie występują wszystkie następujące kryteria:

- obecność dysmorfii twarzy;
- nieprawidłowe wzrastanie;
- zaburzenia centralnego układu nerwowego.

Z kolei FASD jest szerszym spektrum zaburzeń wynikających z uszkadzającego działania alkoholu na płód; obserwujemy tu niepełny obraz – jedynie część objawów. W tym spektrum wyróżniamy zarówno częściowy FAS, jak i poalkoholowe defekty urodzeniowe, a także poalkoholowe zaburzenia układu nerwowego. **Obecnie pełnobjawowy zespół FAS stwierdza się u 4 na 1000 dzieci, co jest zbliżone do sytuacji w innych krajach europejskich.** Prawdopodobnie częstość jest znacznie wyższa, ale część dzieci pozostaje bez diagnozy.

Większość psychologów zajmujących się dziećmi z FAS i zaburzeniami, które mogą sugerować FASD, jest zdania, że na świecie ich liczba może stanowić nawet 10% żywo urodzonych.

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 można ustalić związek ze spożywaniem alkoholu przez matkę w czasie ciąży. Mogą też współwystępować inne nieprawidłowości, dotyczące zarówno rozwoju psychicznego, jak i somatycznego.

W rozpoznaniu FASD uczestniczy zespół składający się z neurologa dziecięcego, pediatry badającego również dysmorfie u dzieci, psychologa bądź neurop-

psychologa, psychiatry dziecięcego, a niejednokrotnie również neurologopedy¹¹. Dzieci często wymagają stałej opieki psychologa, psychiatry, stałego pediatry, ale też czasem gastrologa czy endokrynologa, oraz rehabilitacji ruchowej i logopedy¹².

Picie alkoholu w ciąży możliwą przyczyną narkomanii dziecka

Jak na razie z amerykańskich badań doświadczalnych na szczurach można wnioskować, że picie alkoholu przez kobietę w ciąży może być przyczyną narkomanii dziecka. Wykazuje to szereg innych badań. Jest wysoce prawdopodobne, że zostanie to potwierdzone w badaniach nad populacją ludzką, choć już są doniesienia kliniczne na temat problemów z uzależnieniami osób z FAS. Na uniwersytecie w Buffalo przeprowadzono poniższy eksperyment, którego wyniki opublikowano w 2017 r.

Ciężarnym szczurom od 8. do 20. dnia ciąży, która trwa 21–23 dni, codziennie (poza weekendami) podawano alkohol. Grupa kontrolna otrzymywała cukier. Kiedy potomstwo szczurów miało 7 tygodni, zostało nauczone obsługiwanego urządzenia dostarczającego amfetaminę. Okazało się, że osobniki, których matki otrzymywały alkohol, częściej niż te z grupy kontrolnej zażywały narkotyki. Badania mózgu uzależnionych gryzoni wykazały udział endokannabinoidów. Są one także produkowane w mózgu człowieka i, jak udowodniono, odgrywają znaczną rolę w regulowaniu funkcjonowania układów pokarmowego, endokrynnego i immunologicznego, ale także – co ważne w kontekście badań – poprawiają samopoczucie, reakcje na stres i mają działanie przeciwbólowe.

Po ekspozycji mózgu płodu na alkohol, neurony tych dzieci są bardziej wrażliwe niż w grupie kontrolnej, na endokannabinoidy i produkują więcej dopaminy. Jak wiadomo, odczuwanie przyjemności jest związane z wydzielaniem dużych ilości dopaminy; ten neuroprzekaźnik odpowiada za subiektywne odczucia przyjemności i satysfakcji towarzyszące zażywaniu substancji i wykonywaniu niektórych czynności. W konsekwencji dziecko matki spożywającej w ciąży alkohol, kiedy dorosnie, potrzebuje mniej narkotyków, by się uzależnić.

Autorzy badań zauważają, że alkohol zmienia działanie tej części mózgu, która odpowiada za tzw. układ nagrody związany z uzależnieniami – receptory endokannabinoidowe są mniej wrażliwe, co powoduje większe ryzyko uzależnienia.

¹¹ J.C. Cook, C.R. Green, C.M. Lilley i in., *Fetal Alcohol Spectrum Disorder: A Guideline for Diagnosis Across the Lifespan*, „CMAJ” 2016, 188(3), s. 191–197.

¹² O warunkach leczenia FAS i FASD w Polsce, <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/wywiady/175745,o-warunkach-leczenia-fas-i-fasd-w-polsce> [dostęp: 3.06.2020]; M. Ślósarska, *Alkoholowy zespół płodowy*, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/256-alkoholowy-zespol-plodowy.html> [dostęp: 3.06.2020].

Wywodzą również sugestię, że być może badania te będą przyczynkiem do opracowania sposobu terapii¹³.

W 2004 r. podano opisy kliniczne pacjentów z alkoholowym zespołem płodowym sugerujące powiązania między tą dysfunkcją a sięganiem w dorosłym życiu po środki psychoaktywne. Podczas wywiadów przeprowadzonych w grupie 415 pacjentów z FAS ustalono, że połowa z nich ma za sobą przykre doświadczenia związane z przymusową izolacją (w areszcie, zakładzie karnym lub szpitalu psychiatrycznym) w związku z nadużywaniem alkoholu i narkotyków¹⁴. Również w innych badaniach, opublikowanych w latach 2015 i 2017 przez zespół badaczy pod kierownictwem Jenny Rangmar, ustalono dane sugerujące występowanie korelacji między tymi zmiennymi. W badaniach porównawczych przeprowadzonych między osobami z FAS (n=79) i grupą kontrolną (n=3160) ustalono, że grupa z FAS miała wyższy wskaźnik przyjęć do szpitala z powodu nadużywania alkoholu (9% vs. 2%) i zaburzeń psychicznych (33% vs. 5%) i częściej w tej grupie stwierdzano przyjmowanie środków psychotropowych (57% vs. 27%). Ustalono ponadto, że opieka szpitalna z powodu problemów alkoholowych i/lub nielegalnego zażywania narkotyków była częstsza wśród osób dorosłych z FAS w porównaniu z grupą kontrolną dopasowaną do wieku i płci¹⁵.

Testy na prawdopodobieństwo spożywania alkoholu w ciąży

Amerykańskie Towarzystwo Ginekologiczno-Położnicze rekomenduje testy: T-ACE (lub jego modyfikację T-ACER-3), TWEAK oraz SURP-P.

Test T-ACE składa się z trzech pytań zamkniętych:

- Czy denerwuje Panią krytykowanie Pani picia? (*Annoyed*)
- Czy kiedykolwiek czuła Pani, że powinna ograniczyć picie? (*Cut down*)
- Czy kiedykolwiek musiała Pani wypić alkohol zaraz po przebudzeniu, by uspokoić się, lub by pozbyć się kaca? (*Eye opener*)

¹³ K. Hausknecht, Y.-L. Shen, R.-X. Wang i in., *Prenatal Ethanol Exposure Persistently Alters Endocannabinoid Signaling and Endocannabinoid-Mediated Excitatory Synaptic Plasticity in Ventral Tegmental Area Dopamine Neurons*, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28476947/> [dostęp: 20.07.2021].

¹⁴ A.P. Streissguth, F.L. Bookstein, H.M. Barr, P.D. Sampson, K. O'Malley, J.K. Young, *Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects*, „Journal of Developmental & Behavioural Pediatrics” 2004, 25(4), s. 228–238.

¹⁵ Ibidem; J. Rangmar, A. Hjern, B. Vinnerljung i in., *Psychosocial outcomes of fetal alcohol syndrome in adulthood*, „Pediatrics” 2015, 135(1), s. e52–e58; J. Rangmar, A. Dahlgren Sandberg, M. Aronson, C. Fahlke, *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), s. 255–266.

oraz jednego pytania otwartego:

- Ile drinków potrzebuje Pani, by się upić? (*Tolerance*)¹⁶.

Gdy pacjentka odpowie twierdząco przynajmniej na dwa pytania zamknięte oraz poda, że do upicia się potrzebuje 2 lub więcej standardowych porcji alkoholu – wynik jest pozytywny. Modyfikacja testu, nosząca nazwę T-ACER-3, zawiera identyczny zestaw pytań, ale do stwierdzenia wyniku pozytywnego konieczna jest twierdząca odpowiedź na wszystkie 3 pytania zamknięte, co zwiększa jego swoistość. Podobnie skonstruowane są kwestionariusze TWEAK i SURP-P, który zawiera również pytania dotyczące używania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol¹⁷.

Profilaktyka

Żaden badacz 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.

Rekomenduje się, aby wszystkim pacjentkom w ciąży zalecać całkowitą abstynencję od alkoholu oraz, w uzasadnionych przypadkach, umożliwiać łatwy dostęp do programów wsparcia i poradnictwa. W ramach screeningu należy przeprowadzać dokładny wywiad dotyczący spożywania alkoholu (nawet niewielkich dawek) u wszystkich kobiet w ciąży oraz po porodzie. Lekarze powinni przy tym korzystać również z ustandaryzowanych narzędzi, takich jak kwestionariusze TWEAK i T-ACE. W przypadku możliwości występowania FASD, przy udowodnionej lub podejrzewanej ekspozycji na alkohol w trakcie życia płodowego, należy kierować dzieci matek pijących w ciąży do poradni specjalistycznych¹⁸.

Koszty ekonomiczne związane z FASD

Z uwagi na wiele problemów zdrowotnych i społecznych dzieci, a później osób dorosłych z FASD, w 2018 r. dokonano analizy kosztów ekonomicznych związanych z udzielaną im pomocą. Zostały one ocenione na podstawie 32 badań przeprowadzonych w Kanadzie, Nowej Zelandii, Szwecji oraz USA¹⁹.

¹⁶ Alkohol a ciąża, <https://podyplomie.pl/medycyna/23788,alkohol-a-ciaza?page=2> [dostęp: 11.07.2020].

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ K. Hausknecht, Y.-L. Shen, R.-X. Wang i in., *Prenatal Ethanol Exposure Persistently...*, op. cit.

¹⁹ PARPA. Koszty ekonomiczne związane z FASD (Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych), <http://www.parpa.pl/index.php/wiadomosci-ze-swiata/rok-2018> [dostęp: 27.07.2020].

Wykazano, że roczne koszty związane z opieką nad dzieckiem z FASD wynoszą średnio 23 tys. dolarów, a nad osobą dorosłą z FASD – 24 tys. i przekraczają nakłady finansowe związane z większością schorzeń czy wad wrodzonych²⁰. Przykładowo, roczne koszty związane z opieką nad osobą z autyzmem to 17 tys. dolarów, a z cukrzycą 21 tys.

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

„Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży” – nikotynizm

Na podstawie danych uzyskanych w rezultacie wspomnianego wyżej badania „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży” i porównania ich z wynikami z lat poprzednich, stwierdzić można, że:

- większość badanych kobiet będących w ciąży (66,17%) nigdy nie paliła;
- jeszcze przed zajściem w ciążę zerwało z nałogiem 11,87% respondentek;
- w trakcie ciąży skutecznie rzuciło palenie 16,10% kobiet;
- niestety, mimo że większość pań albo nie paliła nigdy, albo udało się jej rzucić palenie przed zajściem w ciążę lub w jej trakcie, to **5,86% badanych paliło także w tym okresie.**

Jednocześnie bardzo pozytywnie należy ocenić fakt, że w porównaniu do 2013 r. znacznie mniej respondentek wskazało, by kiedykolwiek paliło (wzrost o 6,02% udziału w próbie kobiet, które nigdy nie paliły). **Nieznacznie spadła też liczba kobiet (różnica o 1,13%), które mimo zajścia w ciążę nie zdecydowały się podjąć próby rzucenia palenia, lub dokonały próby nieskutecznej.** Choć różnice te mogą wydawać się nieduże, to jednak wpisują się w stały trend odchodzenia od nałogu nikotynowego obserwowanego w całej populacji.

Zwraca uwagę fakt, że spadła nie tylko liczba palących kobiet, ale także zmniejszyła się średnia liczba papierosów wypalanych dziennie przez palaczki.

Należy także odnotować, że zdecydowana większość przebadanych pacjentek (67,04%) nie jest narażona na bierne palenie w domu, co oznacza, że osoby, z którymi mieszkają, nie palą tytoniu, bądź starają się palić papierosy w takich miejscach i czasie, by nie narażać ciężarnej na ryzyko oddychania dymem papierosowym.

²⁰ R. Preidt, *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].

Zespół u dziecka – matka paląca podczas ciąży (MSDP)

Przeglądając piśmiennictwo naukowe z ostatnich lat na temat matek palących w czasie ciąży, można znaleźć wiele dotyczących go artykułów, w których używana jest pełna nazwa *maternal smoking during pregnancy* lub tylko skrót MSDP. Termin proponowany przed laty – płodowy zespół tytoniowy (*fetal tobacco syndrome* – FTS) właściwie pozostaje zapomniany.

Płodowy zespół tytoniowy (FTS)

Jak wspomnieliśmy, nazwa wprowadzona w przedstawianej publikacji nie jest używana w aktualnych publikacjach naukowych. Podajemy ją ze względu na znaczenie historyczne, choć nie można wykluczyć jego przyszłego stosowania.

W 2002 r. przeprowadzono badania, których celem była ocena wpływu palenia na przebieg ciąży i stan zdrowia dziecka matek palących w ciąży, a wyniki porównano z danymi na temat kobiet niepalących w czasie ciąży i ich dzieci. Zauważono istotne różnice pomiędzy grupami. Matki palące miały częściej niedokrwistość, a ich dzieci były obciążone wysokim ryzykiem – miały niższą masę urodzeniową i objawy niedotlenienia zauważone nie tylko klinicznie, ale też w badaniach obrazowych mózgu; stwierdzono poliglobulię, a także odnotowywano częściej zaburzony przebieg okresu okołoporodowego – połowa noworodków matek palących wymagała leczenia na OIOM, w tym 70% z nich miało powikłania neurologiczne, jak krwawienia wewnątrzczaszkowe, a także zaburzenia połykania i inne.

Ponieważ u badanych kobiet nie występowało zatrucie ciążowe czy cukrzyca, a także nie rozpoznano innej przyczyny niedotlenienia dzieci, ich stan jednoznacznie wynikał z palenia papierosów w ciąży. Zespół ten został nazwany *fetal tobacco syndrome*²¹. Jak wspomnieliśmy, ta nazwa nie jest powszechnie stosowana, a w aktualnych publikacjach naukowych używane jest określenie *maternal smoking during pregnancy*²².

²¹ Fetal tobacco syndrome, <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/fetal+tobacco+syndrome> [dostęp: 3.06.2020].

²² D. Habek, J.C. Habek, M. Ivanisević, J. Djelmis, *Fetal Tobacco Syndrome and Perinatal Outcome*, „Fetal. Diagn. Ther.” 2002, 17(6), s. 367–371.

Dane epidemiologiczne MSDP

W 2009 r. dokonano przeglądu prac publikowanych w ciągu poprzednich 50 lat, poświęconych wpływowi palenia kobiet ciężarnych na rozwój dziecka. Dokonano analizy wszystkich badań, które łącznie obejmowały 11,7 mln osób. Jeszcze w 2009 r. papierosy paliło 20% amerykańskich kobiet. Na całym świecie paliło łącznie 250 mln kobiet i obserwowano tendencję wzrostową. Przeprowadzone w Polsce badania, przedstawione w 2018 r., wykazały, że pomimo szerokiej kampanii antynikotynowej jednak 5,86% kobiet w ciąży pali papierosy²³.

Wpływ palenia ciężarnej na przebieg ciąży i jej zdrowie, a także zagrożenia życia i zdrowia dziecka

Wszystkie wyniki badań poddanych analizie potwierdzały jednoznacznie, iż palenie szkodzi nie tylko nienarodzonemu dziecku, ale także kobiecie ciężarnej, przyczyniając się do **powikłań ciąży**. U palących matek częściej występowały ciąża pozamaciczna, krwawienia z dróg rodnych, odklejenie łożyska czy łożysko przodujące, a w dłuższej perspektywie zagrożenie nowotworami, udarami, chorobami serca, dziąseł czy oczu. Obserwowano częściej **przedwczesny poród i obumieranie płodu** w łonie matki.

Na podstawie wspomnianego przeglądu badań z 2009 r., które dotyczyły łącznie 11,7 mln ciężarnych, matki palące w czasie ciąży urodziły 173 687 **dzieci z wadami wrodzonymi**, do których należały przede wszystkim wady serca, brak lub deformacje kończyn, wady przewodu pokarmowego oraz zniekształcenia twarzy (np. rozszczep podniebienia czy wargi). Sytuację pograszała z reguły **niska masa urodzeniowa dzieci i wcześniactwo**. MSDP wiązano także z wyższym odsetkiem różnych **słabych wyników poznawczych i behawioralnych u tych dzieci w późniejszym wieku, przejawiających się m.in. w postaci: ADHD, zaburzeń zachowania, upośledzenia uczenia się i pamięci oraz zaburzeń poznawczych**.

Jednak autorzy przeglądu tych badań rozważali w dyskusji, że nie zawsze badacze analizowali inne przyczyny stanu ocenianego dziecka niż palenie w ciąży papierosów. Nie brali bowiem pod uwagę wpływu czynników genetycznych czy środowiskowych. W kolejnych pracach dokonano więc przeglądu publikacji na ten

²³ 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%B-Cy-alkohol-i-papierosy.-Raport-2017-1.pdf> [dostęp: 3.06.2020].

temat, a także prac doświadczalnych, które potwierdziły wysoką zależność wpływu nikotyny na zdrowie matki i dziecka²⁴.

W 2010 r. opublikowano polskie badania dzieci urodzonych z ciąż, będąc w których matki paliły papierosy i porównano z danymi dzieci matek niepalących. Zauważono, że parametry dzieci matek palących, takie jak: masa urodzeniowa, długość ciała, obwód głowy i obwód klatki piersiowej, były istotnie mniejsze niż noworodków matek niepalących. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie między porównywanymi grupami noworodków w zakresie wartości parametrów morfologii krwi obwodowej. Tlenoterapia w pierwszych godzinach po urodzeniu była stosowana istotnie częściej w grupie noworodków matek palących czynnie niż niepalących, dzieci te miały hiperbilirubinemię oraz częściej i wcześniej zakażenia²⁵.

MSDP a ADHD u dziecka

W 2017 r. dokonano przeglądu badań u dzieci MSDP z zaburzeniami koncentracji uwagi/nadpobudliwością. Pomimo tego, że – jak podkreślają autorzy opracowania – związek przyczynowy ADHD z paleniem matki nie jest do końca wyjaśniony i nadal kontrowersyjny, to znaczna liczba (aktualnie ponad 3 mln) znalezionych artykułów naukowych na ten temat świadczy o zainteresowaniu badaczy. Większość analizowanych prac potwierdzała **istotne zależności ADHD u dziecka z:**

- **prenatalną** (w krótkim czasie przed ciążą) **ekspozycją na MSDP;**
- **paleniem w pierwszym trymestrze ciąży, a następnie zaprzestaniem palenia;**
- **paleniem przez cały okres ciąży.**

Autorzy uwzględniali w nich wywiad psychiatryczny rodziców i dotyczący statusu społeczno-ekonomicznego. Zaprzestanie palenia w dłuższym czasie przed ciążą nie było istotnie związane z ADHD dzieci. Kobietom planującym macierzyństwo zdecydowanie zalecano zaprzestanie palenia długo przed zajściem w ciążę. W metaanalizie uzyskano niespójne wyniki dotyczące ryzyka biernego narażenia ciężarnej matki spowodowanego paleniem przez ojca. Stwierdzono także, że wpływ MSDP na ryzyko ADHD u dzieci był zróżnicowany w różnych regionach geograficznych²⁶.

²⁴ V.S. Knopik, *Maternal smoking during pregnancy and child outcomes: Real or spurious effect?*, „Dev. Neuropsychol.” 2009, 34(1), s. 1–36, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3581055/> [dostęp: 3.06.2020].

²⁵ D. Sochaczewska, M. Czeszyńska, M.B. Konefał i in., *Palenie czynne lub bierne w okresie ciąży a wybrane parametry morfologiczne i powikłania okresu noworodkowego*, „Ginekologia Polska” 2010, 81, s. 687–692.

²⁶ T. Dong, W. Hu, X. Zhou i in., *Prenatal Exposure to Maternal Smoking During Pregnancy and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Offspring: A Meta-Analysis*, „Reproductive Toxicology”

Dzieci matek używających w ciąży substancji psychoaktywnych (także niektórych leków bez recepty)

Matka zażywająca narkotyki może uzależnić dziecko, zanim się ono urodzi. Nawet okazjonalne zażycie w ciąży narkotyku czy leku psychoaktywnego może być niebezpieczne dla płodu. Substancje psychoaktywne zmniejszają przepływ krwi przez łożysko, co zwykle powoduje niedotlenienie płodu dające później u dziecka objawy w postaci zaburzeń snu, obniżonego napięcia mięśniowego, nadpobudliwości, zaburzeń koncentracji czy uwagi, drżeń.

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

Negatywne oddziaływanie wybranych substancji psychoaktywnych na ciążarną i jej dziecko

Poniżej został zaprezentowany wykaz objawów, które u ciężarnej i jej dziecka wywołują wybrane substancje psychoaktywne.

1. Opiaty, np. heroina czy morfina:

- zwykle hamują owulację, zmniejszając szanse na zajście w ciążę;
- obecność smółki w płynie owodniowym u 40% ciężarnych narkomanek świadczy o niedotlenieniu płodu – dziecko zwykle rodzi się z niską masą urodzeniową;
- zwiększają ryzyko śmierci okołoporodowej dziecka;
- częściej niż u matek nieużywających w ciąży narkotyków noworodki mają zaburzenia oddychania i drgawki;
- występuje silne uzależnienie psychiczne i fizyczne u matki oraz u nowo narodzonego dziecka;
- ich zażywanie wiąże się z ryzykiem zakażenia wirusem HIV, infekcjami bakteryjnymi i transmisji na dziecko.

2. Marihuana – konopie indyjskie:

- kobieta zażywająca marihuanę, choćby tylko raz w miesiącu, jest narażona na nieproporcjonalny wzrost masy ciała, a także chroniczne wymioty, które nieleczone mogą doprowadzić do zaburzeń odżywiania płodu;

- jej używanie może prowadzić do trwałego uszkodzenia układu rozrodczego i immunologicznego, a także wiąże się z ryzykiem przedwczesnego porodu, poronienia i urodzenia dziecka z niską wagą urodzeniową;
- zawiera THC (tetrahydrokannabinol odpowiedzialny za większość efektów psychologicznych jej używania), który bardzo długo pozostaje w tkankach matki i dziecka;
- noworodki matek intensywnie ją palących są ospałe, mogą wykazywać objawy uzależnienia z objawami odstawienia;
- w późniejszych okresach życia dzieci matek palących ją w czasie ciąży wykazują trudności w skupieniu uwagi, zaburzenia rozwoju poznawczego, zaburzenia pamięci i kojarzenia werbalnego;
- THC przenika także do mleka matek karmiących piersią;
- palenie jej może powodować uszkodzenia genów, zwiększając ryzyko wad wrodzonych dziecka, nowotworów, chorób wzroku.

3. Amfetamina:

- silnie pobudza organizm kobiety;
- zwęża naczynia krwionośne, co może prowadzić do zbyt wczesnego odklejenia łożyska, zahamowania wewnątrzmacicznego wzrostu płodu, zapalenia błon płodowych, a także obumarcia płodu;
- dzieci matek ją zażywających są mniejsze i mają mniejszą masę ciała, są mniej odporne na zakażenia, bardziej narażone na choroby układu krążenia i innych ważnych narządów, a także częściej występują u nich wady wrodzone serca, dróg żółciowych czy rozszczepienie podniebienia.

4. Kokaina:

- znacznie zwęża naczynia krwionośne macicy i łożyska, przez co hamuje rozwój dziecka, upośledza dostarczanie tlenu i substancji odżywczych do krwiobiegu płodu; przyjmowana w pierwszych 12 tygodniach ciąży jest przyczyną poronienia;
- zażywanie jej przez kobiety w zaawansowanej ciąży może powodować wzrost ciśnienia krwi i niedokrwienie mięśnia sercowego, przedwczesny poród oraz urodzenie martwego dziecka;
- kobiecie zażywającej ją grozi nie tylko zawał serca, ale też nadciśnienie i napady drgawkowe;
- u dziecka może występować pobudzenie ruchowe, płacliwość, biegunki, niedobór masy ciała, zaburzenia rozwoju motorycznego i wady wrodzone serca, nerek, twarzy itd.;
- noworodki częściej umierają z powodu SIDS – zespołu nagłego zgonu niemowląt.

Benzodiazepiny to leki przeciwlękowe i nasenne, które mogą powodować tzw. zespół ospałego niemowlęcia z obniżonym napięciem mięśniowym, słabszymi odruchami, trudnym okresem adaptacyjnym po urodzeniu.

Należy pamiętać, że każde, choćby jednorazowe, zażycie substancji psychoaktywnej w czasie ciąży powinno zostać 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 uszkodzone²⁷.

Współczesne obserwacje socjomedyczne ciężarnych
używających środków psychoaktywnych i alkoholu

Efekty działania środków psychoaktywnych na ciężarną i jej dziecko można ująć w następujących punktach podsumowujących:

- poronienie;
- działanie teratogenne;
- działanie toksyczne;
- uzależnienie;
- zespół odstawienia po urodzeniu.

Do najczęściej obserwowanych aktualnie sytuacji ciężarnych uzależnionych od narkotyków należą:

- niechciana ciąża;
- niski status społeczno-ekonomiczny;
- nieprawidłowe odżywianie się;
- nieodpowiednia opieka medyczna nad ciężarną;
- przemoc wobec ciężarnej;
- ciąża u nastolatek;
- samotna matka;
- ciąża po 40. r.ż.;
- częste zakażenia przenoszone drogą płciową;
- częste wirusowe zapalenia wątroby, HIV;
- choroby wynikające z przyjmowanej substancji psychoaktywnej (m.in. marskość wątroby, nowotwory).

²⁷ 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/F80_U_narkotyki.pdf [dostęp: 11.07.2020].

Współczesne kobiety spożywające w ciąży alkohol stanowią odrębne zjawisko społeczne w kontekście dotychczas obserwowanego – matki-alkoholiczki. Są to kobiety, które:

- coraz częściej dobrze zarabiają;
- korzystają regularnie z porad ginekologa;
- zdrowo się odżywiają;
- często palą papierosy, czasem używają substancji psychoaktywnych;
- decydują się na samotne macierzyństwo, czasem z partnerem;
- mają stresującą pracę²⁸.

²⁸ K. Stempniewicz, *Konsekwencje zdrowotne używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w ciąży*, Oddział Noworodkowy Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., [https://wsseopole.pis.gov.pl/plikjednostki/wsseopole/userfiles/Konsekwencje%20zdrowotne%20u%C5%BCywan%C5%BCia%20substancji%20psychoaktywnych%20przez%20kobiety%20w\(1\).pdf](https://wsseopole.pis.gov.pl/plikjednostki/wsseopole/userfiles/Konsekwencje%20zdrowotne%20u%C5%BCywan%C5%BCia%20substancji%20psychoaktywnych%20przez%20kobiety%20w(1).pdf) [dostęp: 11.07.2020].

Uzależnienia behawioralne (czynnościowe)

Definicja i klasyfikacja

Uzależnienie behawioralne (czynnościowe) to zespół objawów związanych z utrwalonym, wielokrotnym powtarzaniem określonej czynności (lub grupy czynności), w celu uzyskania takich stanów emocjonalnych, jak: przyjemność, euforia, ulga, uczucie zaspokojenia. Ten stan jest osiąganym bez konieczności wprowadzania do organizmu jakichkolwiek substancji chemicznych.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, publikując w 2013 r. klasyfikację DSM-5, formalnie potwierdziło istnienie uzależnień (nałogów) behawioralnych, włączając uprawianie hazardu do kategorii zaburzeń i nałogów. Uznano wówczas podstawowe kryteria służące do opisu (i diagnozy) uzależnień behawioralnych:

- zaabsorbowanie (dane zachowanie zaczyna dominować nad pozostałymi, staje się najważniejszą życiową aktywnością);
- modyfikacja nastroju (to efekt, jaki przynosi dane zachowanie, najczęściej jest przejawem nieprzystosowawczych mechanizmów radzenia sobie, z ang. *coping mechanisms*, np. z problemami lub z negatywnym nastrojem);
- tolerancja (dotyczy rosnącego zapotrzebowania na dane zachowania w celu uzyskania podobnego poziomu „nagrody” – najczęściej poprawy nastroju);
- symptomy odstawienne (w przypadku utrudnienia lub uniemożliwienia pożądanego zachowania pojawiają się psychiczne i/lub fizyczne objawy odstawienne, np. zdenerwowanie, złość, smutek czy drżenie rąk);
- konflikt w trzech wymiarach:
 - interpersonalny, czyli pomiędzy osobą a jej najbliższym otoczeniem, np. rodziną czy przyjaciółmi,

- pomiędzy osobą a jej innymi aktywnościami, np. pracą, nauką czy zainteresowaniami,
- intrapersonalny, tzw. intrapsychiczny, np. na skutek subiektywnego wrażenia utraty kontroli nad działaniem;
- 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, np. mówiąc „przecież ja to lubię”, lub starają się usprawiedliwić, tłumacząc „lepiej, że gram od czasu do czasu w totolotka, to przecież 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 otoczenia¹.

W ICD-10 uzależnienia behawioralne (czynnościowe) należą do grupy zaburzeń nawyków i popędów (F63) 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.

Historia. Kryteria rozpoznania według Goodmana

Cesare Guerreschi w swojej książce *Nowe uzależnienia*, wydanej w 2006 r., uzależnienia behawioralne określa mianem tzw. nowych uzależnień, w których „substancje chemiczne nie odgrywają żadnej roli”; ich przedmiotem są „zachowania i działania akceptowane społecznie”².

Pojęcie uzależnienia czynnościowego po raz pierwszy wprowadził austriacki psychoanalityk Otto Fenichel w 1945 r. w swoim dziele *Teorie psychoanalityczne nerwicy*³.

Autorem pierwszych precyzyjnych kryteriów uzależnień czynnościowych, odwołujących się do koncepcji uzależnień w ogóle, był Aviel Goodman⁴. W 1990 r. podał on opracowane przez siebie kryteria nawiązujące do nałogowych zachowań seksualnych, jednak znajdując one zastosowanie także w przypadku innych uza-

¹ M. Rowicka, *Uzależnienia behawioralne – profilaktyka i terapia*, Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii Fundacja Praesterno, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015.

² C. Guerreschi, *Nowe uzależnienia*, <https://docer.pl/doc/ne815x> [dostęp: 30.05.2020].

³ O. Fenichel, *The psychoanalytic theory of neurosis*. Norton and Company, New York 1945.

⁴ A. Goodman, *Addiction: definition and implications*, „British Journal of Addiction” 1990, 85, s. 1403–1408.

leżnień. Według Goodmana, nałóg charakteryzuje się tym, że osoba podejmuje zachowanie, które może przynosić przyjemność lub zniesienie przykrości (ulga) oraz kontynuuje to zachowanie w taki sposób, że prowokuje ono występowanie kluczowych symptomów, jakimi są:

- powtarzające się niepowodzenie w kontrolowaniu tego zachowania (tzw. utrata kontroli);
- kontynuowanie zachowania pomimo negatywnych jego konsekwencji.

Kryteria rozpoznawania uzależnienia behawioralnego (czynnościowego) według Goodmana:

- niezdolność oparcia się impulsom popychającym do określonego zachowania;
- poczucie narastającego napięcia pojawiającego się tuż przed rozpoczęciem zachowania;
- przyjemność i ulga doświadczane podczas wykonywania zachowania;
- poczucie utraty kontroli podczas wykonywania zachowania;
- obecność przynajmniej pięciu spośród poniższych kryteriów:
 - częste zaabsorbowanie pożądanym zachowaniem,
 - intensywność i trwanie epizodów zachowania przewyższające znacząco poziom pierwotnie pożądaną,
 - powtarzające się bezskuteczne próby ograniczenia, kontrolowania lub zaprzestania zachowania,
 - poświęcanie dużej ilości czasu na przygotowywanie zachowania, jego podejmowanie lub powrót do niego,
 - częste zaniedbywanie obowiązków zawodowych, szkolnych, akademickich, rodzinnych, społecznych,
 - poświęcanie aktywności społecznej, zawodowej czy rekreacyjnej na rzecz zachowania,
 - kontynuowanie zachowania pomimo świadomości doświadczania lub nasilania się trwałych bądź nawracających problemów o charakterze społecznym, finansowym, psychologicznym, fizycznym,
 - wzrost tolerancji – potrzeba zwiększania intensywności lub częstotliwości zachowania, aby osiągnąć pożądaną efekt lub też zmniejszenie nasilenia doznań wywołanych przez zachowania o tej samej intensywności co wcześniej,
 - niepokój lub zdenerwowanie w sytuacji niemożliwości podjęcia zachowania,
 - niektóre elementy składowe syndromu trwają dłużej niż jeden miesiąc lub powtarzają się przez dłuższy okres.

Na podstawie kryteriów Goodmana można zauważyć, że osoba doświadczająca uzależnienia behawioralnego (czynnościowego) prezentuje liczne objawy klasycznego uzależnienia od przyjmowanych substancji, takich jak alkohol, narkotyki czy

nikotyna. Wyraża się ono powtarzającą się i doświadczaną jako konieczna sekwencją konkretnych zachowań (zakupy, sprzątanie, praca itd.), co w znaczący sposób zaburza jej życie społeczne, rodzinne, zawodowe itp.

Elementy szczegółowej diagnozy

Szczegółowa diagnoza pacjenta sygnalizującego uzależnienie czynnościowe powinna obejmować następujące elementy:

- czynniki wyzwalające;
- poziom aktualnego funkcjonowania pacjenta;
- relacje społeczne i sytuacja zawodowa;
- sytuacja prawna;
- zdrowie fizyczne i psychiczne (problemy minione i aktualne);
- wcześniejsze próby leczenia;
- czynniki „krytyczne” (chodzi głównie o ryzyko skrzywdzenia innej osoby lub samego siebie);
- cele terapeutyczne;
- poziom motywacji.

Rodzaje uzależnień behawioralnych

Oto poznane (choć nie wszystkie ujęte w ICD-10) na świecie i w Polsce do 2015 r. rodzaje uzależnień behawioralnych:

- **patologiczny hazard;**
- **uzależnienie od komputera i Internetu;**
- **uzależnienie od ćwiczeń;**
- **uzależnienie od zakupów;**
- **uzależnienie od pracy;**
- **uzależnienie od seksu;**
- **uzależnienie od jedzenia⁵.**

⁵ B. Lelonek-Kuleta, *Uzależnienie od czynności – zdefiniowanie pojęcia, specyfika problemu oraz kierunki diagnozy*, <https://www.narkomania.org.pl/czytelnia/uzaleznienie-od-czynnosci-zdefiniowanie-pojecia-specyfika-problemu-oraz-kierunki-diagnozy/> [dostęp: 2.03.2021].

W pracy terapeutów coraz częściej pojawiają się pojęcia uzależnień behawioralnych (czynnościowych) określanych też jako nałogowe zachowania, uzależnienie niechemiczne⁶.

Do uzależnień behawioralnych niektórzy zaliczają ortoreksję, pregoreksję, drunkoreksję, tanoreksję czy bigoreksję lub estetoreksję – wobec braku jednolitej klasyfikacji pozwoliliśmy sobie zamieścić te problemy w rozdziałach „Zaburzenia żywienia i odżywiania się” i „Dysmorfofobia”⁷.

Jak podano w 2018 r., uzależnienie od komputera i Internetu nie zostało jeszcze umieszczone ani w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), czyli ICD, ani w Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), czyli DSM⁸.

W rozdziale niniejszej książki zatytułowanym *Otyłość dzieci i dorosłych epidemią XX/XXI wieku* omówiliśmy problem uzależnienia od słodkiego smaku i żywności. Zauważyliśmy też związki pomiędzy uzależnieniami behawioralnymi a uzależnieniami od substancji psychoaktywnych.

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 związku⁹.

W badaniach przeprowadzonych w 2016 r. na temat dziedziczności nadmiernego spożycia cukru i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych ustalono korelację między tymi zmiennymi¹⁰.

⁶ B. Lelonek-Kuleta, *Uzależnienie od czynności – zdefiniowanie pojęcia, specyfika problemu oraz kierunki diagnozy*, „Poradnia Narkotykowa” on-line, <https://www.narkomania.org.pl/czytelnia/uzaleznienie-od-czynnosci-zdefiniowanie-pojecia-specyfika-problemu-oraz-kierunki-diagnozy/> [dostęp: 30.05.2020].

⁷ M. Rowicka, *Uzależnienia behawioralne. Terapia i Profilaktyka*, Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Fundacja Praesterno, Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2015; A. Pikura, *Estetoreksja – nowy rodzaj uzależnienia*, „Kosmetologia Estetyczna” 2015, 4(2), s. 141–143.

⁸ Rodzaje i objawy siecioholizmu. Uzależnienia behawioralne, <https://www.uzaleznieniabehawioralne.pl/siecioholizm/rodzaje-i-objawy-siecioholizmu/> [dostęp: 11.07.2020].

⁹ J.L. Fortuna, *Sweet preference, sugar addiction and the familial history of alcohol dependence: shared neural pathways and genes*, „Journal of Psychoactive Drugs” 2010, 42(2), s. 147–151.

¹⁰ J.L. Treur, D.I. Boomsma, L. Ligthart i in., *Heritability of high sugar consumption through drinks and the genetic correlation with substance use*, „American Journal of Clinical Nutrition” 2016, 104(4), s. 1144–1150.

Przykłady uzależnień behawioralnych

Patologiczny hazard

W krajach Zachodu od dawna funkcjonują kasyna i salony gier na automatach. Po raz pierwszy patologiczny hazard uznano za zaburzenie zdrowia psychicznego w 1980 r. w amerykańskiej klasyfikacji DSM-III i umieszczono w grupie zaburzeń kontroli impulsów. W 1994 r. zostały opublikowane kryteria diagnostyczne patologicznego hazardu według DSM-IV.

W Polsce po II wojnie światowej poza totolotkiem nie było innych legalnych gier hazardowych. Dopiero transformacja ustrojowa po 1989 r. spowodowała, że stały się one ogólnie dostępne. Kiedy na Zachodzie podkreślano zagrożenie z ich strony, w Polsce grę na licznych automatach traktowano jako niegroźną zabawę.

Kryteria diagnostyczne podaje WHO. Obowiązująca od stycznia 1998 r. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10 podnosi patologiczny hazard do rangi osobnego zaburzenia psychicznego obok piromanii, kleptomanii, trichotillomanii (uporczywe i nawracające wrywanie włosów) oraz innych i nieokreślonych zaburzeń figurujących pod nazwą F63.0. Według podanej definicji jest to „zaburzenie polegające na często powtarzającym się uprawianiu hazardu, który przeważa w życiu człowieka ze szkodą dla wartości i zobowiązań społecznych, zawodowych, materialnych i rodzinnych”.

Wspólną cechą wszystkich zaburzeń kontroli impulsów jest to, że dana osoba doświadcza nieodpartego impulsu, któremu towarzyszy narastające napięcie. Może on być lub nie być wstępnie uświadomiony i/lub osoba może starać się go powstrzymać. Kiedy podda mu się, ma poczucie ulgi, które może być tak intensywne, że można je nazwać stanem euforycznym. Wielu hazardzistów przyznaje, że czuje chęć życia tylko wtedy, gdy oddają się hazardowi.

Chociaż wg ICD-10 patologiczny hazard nie jest uzależnieniem, w dużym stopniu zaburzenie to spełnia kryteria uzależnienia od substancji psychoaktywnych, zatem pacjent zgłaszający się do poradni jest postrzegany podobnie jak alkoholik.

Podczas diagnozowania istotne jest, aby patologiczny hazard odróżnić od:

- hazardu i zakładania się (Z72.6), które polegają na częstym uprawianiu hazardu w celu rozrywki lub zdobycia pieniędzy; osoby takie potrafią powstrzymać swoje zachowania, jeśli ponoszą duże straty;
- hazardu uprawianego w fazie maniakalnej psychozy maniakalno-depresyjnej (F30);
- hazardu uprawianego przez osoby z zaburzeniem osobowości typu socjopatycznego (F60.2), które przejawiają szerokie spektrum zaburzeń zachowania społecznego.

Diagnostując patologicznego hazardzistę, należy zwrócić uwagę na możliwość współwystępowania innych zaburzeń, np. nadużywania i/lub uzależnienia od alkoholu – F10, tytoniu – F17, marihuany – F12, kokainy – F14 oraz środków pobudzających, w tym kofeiny – F15¹¹.

Uzależnienie komputerowo-internetowe

Badania nad zjawiskiem uzależnienia komputerowo-internetowego zostały zapoczątkowane w 1995 r. przez Michaela Moora, który je przeprowadził na 531-osobowej grupie studentów uniwersytetu w Austin. Wyniki wskazywały, że 13% z nich było uzależnionych od komputera, z czego znaczną grupę, bo aż 71% stanowili mężczyźni. Rok później problemem zajęła się Kimberly Young z uniwersytetu w Pittsburgu, która została uznana za prekursorkę i wielki autorytet badań nad uzależnieniami komputerowymi oraz duży autorytet w tej dziedzinie. Potraktowała ten nałóg podobnie do uzależnienia od hazardu.

Young stwierdziła, że osoby uzależnione spędzają przy komputerze średnio 35 godzin tygodniowo (poza obowiązkami wynikającymi z zatrudnienia). Wyróżniła też 5 podtypów uzależnienia związanego z komputerem, czyli:

- **erotomanię internetową** (*cybersexual addiction*), np. oglądanie filmów i zdjęć o charakterze pornograficznym, uczestniczenie w czatach o tematyce seksualnej itp.;
- **socjomanię internetową**, czyli uzależnienie od internetowych kontaktów społecznych (*cyber-relationship addiction*), np. korzystanie z chat-roomów i poczty elektronicznej, uczestniczenie w grupach dyskusyjnych, które zastępują kontakty z rodziną i przyjaciółmi, a nawet „wirtualne zdrady”;
- **uzależnienie od sieci internetowej** (*net compulsions*), np. uzależnienie od gier hazardowych (internetowy patologiczny hazard w kasynach sieciowych) oraz sieciowych (przeciwnik jest żywym człowiekiem, który również siedzi w tym momencie przy monitorze), od operacji giełdowych dokonywanych przez Internet, aukcji czy zakupów on-line;
- **przeciążenie informacyjne**, czyli przymus pobierania informacji (*information overload*), np. poszukiwanie nowych informacji, przeszukiwanie baz danych;
- **uzależnienie od komputera** (*computer addiction*), np. uzależnienie od gier komputerowych.

¹¹ B. Wojewódzka, *Diagnoza patologicznego hazardu*, „Świat Problemów” 2012, 5, <https://www.uzaleznieniabehawioralne.pl/hazard/diagnoza-patologicznego-hazardu/> [dostęp: 2.03.2021].

Do tych podtypów można dodać jeszcze uzależnienie od blogów polegające na śledzeniu cudzych historii życia opisywanych na stronach internetowych lub prezentowaniu własnych. Jako formę uzależnienia od Internetu można także traktować hakerstwo, a także specyficzne uczestnictwo w coraz bardziej popularnym wirtualnym świecie – „Second Life”.

Z kolei John Suler wyróżnia 2 typy uzależnienia od Internetu: niespołeczny – charakteryzujący się głównie poszukiwaniem informacji, oraz społeczny – związany z korzystaniem z komunikatorów, poczty e-mail, czatu czy Internet Relay Chat (IRC)¹².

W Internecie można znaleźć szereg ankiet dla osób, które czują się zagrożone uzależnieniem, których wynik sugeruje, czy już należy zgłosić się po pomoc do ośrodka terapii uzależnień¹³.

¹² B.T. Woronowicz, *Uzależnienie od komputera i sieci (siecioholizm)*, <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/74360,uzaleznienie-od-komputera-i-sieci-siecioholizm> [dostęp: 2.03.2021].

¹³ <https://www.centrumdobrejterapii.pl/materialy/test-uzaleznienia-od-internetu/> [dostęp: 2.03.2021]; <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/71343,hazard-patologiczny> [dostęp: 2.03.2021].

Jerzy T. Marcinkowski
Zofia Konopielko
Paulina Rosińska
Marek A. Motyka

Zaburzenia żywienia i odżywiania

Klasyfikacja wg ICD-10 i ICD-11

W 2017 r. współautorzy nowej klasyfikacji ICD-11, mającej wejść w życie już w styczniu 2022 r., przedstawili zmiany, które prawdopodobnie zostaną w niej zawarte.

Zaburzenia żywienia i odżywiania to grupa zawierająca istotne zmiany w porównaniu z ICD-10 (ICD-10 F5), która w **ICD-11** obejmuje 7 kategorii:

- jadłowstręt psychiczny;
- bulimię;
- zaburzenie z napadami objadania się;
- zaburzenia odżywiania polegające na unikaniu lub ograniczaniu przyjmowania pokarmów;
- picę (spożywanie produktów niejadalnych, jak lód, glina, glina, papier oraz ich żucie);
- zaburzenie ulewania i przeżuwania pokarmu;
- zespół wymiotów cyklicznych.

Do grupy zaburzeń odżywiania, choć niewymienionych w ICD, większość badaczy włącza jeszcze dwa: ortoreksję – zjawisko coraz częściej obserwowane we współczesnym świecie i drunkoreksję (alkoreksję), gdyż 30–50% osób z bulimią i 12–18% z anoreksją jest uzależnionych od alkoholu lub go nadużywa.

W ICD-11 zostały nieco poszerzone wymagania diagnostyczne dla jadłowstrętu psychicznego i bulimii. W jadłowstręcie psychicznym usunięto kryterium braku

miesiączki oraz zmieniono kryterium niedowagi (obecnie w ICD-10 to BMI <17,5, w ICD-11 <18,5).

Kryterium lęku 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 4-tygodniowe kryterium minimalnego czasu trwania zaburzenia.

Pojawiły się ponadto nowe kategorie zaburzeń z napadami objadania się i zaburzeń odżywiania polegających 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 zostały usunięte w ICD-11.

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 dorosłych¹.

Ortoreksja

Ortoreksja (*orthorexia nervosa*; *ortho* – prawidłowy, *orexis* – apetyt) to patologiczna obsesja na punkcie spożywania zdrowej żywności².

Historia

Ortoreksję odkrył i jako pierwszy zdefiniował najpierw u siebie, a potem u swoich pacjentów, dr Steven Bratman. W 1997 r. zaproponował nazwę zaburzenia – *orthorexia nervosa*, która oznaczała patologiczną koncentrację na spożywaniu zdrowego jedzenia.

Lekarz ten wspominał po latach, że jako małe dziecko zmagał się z alergią. Rodzice pilnowali, żeby nie miał kontaktu, np. z mlekiem czy glutenem. Opiekunowie tłumaczyli Bratmanowi, że tylko właściwa dieta zagwarantuje mu zdrowie. Tak się tym przejął, że starał się spożywać tylko zdrowe produkty; prowadził własną, ekologiczną farmę. Po latach zaobserwował jednak, że strach przed niezdrowym je-

¹ W. Gaebel, J. Zielasek, J.M. Reed, *Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status*, „Psychiatria Polska” 2017, 51(2), s. 169–195.

² M. Janas-Kozik, J. Zejda, M. Stochel i in., *Ortoreksja – nowe rozpoznanie?* „Psychiatria Polska” 2012, 46(3), s. 441–450.

dzeniem zaczyna być obsesją, a myśl o jedzeniu wpływa negatywnie na wiele sfer jego życia, w tym kontakty społeczne. Wówczas nabrał pewności, że **ortoreksja** wynika z problemów psychicznych, które przekładają się na chęć kontrolowania wszystkiego, co trafia na talerz.

Podobne objawy stwierdził u wielu swoich pacjentów. Na podstawie tych doświadczeń w 1997 r. zaproponował termin *orthorexia*, którą opisał w książce wydanej w 2000 r.³

Ryan M. Moroze wraz z innymi badaczami w 2014 r. opracowali nowe kryteria diagnostyczne ortoreksji, które opublikowali w 2015 r. Zostały one podzielone na 4 obszary:

- A – nadmierna koncentracja na zdrowym odżywianiu skupiająca się na jakości i składzie posiłków;
- B – nadmierna koncentracja na zdrowym żywnieniu powodująca zaburzenia zdrowotne lub dystres w zakresie funkcjonowania społecznego, zawodowego, szkolnego;
- C – zjawisko nie wynika z innych chorób, takich jak zaburzenie obsesyjno-kompulsywne, schizofrenia lub inna choroba psychiczna;
- D – zachowanie nie wynika z przekonań religijnych, specjalnych wymagań żywieniowych, alergii pokarmowej lub innej choroby wymagającej specjalnej diety⁴.

Epidemiologia, problemy z klasyfikacją zaburzenia

Interesujące są wyniki badań przeprowadzonych w Polsce wśród uczącej się młodzieży i studentów do 30. r.ż., opublikowane w 2018 r., zawierające następujące wnioski:

- ryzyko występowania ortoreksji stwierdzono u 27% badanych;
- nie ustalono zależności ortoreksji od danych demograficznych, społecznych, rodzinnych;
- nie ustalono związków ortoreksji z innymi zaburzeniami odżywiania ani depresją;
- ortoreksja nie stanowi odrębnej jednostki chorobowej;
- ortoreksja wpisuje się w spektrum zaburzeń odżywiania (badani podejrzani o ortoreksję mieli istotnie wyższe wyniki w teście zaburzeń odżywiania EAT-26);
- ryzyko wystąpienia zarówno anoreksji, bulimii, jak i ortoreksji jest podobne;

³ S. Bratman, D. Knight, *Health food junkies. Orthorexia nervosa: Overcoming the obsession with healthful eating*, Broadway Books, New York 2000.

⁴ R.M. Moroze, T.M. Dunn, J. Craig Holland, J. Yager, P. Weintraub, *Microthinking about micronutrients: A case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal 'orthorexia nervosa' and proposed diagnostic criteria*, „Psychosomatics” 2015, 56(4), s. 397–403.

- ortoreksja i OCD to dwa odrębne zespoły (OCD to chorobowe zaburzenia obsesyjno-kompulsywne – *obsessive-compulsive disorder*, dotyczące osób, które odczuwają potrzebę wielokrotnego wykonywania pewnych czynności, tzw. kompulsji, lub cierpią na powtarzające się myśli zwane obsesjami; osoby dotknięte tym zaburzeniem nie są w stanie kontrolować tych czynności lub myśli dłużej niż przez chwilę; według niektórych badaczy ortoreksję można zaliczyć do OCD, czemu przeczą przedstawione badania).

Zaburzenie jest tematem wielu innych badań i zdania naukowców co do miejsca ortoreksji wśród zaburzeń psychicznych nadal są podzielone. Niektórzy twierdzą, że jest to oddzielna kategoria diagnostyczna, inni zauważają wiele elementów łączących ortoreksję z anoreksją, jeszcze inni – klasyfikują ten syndrom jako odmianę zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego.

Bratman początkowo traktował ortoreksję jako oddzielną jednostkę chorobową.

M.C.T. Martins, a także inni badacze uważali, że zachowania oraz dążenia osób z ortoreksją i pozostałymi zaburzeniami odżywiania różnią się od siebie. Osoby cierpiące na anoreksję i bulimię motywowane są koniecznością osiągnięcia perfekcyjnej, szczupłej sylwetki poprzez utratę masy ciała, podczas gdy ortorektykami kieruje idea osiągnięcia optymalnego zdrowia poprzez stosowanie zdrowej diety.

Osoby z ortoreksją nie skupiają się na ilości pożywienia, lecz na jakości spożywanych posiłków; nie dążą do osiągnięcia atrakcyjności fizycznej, jak osoby z pozostałymi zaburzeniami odżywiania, jako cel główny stawiają zdrowie⁵.

Ortoreksja nie jest jednostką uwzględnioną w aktualnie obowiązujących klasyfikacjach chorób i zaburzeń psychicznych (typu ICD-10, DSM-4), zwyczajowo jest jednak umieszczana wśród innych zaburzeń odżywiania⁶. Być może zostanie włączona jako odrębna jednostka do nowej ICD-11, gdyż zauważa się, że zjawisko może się nasilać. Coraz więcej osób interesuje się zdrowym odżywianiem, na portalach społecznościowych istnieje wiele adresów promujących ten styl życia, powstaje coraz więcej miejsc zbiorowego żywienia, gdzie są serwowane tylko zdrowe potrawy, weganie przeliczają skrupulatnie wszystkie składniki swojej diety, by była zrównoważona. Niewątpliwie powoduje to skupianie się na „żywie-

⁵ W. Kaye, *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), s. 121–135; S. Shah, *Orthorexia nervosa: Healthy Eating or eating disorder*, „Masters Theses” 2012, 991; I. Łucka, D. Janikowska-Hołoweńko, P. Domarecki i in., *Ortoreksja – oddzielna jednostka chorobowa, spektrum zaburzeń odżywiania czy wariant zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych?* „Psychiatria Polska” 2021, 55(2), s. 421–433.

⁶ J. Węgrzecka-Giluń, *Uzależnienia behawioralne rodzaje oraz skala zjawiska sygnały ostrzegawcze i skutki. Kompendium wiedzy dla Rodziców*, ETOH Fundacja Rozwoju Profilaktyki, Edukacji i Terapii Problemów Alkoholowych, Warszawa 2013.

niowej stronie życia” w celu wyeliminowania „bylejakości”. Nawet popularna sieć McDonald’s wprowadza do menu surówki. Weganie wychowują dzieci w takim duchu. Niewątpliwie ta koncentracja na zdrowym odżywianiu się może sprzyjać ujawnianiu u niektórych zachowań przymusowych, a być może ograniczających prawidłowe funkcjonowanie na innych obszarach, choćby społecznych.

Objawy, kilka podstawowych pytań z testu na ortoreksję

Osoby dotknięte ortoreksją unikają spożywania określonych pokarmów, czasami również rezygnują z określonych sposobów obróbki żywności (np. gotowania, smażenia), ponieważ uważają, że są one szkodliwe dla zdrowia. Codzienna aktywność osoby cierpiącej na ortoreksję zostaje zdominowana przez czasochłonne planowanie, kupowanie oraz przygotowywanie posiłków.

Odstępstwo od ustalonych zasad dietetycznych skutkuje pojawieniem się poczucia winy oraz lęku. W skrajnych wypadkach ortoreksja prowadzi do zaburzeń funkcjonowania w społeczeństwie, niedożywienia, a także zaburzeń odżywiania w typie anoreksji.

Zdarza się, że osoba cierpiąca na ortoreksję może mieć niedobory minerałów i witamin. Mogą wtedy się pojawić objawy takie 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 dodatkowo zaburzenia miesiączkowania.

Wobec współczesnego trendu dążenia do zdrowia poprzez odpowiedni styl żywienia coraz częściej prowadzącego do ortoreksji, warto poznać kilka następujących, prostych pytań z testu na ortoreksję, bo zauważenie problemu u siebie lub osoby bliskiej może zapobiec skutkom opisanym przez Bratmana:

- Czy uważasz siebie za perfekcjonistę mającego wszystko zawsze pod kontrolą?
- Czy masz wrażenie, że od momentu wprowadzenia zdrowej diety jakość twojego życia wzrosła?
- Czy żał ci ludzi, którzy cały czas jedzą niezdrowo?
- Czy masz wyrzuty sumienia, kiedy sam/a sięgniesz po coś kalorycznego?
- Czy z powodu diety unikasz spotkań z rodziną bądź znajomymi?
- Czy nie wychodzisz na imprezę z powodu typowego dla niej menu?
- Czy odczuwasz przyjemność, kiedy zjesz śniadanie, obiad oraz kolację samotnie?
- Czy odnosisz wrażenie, że na jedzenie musisz przeznaczać więcej czasu, niż byś chciał/a?

- Czy masz trudności ze zjedzeniem czegoś, co przygotował ktoś inny poza twoją kontrolą?

Jeżeli odpowiedź na większość z tych pytań 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; regularne odwiedzanie sklepów z ekologiczną żywnością i robienie w nich dużych zakupów⁷.

Anoreksja i bulimia

Określenie częstości występowania anoreksji i bulimii jest utrudnione, m.in. z powodu tego, że pacjenci nie zdając sobie sprawy ze znaczenia choroby, unikają profesjonalnej opieki⁸.

Spśród wszystkich zaburzeń psychicznych anoreksja (*anorexia nervosa*, gr. *an* – pozbawienie, *oreksis* – apetyt) ma najwyższy wskaźnik śmiertelności⁹. Przykładem odpowiedniego doceniania wagi problemu jest norweski program dotyczący wczesnego wykrywania zaburzeń odżywiania, ich przebiegu i możliwości terapii¹⁰.

Na tę chorobę zapadają głównie kobiety, najczęściej przed 25. r.ż., ale coraz częściej rozpoznaje się ją u mężczyzn, a nawet u dzieci. Największe ryzyko zachorowalności to wiek dojrzewania (14–18 r.ż.). Badania wskazują, że zaburzenia te dotyczą 13% dziewcząt przed ukończeniem 20 r.ż.¹¹

⁷ Ortoreksja. Medonet, <https://www.medonet.pl/zdrowie,ortoreksja---objawy--test-na-ortoreksje--leczenie,artykul,1729262.html> [dostęp: 3.06.2020].

⁸ 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].

⁹ F.R.E. Smink, D. von Hoeken, W.H. Hoek, *Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates*, „Curr. Psychiatry Rep.” 2012, 14(4), s. 406–414.

¹⁰ C. Sundgot-Borgen, S. Bratland-Sanda, K.M.E. Engen, G. Pettersen, O. Friborg, M.K. Torstveit i in., *The Norwegian healthy body image programme: Study protocol for a randomized controlled school-based intervention to promote positive body image and prevent disordered eating among Norwegian high school students*, „BMC Psychol.” 2018, 6(1), s. 8.

¹¹ E. Stice, C.N. Marti, P. Rohde, *Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women*, „Journal of Abnormal Psychology” 2013, 122(2), s. 445–457.

Według Amerykańskiej Klasyfikacji Chorób (DSM-IV) wyróżnia się dwa typy anoreksji: ograniczający i objadająco-przeczyszczający (tzw. bulimia, bardziej wyniszczająca dla organizmu)¹².

Zaburzone postrzeganie własnego ciała i tego następstwa

Należy podkreślić, że nie wszystkie osoby, które się odchudzają, cierpią na anoreksję.

W anoreksji dalsza celowa utrata masy ciała ma miejsce nawet wtedy, gdy wskaźnik BMI jest już niższy niż 17,5. Własne, negatywne odczucia mają większe znaczenie niż świadomość, iż masa ciała jest za niska lub pojawiają się zaburzenia hormonalne (zanik miesiączki u kobiet czy zaburzenia potencji u mężczyzn). Zdając sobie sprawę ze zbyt niskiej masy swego ciała, osoby chore nadal czują się za grube.

Objawy anoreksji to:

- silny lęk przed przyrostem masy ciała przy jej niedoborze;
- zaburzenia w postrzeganiu własnego ciała (kształtu, rozmiarów);
- bagatelizowanie swojej niskiej masy ciała;
- uznawanie masy czy kształtu własnego ciała za podstawowe kryterium samooceny;
- brak miesiączek u dziewczyn już miesiączkujących (co najmniej przez 3 kolejne cykle) lub ich występowanie jedynie po podaniu leków hormonalnych.

Osoby z anoreksją stosują różne, szkodliwe metody, wśród których najczęstszymi są:

- unikanie jedzenia;
- intensywne ćwiczenia;
- stosowanie leków moczopędnych i przeczyszczających;
- prowokowanie wymiotów.

Przyczyny anoreksji nie są dokładnie rozpoznane. Rozważa się czynniki genetyczne, ale też nieprawidłowe funkcjonowanie neuroprzebieżników 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.

¹² B. Józefik, *Anoreksja i bulimia psychiczna*, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1996.

Niezależnie od wspomnianych wyżej kwestii, niewątpliwe znaczenie ma również szereg czynników kulturowo-społecznych, np. promowanie chudego ciała¹³.

Lalka Barbie – „wzorzec” kobiecego ciała

Od 1960 r., kiedy wprowadzono na rynek słynną do dziś lalkę Barbie, która stała się kulturową ikoną kobiecego piękna, psychologowie dostrzegają w niej zagrożenie dla psychiki „wychowanych z tą lalką” dziewczynek; zaobserwowano bowiem nasilające się wśród nich zachorowania na anoreksję i bulimię. Badacze, szczególnie angielscy, ponadto szerokie gremium psychologów, ale nawet nieprofesjonalistów, zauważają, że w związku z tym, iż lalki w życiu dzieci odgrywają znaczną rolę, wizerunek Barbie kształtuje specyficzny wzorzec kobiety i wpływa niekorzystnie na postrzeganie własnego ciała przez bawiące się nimi dziewczynki, co często prowadzi do ich zaburzeń odżywiania¹⁴.

Promowanie chudego ciała realizowane od wielu lat w mass mediach, ale też na profilach społecznościowych, niezależnie od innych czynników ma niewątpliwe znaczenie w rozwoju zaburzeń odżywiania¹⁵.

W grupie zwiększonego ryzyka znajdują się ludzie wykonujący zawody wymagające utrzymania odpowiedniej masy ciała, np. sportowcy, tancerze.

Jak pomóc osobie chorej?

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 otwarty¹⁶.

Osoba bliska musi poznać i zrozumieć problemy chorego i nigdy nie powinna podejmować samodzielnie działań (np. dotyczących ustalania terminu wizyty u psychologa), bez jego wiedzy i zgody. Do tego potrzebna jest rozmowa; zawsze ważny jest wybór jej czasu i miejsca, np. nie powinna się odbywać w czasie posiłków, bo

¹³ A. Rajewski, *Zaburzenia odżywiania*, w: I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.

¹⁴ K. Suszyńska, E. Sobolewska, T. Kulik, A. Pacian, *Problemy medyczne, pedagogiczne i społeczne funkcjonowania osób z zaburzeniami odżywiania*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2014, 20(3), s. 235–240, www.monz.pl; I'm a Barbie Girl. Zabawka, która prowadzi do zaburzeń odżywiania? <http://www.psychologia-spoeczna.pl/aktualnosci/1252-barbie.html> [dostęp: 18.05.2020].

¹⁵ A. Rajewski, *Zaburzenia odżywiania...*, op. cit.

¹⁶ M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003.

to dla osoby chorej najbardziej stresujący moment w ciągu dnia. Pierwsza rozmowa nie powinna polegać na wydawaniu sądów ani stawianiu wymagań. Rozpoczynając rozmowę, należy opanować emocje (to wzbudza w osobie chorej poczucie winy), starannie dobierać słowa, by nie naruszać jej prywatności. Sformułowanie „jesteś coraz chudsza (chudszy)” wywołuje odwrotny efekt, ponieważ oddaje główną ideę – 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 deklaracja chęci pomocy oraz wsparcia, 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 wpływu na rozwój choroby, leczenie „na siłę” nie ma sensu. Można po pewnym czasie podjąć ponownie próbę rozmowy lub zaproponować wizytę u specjalisty.

Reakcje osoby chorej na proponowaną pomoc

Trzeba się liczyć z tym, że osoba chora na próbę rozmowy zareaguje agresją. Jest to naturalna reakcja obronna, bo 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 realizację obietnicy. Stworzenie więzi z chorym bywa powodem, że zaczyna on rozmyślać na swój temat, czuje się odważny, by przyznać się przed światem do problemu¹⁷.

Pregoreksja (*pregnancy* – ciąża i *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

¹⁷ A. Kotwas, K. Karakiewicz-Krawczyk, P. Zabielska i in., *Występowanie zaburzeń odżywiania wśród uczennic szkół ponadgimnazjalnych*, http://psychiatriapolska.pl/253___263.html [dostęp: 30.07.2021].

25 kg/m², to przyrosty powinny mieścić się w granicach 7–11,5 kg, natomiast gdy był powyżej 30 kg/m² – powinny być niższe (5–9 kg)¹⁸.

Opublikowane w 2011 r. badania przeprowadzone w Polsce na 471 ciężarnych, 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% prawidłowy a **14,2% 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 niskim¹⁹.

Zachowania ciężarnej z pregoreksją są zbliżone do występujących w przypadku anoreksji. Należą do nich:

- 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: niedokrwistość, odwapnienia kości, nadciśnienie tętnicze, poronienia, gorszy rozwój łożyska (odklejania, uszkodzenia), zakażenia płynu owodniowego, przedwczesne pęknięcie błon płodowych, porody przedwczesne, zgony okołoporodowe, a ponadto obserwuje się niekorzystny rozwój płodu. Udowodniono także zależność między stanem psychicznym ciężarnej, skłonnością do depresji poporodowej a zaburzeniami funkcji poznawczych u dziecka.

Dziecko matki z pregoreksją

Dziecko matki z pregoreksją jest bardziej narażone na wady rozwojowe, szczególnie wady cewy nerwowej, które są związane z niedoborami mikroskładników; 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).

¹⁸ E. Ehmke, *Nadmierna masa ciała w ciąży*, <https://ncez.pl/ciaza-i-macierzynstwo/plodnosc-i-ciaza/nadmierna-masa-ciala-w-ciazy> [dostęp: 17.07.2020].

¹⁹ R. Wierzejska, M. Jarosz, J. Stelmachów i in., *Przyrost masy ciała kobiet ciężarnych w zależności od wartości BMI w okresie przedkoncepcyjnym*, „Postępy Nauk Medycznych” 2011, 9, s. 718–723, <http://www.czytelniamedyczna.pl/3767.gestational-weight-gain-by-prepregnancy-bmi.html> [dostęp: 17.07.2020].

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. Powinni być w nią włączeni położnik, psycholog, psychiatra, położna i dietetyczka. Leczenie tego zaburzenia jest procesem długotrwałym i trudnym²⁰.

Drunkoreksja (alkoreksja)

Odrębnym problemem, choć mającym wiele wspólnego z omówionymi zaburzeniami odżywiania, jest drunkoreksja. 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, czyli anoreksja alkoholowa, bulimia alkoholowa lub alkoreksja. Drunkoreksja nie jest oficjalnym terminem medycznym mimo wprowadzenia go do języka naukowego jeszcze w 2008 r. Obecnie używany jest do charakterystyki podkategorii takich 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**²¹.

W drunkoreksji głównym celem ograniczenia pokarmu jest chęć wypicia dużych ilości alkoholu bez zauważalnego przyrostu masy ciała. Osoby cierpiące na anoreksję uważają, że są otyłe i dlatego podejmują działania, których celem jest redukcja masy ciała, np. głodówki czy wymioty. Natomiast drunkorektycy ograniczają spożywanie pokarmu jedynie wówczas, kiedy mają zamiar spożywać alkohol. Drunkoreksja często bywa mylona z anoreksją. Mimo analogicznych przyczyn (redukcja masy ciała) i konsekwencji (wyniszczenie organizmu) występujących przy anoreksji i drunkoreksji, nie powinno się traktować tych zaburzeń jako identyczne. **W celu zdiagnozowania drunkoreksji ważne jest, aby rozpoznać współwystępowanie uzależnienia od alkoholu.**

Cechy charakterystyczne drunkoreksji to zatem: uzależnienie od alkoholu, ograniczenie spożywania pokarmu, występowanie obaw związanych z przyrostem

²⁰ E. Harasim-Piszczatowska, E. Krajewska-Kulak, *Pregoreksja – anoreksja kobiet ciężarnych*, „Pediatria i Medycyna Rodzinna” 2017, 13(3), s. 363–367.

²¹ M. Jaworski, *Drunkoreksja – zaburzenie odżywiania połączone z alkoholizmem wśród młodych dorosłych*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2014, 8(5), s. 219.

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 mniejsza kontrola zachowań przez rodziców i opiekunów.

Drunkoreksja może przyczynić się do powstania poważnych problemów zdrowotnych, np. do zaburzeń układów pokarmowego, krwiotwórczego, wydzielania wewnętrznego, a także do powikłań sercowo-naczyniowych oraz chorób kości. Z drunkoreksją wiąże się również odwodnienie, niedożywienie i hipoglikemia. Może ona prowadzić również do zaburzeń układu nerwowego oraz chorób psychicznych. Leczenie polega na uzyskaniu przyrostu masy ciała, edukacji w zakresie prawidłowego żywienia oraz leczeniu powikłań somatycznych. Powinno być to połączone z terapią indywidualną lub grupową uzależnienia od alkoholu²².

²² J.A. Malinowski, K.M. Wasilewska-Ostrowska, *Alkoreksja wśród młodzieży – profilaktyka, interwencja*, w: P. Prüfer (red), *Na krawędzi. Reperkusje zachowań ryzykownych w relacji do ciała*, Akademia im. Jakuba z Paradyża, Gorzów Wielkopolski 2016, s. 199–212.

Jerzy T. Marcinkowski
Zofia Konopielko

Kult ciała a zdrowie psychofizyczne i dobrostan społeczny

Kult sukcesu nakazuje być wiecznie młodym i zdrowym.
Świat kultury masowej nie akceptuje bólu ani cierpienia¹.

Andrzej Szczeklik

Niezależnie od epoki, położenia geograficznego, zaawansowania rozwoju technicznego czy typu społeczeństwa, ludzie dbali o swój wizerunek zewnętrzny, który był komunikatem o ich statusie społecznym, osobowości, stanie zdrowia, co należy postrzegać jako ważną część globalnej kultury i historii. Poddawali się i nadal poddają różnym zabiegom mającym na celu poprawienie wyglądu. Zwłaszcza teraz, żyjąc w społeczeństwach wymagających perfekcji, wkłada się wiele wysiłku, aby zwiększyć własną atrakcyjność fizyczną poprzez uwydatnienie swoich cech fizycznych uważanych za estetyczne i piękne. Piękny wygląd jest jednym z ważniejszych czynników, który wpływa także na przypisywanie ludziom pozytywnych cech osobowości mających niewątpliwą wpływ na funkcjonowanie w społeczeństwie. Poza tym z atrakcyjnością fizyczną powiązana jest atrakcyjność seksualna, zwana też seksapilem (*sex appeal*), czyli zdolność jednostki do wzbudzania zainteresowania seksualnego lub erotycznego u innych ludzi, a także czynnik selekcji seksualnej czy wyboru partnera. Atrakcyjność może być wzmocniona przez ozdoby, ubrania, perfumy lub styl danej osoby, a także poprzez poprawianie urody, choć należy podkreślić, że model urody zmienia się w bardzo szybkim tempie.

¹ A. Szczeklik, *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, Społeczny Instytut Wydawniczy „Znak”, Kraków 2002.

Dbłość o dobry wygląd – badania w Polsce

W 2016 r. opublikowano dane z badań przeprowadzonych w Polsce przez renomowaną agencję badawczą opinii publicznej – GfK (niem. *Gesellschaft für Konsumforschung*)². Wśród mężczyzn Europejczyków spoza Polski dobry wygląd nie jest tak bardzo ważny, jak dla Polaków: 44% Polaków chce wyglądać dobrze i dbałość o urodę zajmuje im przeciętnie ok. 5 godzin tygodniowo – czyli prawie godzinę więcej niż średnia światowa.

Jednak i wśród Polaków od kilku lat obserwowany jest systematyczny spadek ocen związanych ze szczegółowymi deklaracjami odnośnie wyglądu zewnętrznego. Przykładowo, opinię, że „wygląd zewnętrzny odzwierciedla samopoczucie” wyrażało w 2011 r. 52% badanych, a obecnie 35%, a opinię, iż „indywidualny styl wyraża się w tym, jak wyglądam, lub co kupuję” podzielało w 2011 r. – 45%, a w 2016 r. 29%.

Dla kobiet podstawowe powody dbałości o dobry wygląd to:

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

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

- chęci podobać się bliskiej osobie (46%);
- wywarcia wrażenia na kobietach lub osobach, które są atrakcyjne (43%);
- chęci bycia dobrym przykładem dla potomstwa (42%).

Salony kosmetyczne, urody czy spa, odwiedza 69% kobiet (najczęściej poddają się zabiegom oczyszczającym twarz, wykonują hennę, manicure, masaże) i 39% mężczyzn (najczęściej masaże i zabiegi poprawiające skórę twarzy)³.

² GfK – Gesellschaft für Konsumforschung, <https://www.horizont.net/suche/thema/GfK+Gesellschaft+f%C3%BCr+Konsumforschung>, <https://www.gfk.com/pl/home> [dostęp: 6.06.2020].

³ Dbanie o wygląd istotne dla Polaków (infografika), <https://www.wirtualnemedial.pl/artykul/dbanie-o-wyglad-uroda-zwyczaje-polakow> [dostęp: 6.06.2020].

Tatauaże – historia, rodzaje, zagrożenia zdrowotne

Angielskie słowo *tattoo* (tatauaż) pochodzi od terminu *ta tau* w rdzennym języku tahitańskim, które zostało zapisane przez XVIII-wiecznych podróżników i oznacza „naznaczyć coś”⁴.

Tatauaż to forma modyfikacji ciała polegająca na wprowadzeniu tuszu (środka barwiącego, pigmentu) pod skórę.

Historia

Dokładne określenie okresu, od kiedy tatuowano ciała, jest właściwie niemożliwe. Przypuszcza się, że już 12 000 lat p.n.e. robiono to na wyspach polinezyjskich. Uprawnienia do wykonania sobie tatauaży uzyskiwał ten, kto zabił wroga i zdobył jego wytatuowaną głowę.

Najstarsze ślady tatauaży noszą mumie ludzi żyjących w latach 3351–3017 p.n.e. znalezione w Egipcie⁵.

W starożytności Grecy używali tatauażu do komunikacji między szpiegami. Oznaczenia identyfikowały szpiegów i oznaczały ich rangę. Rzymianie tatauażami nanoszonymi na twarz lub inne części ciała oznaczali przestępców i niewolników⁶.

Na Borneo tatauaże na przedramionach kobiet opisywały ich szczególne umiejętności, np. tatauaż krosna ręcznego lub maszyny tkackiej symbolizował umiejętności tkackie. Im więcej takich umiejętności ujawniały tatauaże kobiety, tym większe miała ona szanse na znalezienie kandydata do małżeństwa. *Moko* – tradycyjny maoryski tatauaż ciała i twarzy stanowił jeden z elementów tożsamości i dziedzictwa narodowego autochtonicznej ludności Nowej Zelandii, gdzie był wyrazem statusu społecznego; m.in. ze względu na koszt jego wykonania był dostępny tylko dla wodzów plemiennych i znamienitych wojowników⁷.

Oryginalnym tatauażem jest japoński *horimono* lub *irezumi*, związany z wielowiekową tradycją. Ma on unikalną kolorystykę i wiele znaczeń symbolicznych.

⁴ O. Pickup, *Ta tau: where the word tattoo comes from*, <https://www.telegraph.co.uk/films/moana/tatau-where-tattoo-comes-from/> [dostęp: 28.04.2020].

⁵ P. Ghosh, *Oldest tattoo' found on 5,000-year-old Egyptian mummies*, <https://www.bbc.com/news/science-environment-43230202> [dostęp: 30.07.2021]; *World's Oldest Figural Tattoos Were Just Found on 5,000-Year-Old Egyptian Mummies*, <https://www.sciencealert.com/oldest-figural-tattoos-egyptian-gebelein-mummies-predynastic> [dostęp: 30.07.2021].

⁶ M. Czapiga, *Historia zapisana na ciele, czyli rzecz o tatauażu!* <https://ciekawe.org/2017/12/05/historia-zapisana-na-ciele-czyli-rzecz-o-tatauazu/> [dostęp: 1.05.2020].

⁷ Moko, <https://pl.wikipedia.org/wiki/Moko#/media/Plik:MaoriChief1784.jpg> [dostęp: 29.05.2020].

Pokrywa się nim całe ciało, także genitalia, poza twarzą, szyją, dłońmi oraz wąskim pasem skóry tułowia od końca szyi do pępka. Jednak obecnie osoby tak wytatuowane należą do grup przestępczych, budzą strach w społeczeństwie i mają zakaz wstępu na wiele kąpielisk⁸. Angielski król Edward VII (1841–1910) podczas pobytu w Japonii zachwyił się japońskim tatuażem i wrócił do Europy z trwałym obrazem smoka na tułowiu. Wkrótce za sprawą mediów tatuaż stał się sławny i znalazł wielu naśladowców wśród członków wyższych europejskich sfer. Wykonali go sobie: Jennie Jerome, król Jerzy V, Oskar II Bernadotte – król Szwecji, Haakon VII – król Norwegii, wielcy książęta rosyjscy Aleksy i Konstanty, arcyksiężęta austriaccy Rudolf i Franciszek Ferdynand, królowa Olga i król Jerzy I w Grecji. Wzorem japońskich mistrzów tatuaży, angielscy artyści otworzyli pierwsze salony tatuażu. Pierwszym był David Purdy, który otworzył swój salon w 1870 r.⁹

Podczas II wojny światowej więźniowie hitlerowskich obozów koncentracyjnych nosili oznakowywane obozowe pasiaki – w zależności od kategorii, jaką im nadawano. Ponadto w niektórych obozach tatuowano im numery więzienne. Tatuże te nanoszono u osób dorosłych na zewnętrznej powierzchni przedramienia, natomiast u dzieci, zarówno narodzonych w obozie, jak i przybyłych z matkami – na udzie. Wytatuowane numery więziarskie stały się synonimem odczłowieczenia, jakiemu poddani zostali deportowani do obozu koncentracyjnego ludzie. Numery te miały służyć sprawnemu zarządzaniu obozami przez załogi SS¹⁰.

Tatuże oznaczające grupę krwi (niem. *Blutgruppentätowierung*) były noszone przez członków Waffen-SS w nazistowskich Niemczech podczas II wojny światowej. Po wojnie zostały uznane za dowód służby w Waffen-SS, który służył do potencjalnego aresztowania i osądzenia¹¹.

Niestety zdarza się nadal tatuowanie symboli organizacji neonazistowskich w Niemczech i USA¹².

⁸ History of irezumi/horimono, <https://irezumihorimono.design.weebly.com/history-of-irezumihorimono.html> [dostęp: 29.05.2020].

⁹ Ibidem.

¹⁰ Oznakowanie więźniów niemieckich obozów koncentracyjnych, https://pl.wikipedia.org/wiki/Oznakowanie_wi%C4%99%C5%BAni%C3%B3w_niemieckich_oboz%C3%B3w_koncentracyjnych [dostęp: 29.05.2020].

¹¹ SS-Blutgruppentätowierung – SS blood group tattoo, https://de.qwe.wiki/wiki/SS_blood_group_tattoo [dostęp: 29.05.2020].

¹² S. Ozdyk, *Symbolika organizacji neonazistowskich w Niemczech*, <https://www.slideshare.net/BellumBiW/znaczenie-polityczne-symboliki-organizacji-neonazistowskich-w-niemczech-sawo-mir-ozdyk-uniwersytet-szczecinski> [dostęp: 29.05.2020].

Natomiast tradycyjne tatuaże marynarskie – zarezerwowane dla marynarzy i żeglarzy – mają ściśle określone znaczenie¹³.

W armiach zachodzą zasadnicze zmiany w odniesieniu do tatuowania się żołnierzy – i obecnie, zgodnie z nowym rozporządzeniem, żołnierze US Army będą mogli mieć wytatuowane niemal całe ciało. Wcześniej uznawano, że osoba z tatuażem może np. zademonstrować agresję, dlatego komisje poborowe musiały odrzucać wielu chętnych¹⁴. Także w armii polskiej doszło do zmian przepisów, w wyniku czego kandydatom na żołnierzy umożliwiono posiadanie tatuaży¹⁵.

Tatuaże więzienne mają długą historię, złożoną symbolikę; niekiedy zajmują duże powierzchnie ciała. Można podzielić je na: dobrowolne, symboliczne i zawierające znaki oznaczające więzienną hierarchię (często przymusowo wykonują je więźniom współosadzeni). Referaty naukowe lekarzy więziennych na ten temat i pokrewne bywają bardzo emocjonalne. Symbolika tatuaży więziennych przedstawia się następująco:

- kropka od zewnętrznej strony lewego oka to tzw. cynkwajs, cynkówka, oznaczające osadzonego grypsującego;
- kropka z prawej strony oka jest tatuowana siłą, oznacza poszkodowanego i degradację człowieka do pozycji tzw. cwela;
- tatuaż wokół oka, przy powiece to „mgiełka”, oznaczająca przynależność do subkultury grypsującej w więzieniu;
- tatuaże o symbolice wojskowej, czyli tzw. pagony najczęściej oznaczające rangę kapitana, majora i pułkownika, symbolizują pozycję w hierarchii współosadzonych;
- kropka między palcem wskazującym a kciukiem oznacza fach złodziejski;
- wytatuowany księżyc oznacza złodzieja nocnego¹⁶.

¹³ Tatuaże marynarskie: Co oznaczają m.in. kotwica, statek, jaskółka. Taki tatuaż dużo mówi o jego właścicielu, <https://pomorska.pl/tatuaże-marynarskie-co-oznacza-ja-min-kotwica-statek-jaskolka-taki-tatuaż-duzo-mowi-o-jego-wlascicielu-zdjecia/ar/13008072> [dostęp: 29.05.2020].

¹⁴ Amerykańska armia luzuje przepisy o tatuażach. „Czasy się zmieniły”, https://wyborcza.pl/1,75399,17737213,Amerykanska_armia_luzuje_przepisy_o_tatuażach___Czasy.html [dostęp: 29.05.2020].

¹⁵ Nowe przepisy ws. posiadania tatuaży przez kandydatów na żołnierzy, <http://www.nowastrategia.org.pl/nowe-przepisy-ws-posiadania-tatuaży-przez-kandydatow-na-zolnierzy/> [dostęp: 29.05.2020].

¹⁶ K. Fryta, *Tatuaż wynosi człowieka ale i degradowuje*, <http://www.uwm.edu.pl/egu/news/5/czytaj/258/tatuaż-wynosi-czlowieka-ale-i-degradowuje.html> [dostęp: 29.05.2020].

Jak tatuaże z subkultury zostały przejęte przez popkulturę?

Tatuaż praktykowany był niemal w każdej zbiorowości ludzkiej i często jego funkcje oraz motywacje jego posiadania znacznie się różniły. Po długim okresie negatywnej stygmatyzacji, poddawanie się praktykom tatuowania stało się w ostatnim okresie modne i kultura popularna (popkultura, kultura masowa) zdecydowanie wprowadziła tatuaże do swego głównego nurtu. Jednocześnie znacznie pozbawiła je wcześniejszego znaczenia, choć wiele osób nadal uważa je za coś więcej niż tylko wzór umieszczony na ciele. Jednak wiele osób (grup społecznych, grup wiekowych) jest zdecydowanie przeciwnych tatuażom, w szczególności społeczności konserwatywne, a dość często także branża korporacyjna i szkoleniowa – posiadacze tatuaży łączą one z brakiem profesjonalizmu, zbuntowanymi osobowościami oraz ogólną przestępczością i nieatrakcyjnością¹⁷.

Znany artysta tatuażu, Nathan Boon, przypomina, że kiedy przed ponad 10 laty zaczynał działalność, salony tatuażu można było znaleźć w zaułkach lub na obrzeżach miasta. Jednak z biegiem lat coraz więcej tych salonów otwierano w centralnych biznesowych dzielnicach miast, co też jest świadectwem przechodzenia tatuaży z subkultury do popkultury. Nathan Boon dodaje także, że wprawdzie tatuaże (*body art*) są coraz bardziej popularne, to jednak dla wielu nie są już „projektem” na całe życie, gdyż dokonują oni zmian w tatuażach, bądź nawet je usuwają¹⁸.

Tatuaże są bardzo modne wśród współczesnych celebrytów. Przykładem tego typu osoby z licznymi tatuażami jest gwiazdor piłki nożnej David Beckham, którego wręcz ocenia się jako uzależnionego od tatuaży¹⁹.

Tatuaże współcześnie w Polsce

Według badań CBOS w 2017 r. tatuaż posiadało 8% dorosłych w Polsce. Od wielu lat większość wśród osób z tatuażami stanowili mężczyźni i obecnie jest podobnie, choć przewaga płci wyraźnie się zmniejsza.

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, iż różnica wynikała z religijności badanych. Im częściej deklarowano uczestnictwo w praktykach religijnych, tym bardziej większa była

¹⁷ Tattoo History and What They Mean Today, <https://tattoosplendor.net/tattoo-history-and-what-they-mean-today/> [dostęp: 29.05.2020].

¹⁸ How tattoos went from subculture to pop culture, <https://www.theguardian.com/fashion/2018/oct/26/how-tattoos-went-from-subculture-to-pop-culture> [dostęp: 29.05.2020].

¹⁹ David Beckham's Coolest Tattoos, <https://www.fashionbeans.com/article/david-beckham-tattoos/> [dostęp: 29.05.2020].

dezaprobata do tej formy ozdabiania ciała. Obserwowano także zależność od poglądów: **44% osób o przekonaniach lewicowych lubiło wytatuowane ciała, podczas gdy jedynie 23% o przekonaniach prawicowych.**

Zdecydowana większość badanych Polaków nie uznaje tatuaży jako nic egzotycznego, 74% stanowią osoby, które albo same posiadają tatuaż lub ma go ktoś z rodziny czy najbliższego otoczenia. Jedynie 26% respondentów uważa, że jest to zjawisko obce. Nie mieli oni okazji zetknąć się z nim bezpośrednio, a motywacja ludzi, którzy mają tatuaże jest im nieznana. Podział ten jest wynikiem w znacznej mierze tzw. **efektu demonstracji**, u podstawy którego znajduje się osoba bliska, jeszcze wyraźniejszego, gdy jest to grupa osób, które noszą tatuaże, i stanowi niejako formę upowszechnienia danej mody. Można zauważyć trend środowiskowy tatuowania: 82% osób, które mają w swoim kręgu bliskich czy znajomych osoby z tatuażami, także lubi, gdy ciało jest nimi ozdabiane.

Zaledwie co 12. człowiek z tatuażami jest osamotniony w środowisku, tzn. nikt z ich rodziny czy znajomych tatuaży nie ma. Ponad 30% badanych osób bez tatuaży lubi tę modę, ale jedynie 15% z nich deklaruje chęć dostosowania się do niej. Pewną tendencją jest wzrost zainteresowania tatuowaniem siebie ciała w grupach mniej tym zainteresowanych przed badaniem. Dotyczy to mieszkańców wsi, osób z wykształceniem średnim i wyższym. **Chęć posiadania tatuaży zgłaszają znacznie częściej osoby deklarujące się jako ateści niż uczestnicy praktyk religijnych.**

Na podstawie powyższych badań można sądzić, że w Polsce popularna moda na tatuaże rozpoczęła się po zmianie ustroju; **przed rokiem 1990 była zjawiskiem marginalnym.** Obecnie:

- stopniowo wzrasta liczba wytatuowanych kobiet;
- 75% wytatuowanych osób woli niewielkie, raczej subtelne tatuaże, a tylko 20% preferuje duże, nawet zajmujące znaczną powierzchnię ciała;
- 78% osób lubi swoje tatuaże i jest z nich zadowolonych, 37% zadowolonych umiarkowanie, jedynie 16% nie podoba się tatuaż, jaki wybrały, 8% chciałoby się pozbyć swoich tatuaży.

Kolejnym zadaniem pytaniem było – dlaczego ludzie się tatuują? Interesujące są dane zbierane w grupach osób z tatuażami i bez nich. W obu grupach jedynie po 57% i 59% wskazuje jako przyczynę na pogoń za modą. Połowa osób z tatuażem uważa, że jest to wyraz osobowości, niemal tyle samo chce w ten sposób upamiętnić osobę lub ważne wydarzenie, kilka procent osób jest przekonanych, że to wyraz tężyzny i siły, a mniej niż 5% postrzega tatuowanie jako przejaw autodestrukcji (samookaleczenia się).

Nieco ponad połowa osób nieposiadających tatuażu uważa, że jest to oszpecaenie i okaleczanie ciała, 14% – forma buntu (przeciwstawienia się otoczeniu), 11% – sposób dopasowywania się do otoczenia, 5% – przejaw autodestrukcji.

Stosunek do tatuaży zależy przede wszystkim od wieku. Akceptują je ludzie do 44. roku życia, nie próbują starsi.

W okresie prowadzenia badania (2017 r.) Polak z tatuażem to głównie osoba młoda (choć nie najmłodsza) w wieku 25–44 lat, nieco częściej mężczyzna, mieszkawiec miasta średniej wielkości i osoba raczej mniej wykształcona²⁰.

Powody tatuowania swojego ciała

Współcześnie wprowadzanie pigmentów pod skórę odbywa się za pomocą specjalnej elektrycznej maszyny z automatyczną igłą. Z dużą szybkością wbija ona pod skórę małe kropelki barwnika, co zmniejsza odczuwanie bólu.

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 kary²¹.

Istnieje silny związek między obecnością i rodzajem tatuaży a płcią, wiekiem, statusem ekonomicznym, zawodem, religią danej osoby – ta wiedza może być przydatna także w medycynie sądowej (kryminalistyce), np. do identyfikacji zwłok²².

Niektórzy autorzy twierdzą, że tatuaż jest mechanizmem obronnym przed negatywnymi emocjami – może stanowić rodzaj ochronnego pancerza²³.

Tatuowanie ciała nierzadko stanowi komunikat, że z daną osobą dzieje się coś niepokojącego. Pozornie zasłaniając ciało, wyraźnie (dla psychologa) ujawnia swój ból. Można zakładać, że taki człowiek (nawet mający rozległe tatuaże) prawdopodobnie poszukuje wewnętrznego potwierdzenia, że jest w stanie przekroczyć cielesne ograniczenia. Może chce podkreślić odejście od cywilizowanego świata w kierunku niejako pierwotnej, pozytywnie postrzeganej „dzikości”, a także swojej niezależności czy poczucia kontroli nad własnym ciałem lub zdefiniowania go na nowo. Wielu badaczy podkreśla, że tatuaż – w przeciwieństwie do zabiegów chirurgii plastycznej będących raczej wyrazem próby dopasowania się do obowiązującego kanonu piękna – ujawnia pragnienie bycia postrzeganym jako osoba inna niż otoczenie i dumę z bycia sobą. Przykładem są członkowie znanej kiedyś subkultury punkowej, której istotą było demonstrowanie swojego bólu, wściekłości, rozżalenia itp.²⁴

²⁰ *Moda na tatuaże*, oprac. A. Cybulska, Komunikat z badań nr 113/2017 CBOS, Warszawa, wrzesień 2017, https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2017/K_113_17.PDF [dostęp: 4.04.2020].

²¹ L. Kierstein, K.C. Kjelskau, *Tattoo as art, the drivers behind the fascination and the decision to become tattooed*, „Current Problems in Dermatology” 2015, 48.

²² M. Kulshreshtha, P.R. Mondal, *Acquired body marks: A mode of identification in Forensics*, „Journal of Forensic and Legal Medicine” 2017, 52.

²³ L. Manuel, P.D. Retzlaff, *Psychopathology and tattooing among prisoners*, „International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology” 2002, 46, s. 522–31.

²⁴ A. Lemma, *Pod skórą. Psychoanalityczne studium modyfikacji ciała*, IMAGO, Gdańsk 2014, s. 200–230.

Dane epidemiologiczne dotyczące tatuaży w kulturze Zachodu potwierdzają masowość zjawiska, ale też sugerują, by lekarze rozmawiali ze swoimi pacjentami na temat ich tatuaży, gdyż może być to cenna informacja na temat zdrowia psychicznego²⁵.

Tatuaże są potencjalnym wskaźnikiem problemów psychicznych i ryzykownych zachowań (włączyć należy pobyty w więzieniu czy wysoką liczbę partnerów seksualnych), co powinno sugerować wychowawcom, pracownikom służby zdrowia, a głównie lekarzom, w tym nawet dermatologom, baczną obserwację pacjentów z tatuażami²⁶.

W niektórych badaniach, np. młodzieży i młodych dorosłych w miastach Brazylii, zaobserwowano, że tatuaże lub noszenie kolczyków przez osoby płci męskiej korelowało z używaniem narkotyków oraz zakażeniami przenoszonymi drogą płciową²⁷.

Girl power (GRL PWR) – tatuaże feministyczne i ich znaczenie
Girl power (GRL PWR), co oznacza siłę dziewczyn, to hasło będące inspiracją do wykonywania tatuaży feministycznych symbolizujących kobiety solidarnie walczące o swoje wspólne sprawy; są przykładami dla młodych kobiet dorastających w nowym świecie. Wprawdzie w większości państw kobiety mogą już obecnie głosować i prowadzić samochody, ale wciąż istnieje wiele innych ich problemów do rozwiązania. Dlatego, jak głosi hasło: „Kobiety łączą siły!”, nie tylko poprzez marsze, apele czy petycje. Coraz więcej z nich decyduje się również na feministyczne tatuaże, które potem chętnie pokazują na najpopularniejszych kanałach społecznościowych, np. #feministtattoo²⁸.

Tatuaże dla odzyskiwania zdrowia psychicznego
Czy tatuaże prezentujące pozytywne symbole lub piękne obrazy (np. kolorowego motyla) mogą być pomocne w odzyskiwaniu zdrowia psychicznego? Oto przykład pozytywnej odpowiedzi na to pytanie:

Tatuaże pomogły mi przekształcić niektóre z moich najbardziej negatywnych myśli i sytuacji w życiu w pozytywnie piękne dzieła sztuki. Moje tatuaże przypominają mi, żebym był wdzięczny za to, co osiągnąłem i za podróż, którą odbyłem, by dotrzeć tam, gdzie jestem teraz...²⁹

²⁵ H. Roggenkamp i in., *Tattoos as a window to the psyche: How talking about skin art can inform psychiatric practice*, „World Journal of Psychiatry” 2017, 7(3).

²⁶ K. Mortensen i in., *Are tattoos associated with negative health-related outcomes and risky behaviors?*, „International Journal of Dermatology” 2019, 58(7).

²⁷ R.A. Guimarães i in., *Use of illicit drugs by adolescents and young adults of an urban settlement in Brazil*, „Revista da Associação Médica Brasileira” 2018, 64(2).

²⁸ #feministtattoo, feministyczne tatuaże są coraz popularniejsze! <https://www.elle.pl/artykul/feministtattoo-feministyczne-tatuaze-sa-coraz-popularniejsze> [dostęp: 29.05.2020].

²⁹ Mental Health Tattoos, <https://pl.pinterest.com/kendaleliz22/mental-health-tattoos/> [dostęp: 29.05.2020]; Mental Health Recovery Tattoos, <https://pl.pinterest.com/sirenatank/mental-health-recovery-tattoos/> [dostęp: 29.05.2020].

Joice Wang z butik z tatuażami Grit N Glory w Nowym Jorku jest przekonana o pozytywnym wpływie tatuaży, które wykonuje, na życie osób cierpiących na zaburzenia psychiczne i samookaleczających się, dlatego tatuuje je bezpłatnie³⁰. O takim pozytywnym wpływie tatuaży jest również przekonane NEDA (National Association Disorders Association) w odniesieniu do osób zmagających się z zaburzeniami odżywiania³¹. Jak wiadomo, zaburzenia te mają związek z postrzeganiem swojego ciała, ale jaką rolę spełniają w tym przypadku tatuaże, właściwie nie bardzo wiadomo. Czy pomagają w pozytywnej ocenie własnego ciała, czy tylko mają stanowić próbę samopomocy w tych tak uporczywych i niosących wiele dolegliwości schorzeniach, jakimi są anoreksja i bulimia? Zaburzenia typu żarłoczność psychiczna stwierdzano częściej u nastolatków z tatuażami i piercingiem³².

Pacjent z tatuażem: „Nie reanimować!” Co robić?

Oto opis sytuacji rozpatrywanej w przeszłości przez lekarzy tylko teoretycznie – w kategoriach filozoficzno-etyczno-prawnych, która raptem przydarzyła się im naprawdę:

Na początku maja Gregory Holt właśnie skończył poranny obchód szpitala Jackson Memorial w Miami, kiedy został telefonicznie zawiadomiony przez pielęgniarkę z izby przyjęć o przywiezionym nowym pacjencie. Udał się więc tam; było też kilku innych lekarzy. Pacjent liczący może 70 lat był nieprzytomny, miał zaburzenia oddychania i objawy wstrząsu septycznego z niebezpiecznymi spadkami ciśnienia tętniczego. Stan kliniczny wskazywał, że niebawem będzie wymagał reanimacji. Człowiek ten był bez osób towarzyszących, nie posiadał dokumentów, stwierdzono wysokie stężenie alkoholu we krwi. Kiedy zdjęto mu koszulę, znaleziono tatuaż – napis biegnący wzdłuż jego obojczyków: „NIE, WSTRZYMAJ SIĘ”, przy czym „NIE” zostało podkreślone, a pod ostatnim wyrazem był wytatuowany jakiś podpis. Lekarze opisujący ten przypadek komentowali, że zawsze żartowali z różnych tatuaży, ale w tym przypadku stanęli wobec poważnego dylematu – jak jego znaczenie rozumieć, interpretować. Pojawiła się wątpliwość, czy człowiek ten wykonał tatuaż z własnej woli, a może np. zrobili to jego współwięźniowie w ramach żartu? Lekarze zadawali sobie pytanie: Cóż więc robić?³³

³⁰ 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].

³¹ NEDA, National Association Disorders Association, <https://www.nationaleatingdisorders.org/about-us> [dostęp: 29.05.2020].

³² A. Preti, C. Pinna, S. Nocco i in., *Body of evidence: tattoos, body piercing, and eating disorder symptoms among adolescents*, „Journal of Psychosomatic Research” 2006, 61, s. 561–566.

³³ 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].

Pojawił się problem, jak traktować taki tatuaż? Nie ma dokumentu tożsamości, dokumentu z wyrażeniem woli, jest tylko tatuaż. Jak pacjent zostanie zreanimowany i potem powwie lekarzy do sądu, to jaki będzie wyrok?

Tatuaże z informacją o poważnej chorobie

Już można zauważyć, że osoby z poważnymi schorzeniami tatuują sobie rozpoznanie kliniczne. Z punktu widzenia medycznego informacja ta jest bardzo cenna. W sytuacji nagłej, gdy osoba z takim tatuażem jest nieprzytomna, może okazać się on bardzo pomocny w szybkim udzieleniu trafnej pomocy lekarskiej³⁴.

Toksyczność tuszów do tatuażu

Tatuowanie wiązało się i nadal wiąże z możliwością powikłań zdrowotnych, co osoba zdecydowana na takie ozdobienie własnego ciała powinna wziąć pod uwagę. Jednak, jak wynika z badań, nie zawsze jest to uświadamiane.

Po tym, jak w 2011 r. US Food and Drug Administration (FDA) poinformowała o toksyczności tuszów do wykonywania tatuaży, w USA przeprowadzono szczegółowe badania potwierdzając to doniesienie. Wyniki wskazywały na to, że tusze te zawierają potencjalnie niebezpieczne substancje, w tym metale i wodorowęglany. Jednym z nich jest benzopiren, substancja zwykle wchodząca w skład czarnego atramentu. O benzopirenie częściej słyszymy w kontekście szkodliwości dymu tytoniowego. Był on już dawno uznany za rakotwórczy i jego produkcja oraz dostawy powinny znajdować się pod kontrolą organów do tego przewidzianych. Jak pokazały próby na zwierzętach, benzopiren powoduje raka skóry! Naukowcy sugerowali, że na temat tatuaży należy przeprowadzić taką samą kampanię ostrzegającą, jak przed paleniem tytoniu czy nadmiernym opalaniem się.

Badacze znaleźli w używanych przez tatuażystów barwnikach toksyczne metale ciężkie. Większe niż w tuszach czarnych stężenie kadmu, ołowiu i arsenu, czasem zależne od producenta tuszu, występowało w kolorowych. Najbardziej zanieczyszczone okazały się 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 pigmenty mogą zawierać nanocząsteczki, ftalany i węglowodory, które mogą oddziaływać szkodliwie na gospodarkę hormonalną, a niektóre z nich mają działanie rakotwórcze. Największe ryzyko dla zdrowia stanowią tatuaże kolorowe o gęstych wzorach i na dużych po-

³⁴ Medical Tattoos – More Alerting than MedBands? <https://nurseslabs.com/medical-tattoos-more-alerting-than-medbands/> [dostęp: 29.05.2020].

wierzchniach ciała³⁵. Dlatego podaje się zalecenie, by każda osoba podejmująca decyzję o wykonaniu tatuażu dokładnie rozważyła: 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 różni się³⁶.

Wiele publikacji dotyczy **powikłań medycznych po tatuażach**, np. alergii na tatuazowe hapteny pigmentowe lub hapteny generowane w skórze, zwłaszcza w przypadku tatuażu czerwonych, ale także niebieskich i zielonych. Jednakże również czarne atramenty do tatuażu nie są bezpieczne, gdyż zawierają m.in. rakotwórczy benzopiren. Badania prof. Jorgena Serupa z Danii wykazały, że 13 spośród 21 najczęściej używanych barwników do tatuowania zawiera substancje potencjalnie rakotwórcze³⁷.

Zgodnie z unijną dyrektywą kosmetyczną, tatuażysta powinien przedstawić klientowi kartę charakterystyki 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 składniki niestandardowe. Niektóre są barwnikami przemysłowymi, stosowanymi do farb drukarskich lub lakierów samochodowych. Większość producentów pigmentów do tatuażu nie podaje opisu składników używanych do ich wyrobu³⁸.

Bakteryjne zakażenia skóry i wirusowe zapalenia wątroby

Po wykonywaniu tatuażu bez zachowania wymogów higieny, co zdarzało się dość często, obserwowane były bakteryjne zakażenia skóry i wirusowe zapalenia wątroby³⁹.

Generalną zasadą przy każdym zabiegu, podczas którego naruszana jest tkanka, otwieranie opakowania z igłą czy wymienną końcówką urządzenia powinno odbywać się w obecności pacjenta (klienta), gdyż w innym wypadku istnieje możliwość zakażenia oraz przenoszenia zakażeń i chorób zakaźnych wskutek nieodpowiedniej higieny zabiegu. Wymieniane są tu znane wirusy zapaleń wątroby typu C i B (HCV, HBV) oraz HIV. HBV jest bardziej zaraźliwy od wirusa HCV. Do zakaże-

³⁵ A. Moniczewski, M. Starek, A. Rutkowska, *Toxicological aspects of metal impurities in cosmetics*, „Medicina Internacia Revuo” 2016, 27–a, 2(107), s. 81–90.

³⁶ Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krapkowicach. Zanim zrobisz tatuaż, <https://pssekrapkowice.pis.gov.pl/?dep=392> [dostęp: 29.05.2020].

³⁷ J. Serup i in., *Tattoo complaints and complications: diagnosis and clinical spectrum*, „Current Problems in Dermatology” 2015, 48.

³⁸ Tatuaz – co warto o nim wiedzieć. Medicover, <https://www.medicover.pl/o-zdrowiu/tatuaz-co-warto-o-nim-wiedziec,6534,n,168> [dostęp: 29.05.2020].

³⁹ J. Serup, *Tattoo Infections, Personal Resistance, and Contagious Exposure through Tattooing*, „Current Problems in Dermatology” 2017, 52.

nia HBV może dojść w wyniku wprowadzenia do organizmu niewidocznej gołym okiem ilości krwi (0,00004 ml) osoby zakażonej. Dla porównania, do przeniesienia infekcji HIV potrzeba aż 0,1 ml zakażonej krwi. Wirus HCV ma zdolność przetrwania i jest zakaźny na powierzchniach różnych przedmiotów do 16 godz. w temperaturze pokojowej i do 14 dni w 4°C. Można go unieszkodliwić dopiero po 10 min. w temperaturze 65–75°C oraz po 2 min. naświetlania UV. Wirusa HBV nie zabija temperatura 100°C, a sterylizacja suchym, gorącym powietrzem jest mało skuteczna⁴⁰.

Tatuaże – nadal brak przepisów w obrębie całej UE

Obecnie nie ma żadnych przepisów UE dotyczących tuszów do tatuaży. Podlegają one jedynie dyrektywie zobowiązującej producentów do niedostarczania niebezpiecznych produktów oraz rozporządzeniom dotyczącym wprowadzania na rynek chemikaliów.

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.!

Piercing (kolczykowanie) – motywacja, rodzaje, przeciwwskazania, ryzyko zdrowotne

Piercing (*piercing* – przeszywający), inaczej kolczykowanie, jest metodą ozdabiania ciała. Poza lepiej widocznymi miejscami, jak uszy, nos, wargi, język, łuki brwiowe, podbródek, pępek czy sutki, piercing wykonywany jest też w miejscach intymnych, w formie, np. przekłuwania warg sromowych u kobiet czy prącia u mężczyzn. Kolczykowanie ciała może nie tylko ozdabiać, ale być czasem oznaką stanu psychicznego, wyrazem przynależności do grupy czy też mieć inne jeszcze znaczenie.

Historia

Historia kolczykowania ciała jest tak stara, jak tatuowania. Piercing wykonywano:

- w starożytnym Egipcie (noszenie kolczyka w pępku było oznaką przynależności do rodziny władców, a jeśli miała go osoba należąca do ludu, była karana śmiercią);

⁴⁰ Tatuaże – moda groźna dla zdrowia, <https://www.medexpress.pl/tatuaże-moda-groźna-dla-zdrowia/74598> [dostęp: 29.05.2020].

- w starożytnej Grecji czy Rzymie kolczyk w uchu był symbolem wysokiego statusu społecznego, bogactwa – wojownicy umieszczali je sobie na sutkach jako znak męstwa i odwagi (choć równocześnie służyły do przymocowania płaszcza); w czasach Imperium Rzymskiego władcy kolczykowali przestępców;
- w kulturze Majów, Azteków i plemion obu Ameryk były modne kolczyki w języku, które miały świadczyć o lepszym kontaktowaniu się z bogiem;
- moda na piercing i tatuaże pojawiła się w czasach elżbietańskich w środowisku marynarzy; jej renesans przypadł na okres wiktoriański, kiedy przejęły ją wyższe sfery społeczeństwa; w kręgach arystokracji, a nawet ponoć w rodzinie królewskiej, stało się popularne kolczykowanie sutków i genitaliów;
- w średniowieczu szlachcice zakładali kolczyki i łańcuszki na swych penisach, by zniwelować wybrzuszenie na spodniach;
- kultura chrześcijańska negowała piercing, traktując wszelkie modyfikacje ciała jako praktykę barbarzyńską i pogańską, gdyż wg tej religii człowiek został stworzony na obraz i podobieństwo Boga i nie miał prawa zmieniać wizerunku; w XIII wieku Kościół katolicki wydał zakaz tego typu ozdabiania ciała, w wyniku czego uszy oraz inne miejsca kolczykowali sobie tylko złodzieje, piraci i osoby z niższych warstw społecznych;
- prawdziwe odrodzenie piercingu nastąpiło dopiero w latach 70. XX wieku w Los Angeles; zaczął się wówczas wpisywać w szerszy nurt *body art*;
- przez ostatnie 30 lat piercing stał się sposobem na wyrażanie siebie, a kolczykowanie penisa także drogą do zwiększenia doznań seksualnych.

Tatuaże, piercing a przynależność do grupy społecznej

Obecnie popularność omawianych dwóch metod zdobienia ciała jest tak duża, że trudno na podstawie tego typu zdobień rozpoznać, z jakiego środowiska pochodzi dana osoba. Było to możliwe przed wiekami, gdy tatuaże i piercing były oznaką przynależności społecznej. Jednakże należy zauważyć, że podobną funkcję kolczyki pełniły jeszcze na początku lat 60. XX wieku – komunikowały o przynależności noszącego je człowieka do subkultury.

Jednak warto zauważyć, że tatuaże lub piercing przeważnie noszą ludzie młodzi, artyści, generalnie, poszukujący lub podkreślający swoją tożsamość. Wśród osób z dużymi tatuażami, piercingiem raczej rzadko spotyka się uprawiające zawód społecznego zaufania (lekarze, nauczyciele, przedstawiciele służb mundurowych itp.).

Współcześnie w regionach kraju, w których tatuaże czy piercing odgrywały rolę komunikatywną, ludność tubylcza chętnie powiela zwyczaje lokalne, rzadziej

dla podtrzymania tradycji, ale zwykle dla pieniędzy. Ozdoby te stanowią bowiem atrakcję dla bogatych turystów, którzy wraz z noszącymi je osobami, z obustronną przyjemnością (choć z różnych powodów) pozują do wspólnych fotografii.

W Polsce do okresu transformacji ustrojowej zapoczątkowanej w 1989 r. – do kiedy pożądanym było, by wszyscy byli do siebie podobni, a oryginalnie wyróżniający się zwykle budzili podejrzenia – o piercingu się nie słyszało. Dopiero w latach 90. XX wieku zjawisko kolczykowania różnych miejsc na ciele – czasem kontrowersyjnych, szczególnie z punktu widzenia tzw. pokolenia baby boomersów – stało się modą. Nie tylko prywatne telewizje, ale także publiczne prześcigają się w tworzeniu programów propagujących ten kontrowersyjny do niedawna sposób wyrażania własnej osobowości.

Tak jak w przypadku tatuaży, również w przypadku piercingu interesujący jest nie tyle sam fakt zdobienia ciała, ale motywacja, która prowadzi do często trwałej zmiany ciała – postrzeganej z punktu widzenia medycyny jako okaleczenie⁴¹.

Kanony piękna niezwykle szybko się zmieniają, co wymaga znacznej tolerancji od osób kiedyś oceniających piercing negatywnie. Wydaje się nawet, że aktualnie najważniejsza staje się siła ekspresji, nawet jeśliby jej efekty miałyby wywoływać odczucia skrajnie negatywne. Współcześnie podejście obydwu płci do eksponowania piękna własnego ciała bardzo się zmieniło, np. to, czego kiedyś nie wypadało mężczyźnie, obecnie staje się dla niego normą. Przedstawiciele obu płci chcą wyglądać pięknie i oryginalnie.

Coraz częściej widuje się mężczyzn, też heteroseksualnych, dbających bardziej o swój zewnętrzny wizerunek niż kobiety. Wydaje się nawet, że to płeć męska jest bardziej zainteresowana modyfikacją własnego ciała niż żeńska. Dotyczy to nie tylko kolczyków w małżowinach usznych, ale licznych na całym ciele (np. na strefach erogennych, szyi, brzuchu, plecach, łydkach). Mimo wielu przeciwwskazań lekarskich, wyobraźnia ludzka zdaje się nie znać granic.

Tatuaże, piercing a zachowania ryzykowne młodzieży

Na początku XXI wieku przeprowadzono na świecie wiele badań, które poświadczyły, że swoiste ozdabianie ciała, jak tatuaże czy piercing, jest związane z tendencją do zachowań ryzykownych, np.: używania i nadużywania substancji psychoaktywnych, problemowego picia alkoholu, używania marihuany, rozpoczynania używania narkotyków, ryzykownych zachowań seksualnych, stosowania przemocy,

⁴¹ A. Nieradko, A. Borzęcki, *The Importance Of Piercings In The Cultures Of The World*, „Journal of Education, Health and Sport” 2017, 7(8), s. 1040–1046.

wagarów, ucieczek z domu czy kradzieży oraz myśli i prób samobójczych. Badania przeprowadzone wśród 15-letnich gimnazjalistów z Warszawy potwierdziły te obserwacje – zauważono związek posiadania tatuaży czy piercingu z zachowaniami ryzykownymi, takimi jak używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych, przemoc i wykroczenia. Autorzy badania podali, że ich praca nie potwierdza związków przyczynowo-skutkowych, a 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 samochodem⁴².

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, piercing należy traktować jako jeszcze jedną formę zachowań ryzykownych lub problemowych okresu dojrzewania?
- Czy tatuaż, piercing to raczej styl bycia współczesnych młodych ludzi, w którym modyfikacje wyglądu ciała poprzez tatuaż i/lub piercing stają się czymś niemalże tak naturalnym jak farbowanie włosów, noszenie brody czy malowanie paznokci?⁴³

W 2018 r. opublikowano wyniki badań z 2017 r. przeprowadzonych po raz pierwszy we Francji na taką skalę – ankietowaniem objęto 5 tys. Francuzów w wieku powyżej 15 lat. 12% z nich posiadało więcej niż jeden kolczyk. W tej grupie przeważały kobiety, osoby w wieku 25–34 lata, częściej niż w grupie bez kolczyka były to osoby palące papierosy; 42% miało kolczyk w uchu, 24% w pępku, 15% w języku i 11% w nosie. Jako motywację podawano upiększanie ciała, podkreślenie

⁴² K. Ostaszewski, K. Kocoń, *Tatuaż i piercing a zachowania problemowe młodzieży*, <https://www.narkomania.org.pl/?s=Krzysztof+Ostaszewski&autor=Krzysztof+Ostaszewski> [dostęp: 1.06.2020].

⁴³ K. Bobrowski, A. Pisarska, K. Ostaszewski, *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-mlodziezowej-pro-m.html> [dostęp: 1.06.2020].

indywidualności, seksualności. 33,6% osób z kolczykiem miało problemy skórne (egzemę kontaktową, atopowe zapalenie skóry, trądzik), 44% zakażenia. Piercing był związany z niższą oceną jakości życia psychicznego.

Postrzeganie tatuowania ciała, piercingu przez lekarzy, przeciwwskazania i powikłania

Świadomi zagrożeń związanych ze szkodliwością choćby tuszu do tatuażu czy używanych do piercingu metali, ale także wynikających z samej ingerencji (często wiodącej do powikłań samego zabiegu, uszkodzenia przegrody nosowej czy nerwów) oraz z działania ciała obcego na ustrój i możliwości zakażeń, lekarze zwykle negatywnie oceniają zjawisko ozdabiania ciała w ten sposób.

Psychologowie znają sytuacje, gdy zmiana wizerunku ciała, często wiążąca się z bólem, jest niekiedy podświadomym wołaniem o uwagę i pomoc.

Bezwzględne przeciwwskazania do piercingu i czasem tatuażu stanowią:

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

Problemy zdrowotne związane z piercingiem w obrębie jamy ustnej

Piercing w obrębie jamy ustnej mają głównie kobiety w znacznej części palące nałogowo aktualnie lub w przeszłości. Swą decyzję o założeniu kolczyka w tym miejscu uzasadniają chwilowym kaprysem. Najczęściej kolczyki są umieszczane na języku, przeważnie w linii pośrodkowej, a następnie na wargach, rzadziej są to wędzidełka, policzki oraz jęczyczek. Bywają różne kształty kolczyków, które – co najważniejsze – są wykonywane z metali, w tym z niklu lub jego stopów.

Osoby z piercingiem wiedzą, że społeczeństwo nie zawsze akceptuje ich wygląd – często wyjmują kolczyki, np. przed wizytą u stomatologa, co utrudnia powiązanie zauważanych zmian w obrębie śluzówek z kolczykami. Dlatego specjaliści proponują, by informacja na ten temat była umieszczana w dokumentacji z zaznaczeniem, jak długo kolczyk przebywa 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 dzielą się na wczesne, zauważalne po mniej niż 24 godz. po kolczykowaniu, oraz późne. Powikłania wczesne to: ból, obrzęk,

który szczególnie w przypadku języka powoduje trudności w mówieniu, jedzeniu i połykaniu, krwawienie oraz miejscowe infekcje. Rzadziej występują 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 również: uszkodzenia nerwów (twarzowego, trójdzielnego, podjęzykowego, językowo-gardłowego), a także przypadki przemieszczenia kolczyka do mięśni języka. Powikłania wczesne mijają zazwyczaj samoistnie, średnio po okresie około 2 tygodni, chociaż według niektórych badań średni czas gojenia wynosił około 4 tygodni dla piercingu języka oraz 5 tygodni – wargi⁴⁴. Około 7 razy częściej niż u osób nieposiadających kolczyka w jamie ustnej pojawiają się (w tym wypadku jako powikłania przewlekłe) nawracające infekcje (w okolicy miejsca kolczykowania) oraz uszkodzenia tkanek twardej zębów. Ponadto występują recesje dziąsłowe w sąsiedztwie kolczyka tym częstsze, im dłużej był użytkowany kolczyk⁴⁵.

W USA przeprowadzono retrospektywną analizę zgłoszeń pacjentów z piercieniem na ostry dyżur. Najcięższymi przypadkami były epizody duszności zagrażające życiu pacjentów po przeprowadzonym zabiegu piercingu języka, spowodowane infekcją lub stanem zapalnym i obrzękiem tego narządu. Ponadto powikłaniami piercingu zagrażającymi życiu pacjenta są: przedłużone krwawienie pozabiegowe, zakażenia wirusami opryszczki, WZW B, WZW C, HIV, 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 wsierdzia. Ze względu na utrwalone parafunkcje (przygryzanie, stukanie kolczykiem o zęby) szkliwo zębów pęka lub ściera się. Zdarzają się także przypadki przemieszczenia kolczyka do mięśni języka⁴⁶.

Do powikłań po umieszczeniu kolczyka w zębie (doklejeniu albo wprowadzeniu przez wyborowaną dziurkę), w wyniku niewłaściwie dobranego materiału należą: alergia, zakażenie. Ponadto kolczyk w jamie ustnej stwarza możliwość powstania próchnicy zębów, urazów⁴⁷.

⁴⁴ P.-J. Loup, A. Mombelii, *Piercing im mundbereich*, „Schweiz Monatsschr Zahnmed” 2002, 112, 5, s. 483–487.

⁴⁵ J. Nienartowicz, W. Pawlak, R. Dobrakowski, *Powikłanie kolczykowania języka – opis przypadku*, „Dental and Medical Problems” 2004, 41, s. 567–570.

⁴⁶ K. Kaczor, A. Zawadzka, P. Roźniatowski i in., *Powikłania piercingu w obrębie jamy ustnej – przegląd piśmiennictwa*, „Nowa Stomatologia” 2016, 4, s. 253–261.

⁴⁷ B. Marczewski, A. Paradowska, K. Napieralska, *Kolczykowanie a stan jamy ustnej*, „Dental and Medical Problems” 2007, 44, 2, s. 231–235.

Piercing w miejscach intymnych – zagrożenia

Piercing w miejscach intymnych w dawnych czasach spełniał rolę „strażnika czystości”, często uniemożliwiając odbycie stosunku płciowego. Obecnie – poza chęcią wyróżnienia się, bycia oryginalnym – niektórzy uzasadniają jego posiadanie niezwykłymi doznaniem seksualnymi. Decydując się na wykonanie go, warto jednak wiedzieć, że:

- miejsca te są bardzo mocno ukrwione, unerwione i delikatne, więc zabieg jest bolesny, choć zwykle wykonywany w znieczuleniu;
- rany po przekłuwaniu goją się bardzo długo – nawet do 3 miesięcy;
- kolczyki w tych miejscach mogą przeszkadzać w zachowaniu higieny, zahaczać o bieliznę, powodując zranienia;
- bardzo łatwo dochodzi do zakażenia – nie tylko bakteryjnego, ale też grzybiczego;
- rany w miejscach intymnych mogą stanowić wrota dla wirusów HIV, WZW typu B i WZW typu C.

Najstydniejszy typ kolczykowania penisa to tzw. książę Albert. Przekłuwanie zaczyna się tuż przy żołądździ, zmierzając w kierunku cewki moczowej i od niej odalając – kolczyk przechodzi przez jej wylot. W rezultacie wydalanie moczu jest zmienione (z powodu kolczyka wykonywany jest drugi otwór). Podobno mężczyźni posiadający kolczyk w tym miejscu nie zauważają, że jest to problem⁴⁸.

Najmniej popularnym rodzajem piercingu tej okolicy jest tzw. *guiche*, który naśladuje sposób kolczykowania dokonywanego na wyspach południowego Pacyfiku. W tym regionie popularne były zdobne, długie kolczyki, które w czasie poruszania się wydawały specyficzne dźwięki. Założone tą metodą kolczyki łączą część skóry między odbytem a moszną (niektórzy uważają, że powoduje to stymulowanie prostaty). Okres rekonwalescencji po założeniu tego kolczyka jest bardzo długi – do pół roku; mogą też się zdarzyć komplikacje⁴⁹.

Medycyna estetyczna

Medycyna, zwana czasem w szerokim ujęciu estetyczną czy plastyczną, zajmuje się m.in.: usuwaniem znamion na skórze będących często stanem nowotworowym, usuwaniem szpecących blizn lub tzw. pajęczków naczyńiowych, operacjami stulejki,

⁴⁸ Piercing – rodzaje, przeciwwskazania, ryzyko, <https://uroda.abczdrowie.pl/piercing> [dostęp: 1.06.2020].

⁴⁹ Medycyna estetyczna – jakie zabiegi wybierają mężczyźni? <https://uroda.abczdrowie.pl/medycyna-estetyczna-jakie-zabiegi-wyberaja-mezczyzni> [dostęp: 1.06.2020].

która ogranicza funkcje seksualne mężczyzny i sprzyja zakażeniom w obrębie układu moczowego. Służy jednak także poprawianiu urody, a tym samym dobrostanu jednostki i społeczeństwa.

Estetoreksja

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 może się wydawać, że zaburzenie dotyczy nie tylko cielesnych zaburzeń dysmorficznych, ale też zachowań kompulsywnych lub wręcz uzależnienia.

Polskie Towarzystwo Medycyny Estetycznej i Anti-Aging w 2017 r. przeprowadziło badania, których wyniki dały zbiorczy obraz osób korzystających z 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 w roku. Najczęściej wybierana była toksyna botulinowa (29%) i wypełniacze (28%). Głównym motywem korzystania z zabiegów medycyny estetycznej była chęć poprawienia wyglądu (64% badanych) i pozbycia się kompleksów lub podniesienia samooceny (33%). Ponad 70% Polek nie przyznało się w swoim środowisku do korzystania z zabiegów medycyny estetycznej – jest to dowodem stereotypów panujących w naszym społeczeństwie i pewnym paradoksem, gdyż podziwiane są i rozpowszechniane (np. w mediach społecznościowych, jak i komunikatorach) obrazy tzw. kanonu piękna⁵⁰.

Estetologia medyczna jako gałąź humanizmu

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 medycz-

⁵⁰ M. Ankiel, A. Kuczyńska, *Wyznaczniki satysfakcji klientów korzystających z usług medycyny estetycznej*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2017, 330, s. 8; J. Kozaczyńska, *Uzależnienia od zabiegów medycyny estetycznej*, „Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość”, 2017, t. XIV. Najpopularniejsze zabiegi w medycynie estetycznej (wyniki ankiety), <http://beautyinspiration.pl/najpopularniejsze-zabiegi-medycynie-estetycznej-wyniki-ankiety/>

na opiera się zatem zarówno na metodologii nauk przyrodniczych, jak i humanistycznych – antropologii, socjologii, psychologii i filozofii (w tym etyce i estetyce)⁵¹.

Naukowcy analizują też kwestię przynależności tej stosunkowo młodej, niesformalizowanej i nieutralnej przez tradycję nauki – gałęzi medycyny do humanizmu obejmującego wszelkie postawy intelektualne i moralne, którym towarzyszy pogląd afirmujący godność człowieka umiejscowionego w centrum zainteresowania. Używają też pojęcia *enhancement*, które w języku angielskim oznacza poprawę, rozszerzenie, zwiększenie, podniesienie, uwydatnienie, wzbogacenie, usprawnienie, spotęgowanie, w kontekście zmierzania do osiągnięcia doskonałości ciała⁵².

Początków medycyny estetycznej należy doszukiwać się jeszcze w starożytności – w czasach powszechnego kultu piękna panującego w cywilizacjach starożytnych Egipcjan, Greków i Rzymian. Choć przeprowadzane przez nich zabiegi korygujące urodę znacznie różniły się od dzisiejszych, przyświecał im ten sam cel – poprawa wyglądu zewnętrznego.

Medycyna estetyczna jako dyscyplina medyczna pojawiła się w latach 70. XX wieku we Francji; do Polski dotarła w latach 90. XX w.⁵³

We współczesnym świecie jeszcze do niedawna wydawało się, że poprawianie urody to domena kobiet. Przemiany cywilizacyjne, zmiana modelu zachowań i ról w rodzinie, a także kult ciała przyczyniły się do tego, że zabiegom poprawiającym urodę, atrakcyjność (także seksualną) i upiększającym równie chętnie poddają się mężczyźni.

Symbole seksu, urody i popularności a szczęśliwe życie

W latach 50. XX wieku wśród kobiet zapanowała moda, której wzorem była aktorka Marilyn Monroe (1926–1962) stanowiąca wówczas symbol seksu; usiłowały ją naśladować kobiety na całym świecie. Jednak posiadanie prezentowanych przez aktorkę walorów nie zawsze sprzyjało poczuciu osiągnięcia pełni szczęścia. Przykład Marilyn Monroe i wielu innych „ikon” współczesnego świata pokazał, że potrzeba nieustannego bycia na szczycie wpływała na ich życie i okazywała się tak

⁵¹ K. Napiwodzka-Bulek, *Medycyna estetyczna – humanistyczne dążenie czy „enhancement”?*, „Filozofia Publiczna i Edukacja Demokratyczna” 2017, 6(1), s. 151–166.

⁵² K. Napiwodzka-Bulek, *Medycyna estetyczna – humanistyczne dążenie czy „enhancement”?*, „Filozofia Publiczna i Edukacja Demokratyczna” 2017, 6(1), s. 151–166.

⁵³ K. Padlewska, *Medycyna estetyczna i kosmetologia*, PZWL, Warszawa 2014; R. Śpiewak, *Estetologia medyczna, medycyna estetyczna, dermatologia estetyczna, chirurgia estetyczna, ginekologia estetyczna, stomatologia estetyczna – definicje i wzajemne relacje poszczególnych dziedzin*, „Estetologia Medyczna i Kosmetologia” 2012, 2(3), s. 69–71.

silnym stresem, że prowadziła do uzależnień, a także tragicznych śmierci. Może to stanowić przestrozę przed zbyt dużym zainteresowaniem własnym ciałem, co często, choć nie zawsze, związane jest z karierą, popularnością, np. wewnętrznym przymusem nieustannego bycia zauważanym (co jest manifestowane poprzez tzw. lajki czyli polubienia) w portalach społecznościowych, m.in. na Instagramie, i może stać się przyczyną zaniedbania innych sfer życia, które są istotną wartością⁵⁴.

W Internecie można znaleźć wykaz znanych i popularnych osób z całego świata, które – zwykle będąc u szczytu sławy – popełniły samobójstwo. Podawane są tam też okoliczności ich śmierci⁵⁵.

Dlaczego kobiety powiększają usta i piersi?

Od tysięcy kobiet barwiły sobie usta – w starożytności m.in. pastą z kamieni półszlachetnych, ochry czy olejków. Obecnie świat ogarnęła moda czy mania, powiększania sobie ust do rozmiarów wręcz karykaturalnych. Antropolog Jamie Gordon z Atlanty w rozmowie z redaktorką magazynu „Women’s Health” objaśnił, że pełne usta były zawsze oznaką zmysłowości i kojarzyły się z seksem, ale także z płodnością. W licznych badaniach mężczyźni wymieniają pełne usta jako jedną z pożądanych cech w kobiecym wyglądzie. Jedna z internutek, która ma naturalne, pełne usta, podała, że zawsze zauważa skierowany na nie wzrok mężczyzn, co interpretuje jako wyraz pożądania.

Instagram aż tętni od zdjęć dziewczyn z nienaturalnie powiększonymi ustami. Konta niektórych znanych aktorek na tym serwisie społecznościowym obserwuje nawet 22 mln osób. Amerykanka Kylie Jenner, celebrytka, mając niespełna 18 lat, dokonała takiego zabiegu i dzięki umieszczeniu swoich fotografii na Instagramie osiągnęła wielką fortunę. Jednak za nią podążyły tłumy dziewczyn – Internet „zachorował” na Jenner, która jest stale w nim obecna⁵⁶.

Zdarza się, że na portalach zamieszczane są zdjęcia obrzmiałych, zasiniawych warg – ten efekt został uzyskany dzięki umieszczeniu ust w szyjce butelki czy w kieliszku i następnie wysysaniu z tych naczyń powietrza. Fotografie te pokazują możliwe powikłania po tym „zabiegu”⁵⁷.

⁵⁴ Syndrom beznadziejności. Dlaczego ludzie, którzy „mają wszystko”, popełniają samobójstwo? <https://portal.abczdrowie.pl/syndrom-beznadziejnosci-a-samobojstwo> [dostęp: 22.07.2020].

⁵⁵ Lista samobójstw, https://pl.qwe.wiki/wiki/List_of_suicides [dostęp: 22.07.2020].

⁵⁶ Kylie Jenner, <https://www.instagram.com/kyliejenner/?hl=en>, 6,359 posts, 168m followers, 138 following [dostęp: 4.04.2020].

⁵⁷ The horrifying science behind the Kylie Jenner challenge, <https://splinternews.com/the-horrifying-science-behind-the-kylie-jenner-challeng-1793847303> [dostęp: 4.04.2020].

Powiększanie piersi to jedna z najbardziej popularnych operacji plastycznych w Polsce. Prawdopodobnie trend ten jest związany z panującym współcześnie kultem ciała, wyobrażeniami o urodzie, ale na pewno z możliwościami medycyny estetycznej.

Bezpośrednią przyczyną operacji są kompleksy wynikające z porównywania siebie z innymi kobietami, a zwłaszcza aktorkami, innymi kobietami przedstawianymi na fotografiach zamieszczanych w Internecie, często „poprawianych” za pomocą różnych programów komputerowych, kobietami prezentowanymi na reklamach najprzeróżniejszych produktów, czy niskiej samooceny w kategoriach atrakcyjności dla osób płci przeciwnej (rzadko się zdarza, aby kobiety decydowały się na powiększanie piersi tylko dla jednej bliskiej osoby).

Decyzja o tej operacji nie jest błaha, bo – pomijając jej wysokie koszty – jest przecież poważną ingerencją w organizm. Większość kobiet przyznaje, że jest to jedna z najważniejszych decyzji w ich życiu (obok urodzenia dziecka czy wyjścia za mąż).

Decydują się więc na poprawę swoich piersi dla lepszego własnego samopoczucia. Trudniej jest bowiem zaakceptować wady swoje niż kogoś innego. Zdecydowana większość (ponad 90%) przyznaje, że operacja odmieniła ich życie i pozwoliła poczuć się atrakcyjnie oraz dodała pewności siebie, co z pewnością korzystnie wpływało na ich życie i funkcjonowanie w społeczeństwie.

To wszechobecne pokazywanie kobiecych piersi (ostatnio jedynie sztucznie powiększanych) i dekoltów jako ideału oraz wabika na mężczyzn (co możemy zaobserwować często na billboardach i reklamach) ma smutne konsekwencje w postaci pełnych kompleksów dorastających i dojrzałych kobiet⁵⁸.

Ginekologia plastyczna i „męska ginekologia estetyczna”

Już nie trzeba objaśniać, bo w społeczeństwie jest duża świadomość, dzięki np. telewizyjnym reklamom dotyczącym nietrzymania moczu u kobiet, że ginekologia plastyczna nie zajmuje się jedynie upiększaniem miejsc intymnych, ale poprzez korygowanie anatomii przede wszystkim leczeniem kobiet, co wyraźnie poprawia jakość ich życia i poprawia samopoczucie.

⁵⁸ Dlaczego kobiety powiększają piersi? <https://www.kobieta.pl/arttykul/dlaczego-kobiety-powiekszaja-piersi> [dostęp: 29.05.2020].

Ginekologia plastyczna służy też do poprawiania wyglądu stref intymnych kobiecego ciała, poprawiając samopoczucie kobiety, a przez to komfort i jakość jej życia. Warto objaśniać dorastającym dziewczętom, jak wyglądają żeńskie narządy płciowe, a także to, że mogą być różne – co jest zakresem normy i indywidualną urodą. Jak podają badacze, często bowiem się zdarza, że nie mając takiej świadomości, a oglądając filmy pornograficzne, młodzi myślą, że pokazywane tam kobiety (i mężczyźni) są ideałem atrakcyjności i seksu, co może być przyczyną budowania poczucia mniejszej wartości. Tematem dobrze znanym seksuologom i psychologom są odpowiedzi na pytania: Czy budowa np. warg sromowych mniejszych może być powodem kompleksów także w dorosłym życiu? Czy w ogóle dostrzegają to ich partnerzy? Naukowcy, zauważając ten istotny problem, który może zaburzać rozwój młodych ludzi, opracowali aplikację na smartfony umożliwiającą oglądanie swojej waginy – uważają oni, że w ten sposób nie tylko może się podnieść poziom wiedzy, której – jak ustalili – na temat swojej budowy nie mają współczesne nastolatki, ale też pojawi się możliwość wczesnego rozpoznawania zmian chorobowych w tej lokalizacji.

Celem tzw. „ginekologii męskiej”, wchodzącej w zakres chirurgii plastycznej, są zabiegi strictly lecznicze, jak operacje stulejki, ale też podnoszące jakość życia seksualnego, samopoczucie mężczyzny i partnerki (partnerek), co wpływa pośrednio na dobrostan społeczny.

Jak podają lekarze zajmujący się tą dziedziną, mężczyźni stanowią istotny procent wszystkich klientów placówek chirurgii plastycznej. I choć zabiegi męskiej ginekologii estetycznej nie są tak często wykonywane, jak korekcje nosa czy powiek, zapotrzebowanie na tego typu usługi systematycznie rośnie. Ponoć każdego tygodnia zgłasza się do jednej z klinik 3–4 mężczyźni z prośbą o powiększenie penisa. Coraz więcej mężczyzn prosi o operacyjne leczenie stulejki (którą się stwierdza aż u 12% mężczyzn) uniemożliwiającej erekcję, czasem utrudniającej odpływ moczu i sprzyjającej zakażeniom oraz o obrzezanie, które zwykle jest związane z wymogami kultury czy religii, ale też wpływa na doznania seksualne i zapobiega zakażeniom.

Innym powodem zgłaszania się mężczyzn do chirurga medycyny estetycznej jest zabieg prostowania penisa, zwany operacją Nesbita, wykonywany najczęściej w przypadku choroby Peyroniego, czyli pourazowego skrzywienia penisa. Przyczyną skrzywienia – które w skrajnych przypadkach może powodować zaburzenia erekcji i utrudniać bądź nawet uniemożliwiać podejmowanie współżycia seksualnego – jest najczęściej zbliznowaciała tkanka.

Coraz częściej mężczyźni decydują się na zabiegi powiększania penisa. Jak wykazują badania, ponad 3/4 mężczyzn nie jest zadowolonych z rozmiaru tego narządu, a ok. 80% uważa, że ma on znaczenie dla satysfakcji seksualnej partnerki. Te odczucia mają też kobiety – aż 67% z badanych nie jest zadowolonych z rozmiaru

członka partnera, co zdecydowanie wpływa na jakość życia seksualnego, poziom zadowolenia z życia, co ma wpływ na ich funkcjonowanie w społeczeństwie, a czasami nawet pogarsza dobrostan tych kobiet. Zaburzenia tej sfery życia wielokrotnie prowadzą do zachowań ryzykownych, np. uzależnień, ze wszystkimi skutkami społecznymi. Różne stosowane metody „męskiej ginekologii estetycznej” i zadowalający ich efekt powodują poprawę satysfakcji z życia, wpływają na nieomal wszelkie jego obszary, oddziałują korzystnie na dobrostan społeczny⁵⁹.

Toksyna botulinowa (botoks)

Toksyna botulinowa, czyli botulina, jad kiełbasiany (łac. *botulus* – kiełbasa), BTX, wytwarzana przez bakterie beztlenowe – laseczki *Clostridium botulinum* i nieliczne inne bakterie rodzaju *Clostridium*, jest egzotoksyną tzn. substancją białkową należąca do neurotoksyn. Jak wiadomo, w zależności od dawki może być silnie trująca dla człowieka. Stosowana jest w leczeniu zaburzeń, takich jak przewlekła migrena, szczękocisk, bruksizm, stany chorobowe mięśni twarzy, nadmierna potliwość a także w medycynie estetycznej.

Około 25 lat temu podczas terapii botuliną tężcową (botoksem) patologii mięśni twarzy zauważono, że podając ją w określony sposób, uzyskuje się spływanie, a nawet likwidację zmarszczek. Początkowo podchodzono do obserwacji ostrożnie, uważając nawet, że podawanie trucizny tylko w celu poprawy wyglądu jest nieetyczne. Jednak temat podjęli amerykańscy lekarze, którzy entuzjastycznie wstrzykując botoks w każde zagłębienie na twarzy, powodowali jej unieruchomienie, ale też obserwowali liczne objawy niepożądane. Jednak z czasem metodę tę udoskonalano i stała się jedną z podstawowych oraz najpopularniejszych zabiegów medycyny estetycznej⁶⁰.

Botoks a zdrowie psychiczne

Doktor Carter Singh, psycholog z Derbyshire Royal Infirmary oraz chirurg plastyczny Martin Kelly z London Plastic Surgery Associates przeprowadzili w 2005 r. badania wśród pacjentów 81 klinik. Porównali wyniki osób, które korzystały

⁵⁹ Chirurgia męskich narządów płciowych, <https://www.tourmedica.pl/artykuly-medyczne/chirurgia-meskich-narzadow-plciowych/> [dostęp: 2.06.2020].

⁶⁰ 25 lat botoksu, czyli krótka historia cudownej trucizny, <https://zdrowie.wprost.pl/uroda/10120298/25-lat-botoksu-czyli-krotka-historia-cudownej-trucziny.html> [dostęp: 2.06.2020]; A. Przyłipiak (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].

z iniekcji botoksu, z tymi, które zdecydowały się na mniej inwazyjny zabieg upiększający. Na podstawie wyników tych badań naukowcy stwierdzili, że wśród osób, które miały **zabieg z botoksem**:

- ponad połowa miała poczucie braku kontroli nad procesem starzenia się;
- ponad połowa wyrażała złość wobec ludzi, którzy krytykowali je za używanie botoksu;
- ponad 40% przejawiało kompulsywne pragnienie **powtarzania zabiegów z botoksem**;
- ponad połowa uważała, iż **czuje się młodziej, a nie, że młodziej wygląda**⁶¹.

Liposukcja i lipotransfer (przeszczep własnego tłuszczu – lipolifting)

Inwazyjne zabiegi odsysania tłuszczu z różnych miejsc ciała – brzucha, ud, pośladków, rzadziej szyi, pleców, ramion – już mają znaczenie historyczne, gdyż od 2008 r. wprowadzono metodę kriolipolizy.

Liposukcję zaproponowali chirurdzy z Europy w latach 60. XX wieku, którzy wykonywali ją z wykorzystaniem prymitywnej techniki łyżeczkowania. Próby te zostały zignorowane ze względu na liczne powikłania. Nowoczesny zabieg zaprezentowany został przez francuskiego lekarza Yves-Gerarda Illouza w 1982 r. „Metoda Illouz” opierała się na technice lipolizy wspomaganiej próżniowo. Za pomocą grubej kaniuli i wysokiej próżni ssącej wlewano do tkanek płyn o odpowiednim składzie. Takie rozwiązanie pozwoliło na otrzymanie powtarzalnego, dobrego efektu oraz bardzo niewielkiej liczby powikłań. W 1980 r. wielu chirurgów z USA eksperymentowało z liposukcją, stosując różne formy znieczulenia czy sedacji. Natomiast w 1990 r. do liposukcji zostało dołączone badanie USG – w celu ułatwienia usuwania tłuszczu; najpierw rozbijano go za pomocą ultradźwięków, a następnie odsysano.

Twórcami kriolipolizy są dwaj lekarze ze szpitala z Massachusetts w Stanach Zjednoczonych: dr med. Dieter Manstein i dr med. R. Rox Anderson. W 2008 r. udowodnili, że podskórne komórki tłuszczowe są bardziej wrażliwe na działanie zimna niż otaczające je tkanki⁶².

⁶¹ Botox therapy ‘may be addictive’, BBC News, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/5355282.stm> [dostęp: 2.06.2020].

⁶² D. Manstein, H. Laubach (red.), *Selective cryolysis: a novel method of non-invasive fat removal*, „Lasers in Surgery And Medicine” 2008, 40(9), s. 595–604; Nieinwazyjne usuwanie tłuszczu. Kriolipoliza będzie hitem 2018 roku, <https://portal.abczdrowie.pl/nieinwazyjne-usuwanie-tluszczu-kriolipoliza-bedzie-hitem-2018-roku> [dostęp: 2.06.2020].

Kriolipoliza nie powinna być przeprowadzana u kobiet podczas miesiączki, w ciąży i karmiących piersią. Przeciwwskazaniem do tego zabiegu są: rany, otarcia naskórka, zakażenia skóry, znamiona, tatuaże, łuszczyca, bielactwo, liszaje, zaburzenia krzepliwości krwi, padaczka, choroba Raynauda, choroby nowotworowe, cukrzyca, hemofilia, nadczynność i niedoczynność tarczycy, krioglobulinemia, hipoproteinemia, schorzenia wątroby i nerek, choroby serca, wszczepione urządzenia medyczne, np. rozrusznik serca⁶³.

Przy stosowaniu klasycznej liposukcji było możliwe pobranie tłuszczu, oczyszczenie go i zastosowanie jako naturalnego wypełniacza zwanego też „autogennym przeszczepem tłuszczu”, który był podawany w miejsca, w odniesieniu do których pożądanym było nadanie innego kształtu (np. zmniejszenie lub wyeliminowanie zmarszczek czy modelowanie piersi)⁶⁴.

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

Pierwszym etapem zabiegu jest liposukcja. Najczęściej tkankę tłuszczową pozyskuje się z ud, bioder, pośladków i okolicy nadłonowej. Jednorazowo pobiera się 20–30 ml tłuszczu, a następnie poddaje się go odpowiednim obróbkom, m.in. odwirowywaniu (usuwanie wody i obumarłych komórek). Tłuszcz jednak najczęściej ulega częściowej biodegradacji i uszkodzeniu, dlatego wzbogaca się go osoczem bogatopłytkowym albo komórkami macierzystymi, które zwiększają przeżywalność adipocytów nawet do 90%.

Wykonywany jest lipofilling twarzy (wypełnianie bruzd nosowo-wargowych, zmarszczek, łagodzenie symetrii twarzy czy spłykanie blizn po trądziku lub urazach). Stosowany jest również lipolifting biustu (lipomodeling piersi), wykonywany ze względów estetycznych, ale też zdrowotnych (po amputacji piersi lub częściowej resekcji). Metoda ta umożliwiła nieużywanie implantów, które czasem uczulają, podczas gdy własny tłuszcz nie daje tego powikłania. Jest stosowana od lat 80. XX w.

Powikłania po przeszczepie tkanki tłuszczowej występują bardzo rzadko, choć są możliwe.

⁶³ A. Migasiewicz, J. Bauer, A. Cizek, H. Podbielska, *Zastosowanie niskich temperatur w dermatologii i kosmetologii*, „Kosmetologia Estetyczna” 2018, 7(1), s. 53–55, <http://aestheticcosmetology.com/wp-content/uploads/2019/01/ke2018.1-4.pdf> [dostęp: 2.06.2020]; M. Kosińska, *Kriolipoliza na odchudzanie. Wymrażanie zamiast odsysania – sposób na nadmiar tłuszczu*, <https://www.medonet.pl/zdrowie,kriolipoliza-na-odchudzanie--wymrazanie-zamiast-odsysania--sposob-na-nadmiar-tluszczu,artykul,1734121.html> [dostęp: 2.06.2020].

⁶⁴ Liposuction. MedlinePlus, <https://medlineplus.gov/ency/article/002985.htm> [dostęp: 2.06.2020].

Przeciwwskazania do lipoliftingu

Mimo iż lipolifting uważany jest za bezpieczny zabieg, istnieją pewne przeciwwskazania do tego zabiegu, m.in.: choroby autoimmunologiczne i nowotworowe, choroby wątroby, nerek i zaburzenia czynności tarczycy, przewlekłe infekcje, zaburzenia krzepliwości krwi (wynikające z zażywania leków o działaniu przeciwkrzepliwym czy z hemofilii), schorzenia przewlekłe niewyrównane, jak choroba wieńcowa, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, stosowanie leków immunosupresyjnych i cytotoksycznych⁶⁵. Zabieg nie może być przeprowadzony u kobiet w ciąży i karmiących piersią. Ponadto przeszczepu tkanki tłuszczowej nie wykonuje się u osób wyjątkowo szczupłych⁶⁶.

Kulturystyka

Wprawdzie kulturystyka jest dyscypliną sportu, ale też sama sylwetka kulturysty jest marzeniem wielu młodych mężczyzn, co daje się zauważyć nie tylko w siłowniach, ale w różnych innych miejscach, w których intensywnie ćwiczą. Za jej prekursora uważa się siłacza z epoki wiktoriańskiej – Eugena Sandowa (właśc. Friedericha Wilhelma Müllera; 1867–1925)⁶⁷.

Kulturysta uzyskuje swoją sylwetkę poprzez ćwiczenia fizyczne z obciążeniami, co powoduje przerost mięśni z jednoczesnym zredukowaniem tkanki tłuszczowej. Ma całkowity zakaz zażywania niedozwolonych środków dopingujących, takich jak sterydy anaboliczno-androgenne, hormon wzrostu, insulina czy diuretyki.

W związku z kultem ciała, wyraźnie widocznym w czasach współczesnych, obserwuje się stały wzrost liczby siłowni (także, co szczególnie cenne, na świeżym powietrzu) i klubów fitness.

⁶⁵ A. Kasem, U. Wazir, H. Headon, K. Mokbel, *Breast Lipofilling: a review of current practice*, „Archives of Plastic Surgery” 2015, 42(2), s. 126–130.

⁶⁶ M. Debald, T. Pech, C. Kaiser i in., *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), s. 447–454.

⁶⁷ D.L. Chapman, *Sandow the Magnificent: Eugen Sandow and the Beginnings of Bodybuilding*, University of Illinois Press, Urbana 1994.

Jerzy T. Marcinkowski
Zofia Konopielko
Paulina Rosińska

Cielesne zaburzenia dysmorficzne (BDD) – dysmorfofobia

Termin „dysmorfofobia” pochodzi od greckiego słowa *dysmorfia*, które oznacza brzydotę. Po raz pierwszy użył go Herodotus, opisując w swoim dziele najbrzydszą dziewczynę w Sparcie. Ponad 100 lat temu termin ten został wprowadzony do psychiatrii przez Morselliego, który w 1886 r. opisał przypadek pacjenta z typowymi dla tego zaburzenia objawami. Cielesne zaburzenia dysmorficzne (*body dysmorphic disorder*, BDD) nazywane w skrócie, jak dawniej, dysmorfofobią są kwalifikowane jako zaburzenia psychiczne, które polegają na subiektywnym poczuciu brzydoty lub fizycznego defektu, o którym dana osoba myśli, że jest zauważany również przez inne osoby.

BDD od XIX w. były kwalifikowane różnie, np. jako odmiana zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (*obsessive compulsive disorder*, OCD). Zauważano także jej związek z obsesjami wstydu związanymi z własnym ciałem (tzw. *obsession de la honte du cors*). W 1987 r. dysmorfofobię wprowadzono do amerykańskiego nazewnictwa psychiatrycznego (DSM-III) jako przykład atypowych zaburzeń somatycznych, bez kryteriów diagnostycznych.

Klasyfikacja DSM-5, ICD-10, ICD-11

BDD w obowiązującej obecnie klasyfikacji DSM-V zostały zakwalifikowane do grupy zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych i podobnych (wraz z m.in. patologicznym zbieractwem, trichotillomanią).

W klasyfikacji ICD-10, która jeszcze aktualnie jest stosowana w Polsce, dysmorfobia należy do zaburzeń hipochondrycznych. W ICD-11 włączono ją do zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych i innych współwystępujących zaburzeń – grupy, która obejmuje 8 następujących zaburzeń psychicznych:

- zaburzenia obsesyjno-kompulsywne;
- dysmorfobia;
- węchowy zespół odnoszący;
- hipochondria;
- syllogomania;
- nawykowe czynności dotyczące ciała;
- zespół Tourette’a;
- wtórne zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i inne współwystępujące zaburzenia, m.in. nawykowe czynności dotyczące ciała (obejmujące trichotillomanię i dermatillomanię, czyli patologiczne skubanie skóry).

W grupie OCD obsesje będą szerzej zdefiniowane, a poprzednie podtypy ICD-10 zostaną pominięte. W ICD-11 możliwe będzie wspólne kodowanie schizofrenii lub depresji z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi. Wprowadzono również specyfikator służący do wskazywania u pacjentów z tymi zaburzeniami stopnia wglądu w zakresie prawdziwości myśli i przekonań związanych z zaburzeniem. Hipochondria została przeniesiona z grupy ICD-10 „Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną” do grupy ICD-11 „Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i inne współwystępujące zaburzenia”¹.

W opisie podkreśla się takie cechy BDD, jak:

- zaabsorbowanie wyimaginowanym defektem w wyglądzie;
- nadmierna koncentracja na rzeczywistej, niewielkiej anomalii fizycznej, co stanowi powód cierpienia i wpływa na istotne pogorszenie funkcjonowania w życiu codziennym;
- istnienie tego zaburzenia nie wynika z obecności innych zaburzeń psychicznych.

¹ W. Gaebel, J. Zielasek, G.M. Reed, *Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status*, „Psychiatria Polska” 2017, 51(2), s. 169–195; *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*, <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> [dostęp: 30.07.2021].

Częstość występowania, objawy

Profesor Anna Zalewska-Janowska – twórca i kierownik Zakładu Psychodermatologii Katedry Alergologii, Immunologii i Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, już przed 10 laty zauważyła problem pacjentów z BDD zgłaszany przez dermatologów, podając poniższe dane światowe.

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 osób chorych na BDD częściej występują zaburzenia psychiczne (dotyczące nastroju, choroby obsesyjno-kompulsywne, schizofrenia).

BDD najczęściej ujawniają się w okresie pokwitania (przed 20. rokiem życia). Istotnie zakłócają relacje osoby chorej z innymi; jednym z dowodów może być fakt, że aż 85% osób dotkniętych tymi zaburzeniami jest samotnych w swoim dorosłym życiu.

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

- biologiczne;
- kulturowe;
- psychologiczne.

Podkreśla się negatywne postrzeganie drobnych defektów ciała przez osoby z BDD, co może być związane z kultem ciała, propagowaniem wizerunku ideału atrakcyjności fizycznej, ale też z osobistymi, negatywnymi doświadczeniami z dzieciństwa (seksualnymi, emocjonalnymi, lęku przed odrzuceniem) czy pierwotnie niską samooceną i wzbudzoną w okresie dojrzewania potrzebą symetrii oraz perfekcji ciała.

BDD wyrażają się także – co czasami jest pomocne w odróżnianiu od innych zaburzeń – poprzez zmiany w badaniach biochemicznych (rola układu serotoniny, układ dopaminoergiczny), a także neuroobrazowych, jak fMRI, które mogą wykazywać zmiany czynnościowe w obrębie płatów skroniowych i potylicznych odgrywających znaczną rolę w kształtowaniu u pacjenta wyobrażeń o własnym wyglądzie; u niektórych pacjentów z BDD można stwierdzić cechy dysfunkcji okolic czołowych oraz zaburzenia poznawcze podobne do tych, jakie obserwuje się w przebiegu OCD.

Pacjenci z BDD charakteryzują się występowaniem ciągłych obaw i działań związanych z przekonaniem o nieestetycznym własnym wyglądzie lub zaburzonej budowie ciała, pomimo że nie jest to dostrzegane przez innych. W tych przypadkach ocena dokonana przy użyciu obiektywnych pomiarów badawczych często nie wykazuje nieprawidłowości.

Osoby z dysmorfofobią są przekonane, że jakaś cecha ich wyglądu jest szczególnie nieatrakcyjna i nieakceptowalna („jestem ohydna”, „wyglądam jak potwór”). Zachowania tych osób wykazują wiele cech charakterystycznych:

- obawy są intruzywne, niechciane, absorbujące czasowo (średnio 3–8 godz. dziennie) i zwykle trudne do kontrolowania;
- w odpowiedzi na obawy, pojawiają się powtarzające się zachowania lub myśli, którym towarzyszy lęk lub dysforia;
- zachowania mają na celu poprawę wyglądu, ukrycie wad, a także upewnianie się co do swego wizerunku (np. częste przeglądanie się w lustrzanych odbiciach);
- w myślach osoba z BDD może bezustannie porównywać swój wygląd z innymi;
- zaabsorbowanie swoim wyglądem powoduje cierpienie i negatywnie wpływa na ważne sfery życia (np. utrudnia wchodzenie w związki czy podjęcie pracy);
- przekonanie o wadach cielesnych bywa tak dotkliwie, że może popychać do samobójstwa; według badań amerykańskich 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, afektywne dwubiegunowe i odżywiania.

W badaniach przeprowadzonych pod kierownictwem dr Katharine Philips (ponad 500 chorych) wskazano, że uwaga pacjentów koncentruje się na następujących częściach ciała: skóra (73%), włosy (56%), nos (37%), wargi (22%), brzuch (22%), piersi/brodawki (21%), oczy (20%), uda (20%), zęby (20%), nogi – ogólnie (18%), budowa ciała/struktura kości (16%), twarz (14%), rozmiar/kształt twarzy (12%), pośladki (12%), podbródek (11%), brwi (11%), biodra (11%), uszy (9%), ramię/przedramię (9%), talia (9%), genitalia (8%), policzki/kości policzkowe (8%), głowa – tył (8%), wzrost (7%), głowa – rozmiar/kształt (6%), czoło (6%), stopy (6%), dłonie (6%), szczęka (6%), usta (6%), plecy (6%), palce (5%), szyja (5%), łopatki (3%), kolana (3%), palce u nóg (3%), kostki u nóg (2%), twarz – mięśnie (1%)².

Estetoreksja

Jak podano w 2010 r. i 2014 r. wyraźne rozpoznanie dysmorfofobii można ustalić u 6–15% pacjentów chirurgów plastycznych.

W populacji osób z objawami BDD leczonych psychiatrycznie zauważa się przewagę przedstawicieli płci męskiej, choć dane dotyczące leczonych dermatolo-

² Dysmorfofobia (body dysmorphic disorder, BDD), <http://www.ctzo.org/artukul/65> [dostęp: 11.07.2020]; K.A. Phillips, *The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder*, Oxford University Press, Oxford 2005, s. 56.

gicznie wskazują na przewagę żeńskiej. Kobiety bowiem częściej decydują się na zabiegi upiększające.

W całej swojej praktyce 64% polskich dermatologów spotkało się z co najmniej jednym przypadkiem BDD, 20% zanotowało 1–2 przypadki, 14% – 3–5, 7% – 5–10, a 5% – ponad 10.

Jeżeli koledzy nie wychwycą takich pacjentów, to zaczną iść w kierunku zabiegów inwazyjnych, co i tak nigdy nie kończy się zadowoleniem pacjenta, wręcz odwrotnie. Pacjent zaczyna być roszczeniowy, wiele spraw łąduje w sądzie³.

Przed kilku laty zauważono pojawiające się uzależnienie od zabiegów medycyny estetycznej; obecnie rzadziej dotyczy to operacji plastycznych (jak 10 lat temu), ale całej gamy mniej inwazyjnych zabiegów poprawiających urodę. Zjawisko to zostało nazwane estetoreksją i dotyczy coraz liczniejszej grupy młodych kobiet i mężczyzn⁴. W powszechnej opinii, nie tylko ludzi starszych, powtarzane przez nich zabiegi upiększające wielokrotnie prowadzą do deformacji ciała.

Tanoreksja

Przez wiele wieków modna była porcelanowa skóra – zwłaszcza wśród kobiet z tzw. wyższych sfer. Dlatego na obrazach z wcześniejszych epok widok kobiet z parasolkami przeciwsłonecznymi nie jest rzadkością.

W latach 20. XX w. znana francuska kreatorka mody Coco Chanel (1883–1971) powiedziała: „Złota opalenizna jest oznaką szyku”. 50 lat później powstało pierwsze solarium, a wyraźnie wraz ze wzrostem popularności kultu ciała opalenizna stała się symbolem wysportowania, zdrowia i radości życia⁵. Osoby opalające się godzinami były widywane już nie tylko na plaży, ale w coraz gęstszej sieci solariumów. W USA ich liczba przekraczała zaskakująco liczbę barów McDonald’s.

Przełomem w myśleniu stał się rok 2000, kiedy u wielu osób rasy białej zauważono, że niezależnie od osiąganego wskutek opalania maksymalnie ciemnego zabarwienia skóry, a często widocznych już na niej wtórnych zmian chorobowych,

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

⁴ M. Rowicka, *Uzależnienia behawioralne. Terapia i Profilaktyka*, Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Minister Zdrowia, Fundacja Praesterno, Warszawa 2015; A. Pikura, „Estetoreksja” – nowy rodzaj uzależnienia, „Kosmetologia Estetyczna” 2015, 4(2), s. 141–143.

⁵ Solaria – odpowiedź na modną opaleniznę, <https://jasnejakslonce.pzh.gov.pl/artykuly/2-solaria-odpowiedz-na-modna-opalenizne> [dostęp: 3.06.2020].

nadal korzystają one z solariów. Mogło to sugerować, że odczuwają one wewnętrzny przymus opalania⁶. Zjawisko to nazwano tanoreksją (*tanning dependence*) od połączenia angielskiego czasownika *to tan*, czyli „opalać się”, ze słowem „anoreksja” oznaczającym zaburzenia odżywiania na tle patologicznego postrzegania własnej osoby, występującego zwykle u dziewcząt i młodych kobiet. Tanoreksja zaliczana jest do zaburzeń osobowości powodowanych nadmiernym skupianiem się na wyglądzie zewnętrznym i kultem własnego ciała, wyrażających się w niepowstrzymanej chęci opalania się⁷.

Tanoreksja przez wielu określana jest jako uzależnienie; choć nie została wpisana do ICD-10, to mieści się w zaburzeniach o cechach uzależnienia psychicznego i behawioralnego⁸. Choć najczęściej występuje 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 mięśniowej⁹.

Nastoletni tanorektycy opalają się, bo chcą być atrakcyjni, a opalona skóra jest dla nich synonimem dobrego wyglądu. Pod opalenizną chcą także ukryć niedoskonałości skóry, np. trądzik, przebarwienia i blizny potrądzikowe. Mimo że doświadczają widocznych szkód zdrowotnych (zniszczenie naskórka, znamiona, plamki, przebarwienia, przesuszenie i zapalenia skóry, poparzenia itp.), nie potrafią zrezygnować z opalania się¹⁰.

Na początku XXI wieku WHO uznała, że opalanie w solarium stanowi ogromny problem z zakresu zdrowia publicznego, gdyż odpowiada za niemal 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, stanowią ogromne zagrożenie o działaniu rakotwórczym**. U osób korzystających z solariów ryzyko zachorowania na raka skóry jest większe o 20% niż u osób nieopalających się w ten sposób, natomiast u osób po 30. roku życia ryzyko to wzrasta aż do 75%. Co więcej, u osób częściej niż raz w miesiącu korzystających z solarium ryzyko to wzrasta o 55%. Jednak jeszcze przed kilku laty zdarza-

⁶ P. Harrison, *The Adonis Complex: The Secret Crisis of Male Body Obsession*, Simon & Shuster, New York 2000.

⁷ C.J. Heckman i in., *Measurement of Tanning Dependence*, „Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV” 2014, 28(9), s. 1179–1185.

⁸ W. Harth, *Superbrow beauty: The surface of tanorexia and tanning dependence*, „Der Hautarzt; Zeitschrift Fur Dermatologie, Venerologie, Und Verwandte Gebiete” 2017, 12(68).

⁹ C.J. Heckman i in., *Contextual Factors, Indoor Tanning, and Tanning Dependence in Young Women*, „American Journal of Health Behavior” 2015, 39(3), s. 372–379.

¹⁰ K.D. Hoerster i in., *Density of Indoor Tanning Facilities in 116 Large U.S. Cities*, „American Journal of Preventive Medicine” 2009, 36(3), s. 243–246.

ły się często sytuacje, że matki fundowały swoim córkom seanse w solarium przed Pierwszą Komunią Świętą; powszechnie widywano dzieci w solariach. Na skutek apeli lekarzy i rzecznika praw dziecka, po 3 latach monitorowania, w 2018 r. weszły w życie przepisy o zakazie przebywania nieletnich 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 możliwości zachorowania na raka skóry. Podobny zakaz opalania w solarium obowiązywał nieletnich w niektórych krajach, m.in. USA, już od dawna.

Wiedza młodych o szkodliwości opalania się
W 2013 r. przedstawiono wyniki ankietowych badań polskiej młodzieży na temat wiedzy o szkodliwości opalania się i uzależnienia zwanego tanoreksją; 70% ankietowanych uważało, że od opalania można się uzależnić i wiedziało, czym jest tanoreksja. Uczniowie byli zgodni, że uzależnienie od opalania jest tak samo niebezpieczne, jak od substancji psychoaktywnych. Ponad 90% badanych było świadomych, że nadmierna ekspozycja na słońce może prowadzić do nowotworów skóry, przyspiesza proces jej starzenia i że należy stosować ochronę przeciwsłoneczną. Jednak 38% ankietowanych korzystało z solarium, co sugerowało potrzebę dalszej edukacji młodzieży na temat szkodliwości nadmiernej ekspozycji na promieniowanie ultrafioletowe¹¹.

Bigoreksja

Bigoreksja, zwana też dysmorfią mięśniową (dysmorfofobią), coraz częściej wymieniana wśród uzależnień behawioralnych, jest związana z zaburzonym postrzeganiem swojego wyglądu, co nie koresponduje z obiektywnymi ocenami; wiąże się z brakiem akceptacji siebie i przymusem powtarzania bardzo intensywnych działań, przede wszystkim ćwiczeń fizycznych, w celu rozbudowy mięśni. Dotyka ona głównie młodych mężczyzn, choć coraz częściej też młode kobiety.

Po raz pierwszy nazwy tej użył w 1997 r. amerykański psychiatra doktor Harrison Pope, definiując ją jako obsesję na punkcie umięśnionego ciała. Co do częstości występowania tego zaburzenia obecnie nie ma dokładnych danych, jednak szacuje się, że z powodu tej choroby cierpi ok. 10% kulturystów, głównie młodych mężczyzn.

¹¹ W. Komorowska-Szczepańska, L. Tryk, K. Nowicka-Sauer, R. Hansdorfer-Korzon, *Poziom wiedzy uczniów szkół ponadgimnazjalnych na temat tanoreksji*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2013, 15(2), s. 121–123.

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.

Osoby, którym zależy na dobrze zbudowanym ciele, często są przekonane o słuszności swojego działania i wierzą, że dobrze dbają o swoje zdrowie, masę ciała i aktywność fizyczną, przy okazji poprawiając wygląd. Tak sądzi również środowisko chorego, które skupia się tylko na pozytywnych aspektach sytuacji, czyli zauważa jedynie, że chory prowadzi zdrowy styl życia. Często osoby z najbliższego otoczenia nie dostrzegają rodzącej się obsesji na punkcie wyglądu i popadania osoby chorej w skrajności¹².

Z dotychczasowych badań wynika, że za przyczyny tego zaburzenia w znacznym stopniu odpowiedzialne są czynniki społeczne, takie jak:

- wzrost popularności kulturystyki;
- przywiązywanie dużej uwagi do wyglądu zewnętrznego;
- podziw dla wysportowanego ciała;
- chęć posiadania wyrzeźbionego ciała;
- wpływ mediów społecznościowych, które lansują taki rodzaj budowy ciała.

W publikacjach naukowych raczej ogólnie wymienia się czynniki psychologiczne i środowiskowe, które mogą także odpowiadać za występowanie bigoreksji.

Ten wyraz swoistego, zapoczątkowanego przez kulturystów, kultu ciała będącego marzeniem wielu młodych chłopców, zwykle objawia się w okresie dojrzewania wskutek niezadowolenia z powodu swojego aktualnego wyglądu i przejawia w obsesyjnym dążeniu do jego poprawy. 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 związane z funkcjonowaniem w grupie rówieśniczej lub zaburzone relacje z bliskimi (np. z rodzicami).

Kryteria rozpoznania według Harrisona G. Pope, Roberto Olivardii i Katharine A. Phillips:

- zaabsorbowanie uporczywą myślą, że ciało nie jest wystarczająco umięśnione;
- spędzanie wielu godzin na siłowni, uporczywe uprawianie biegów;
- stosowanie restrykcyjnych diet, suplementów, samodzielne przygotowywanie posiłków w domu, gdyż tylko wtedy jest możliwość kontrolowania tego, co i kiedy się je;
- nadmierne zaabsorbowanie budową własnego ciała prowadzące do pogorszenia funkcjonowania na innych polach życia rodzinnego, społecznego i zawodowego;

¹² P. Pawełczyk-Jabłońska, *Bigoreksja – męskie zaburzenie odżywiania*, <https://ncez.pl/abc-zywienia-/psychodietetyka/bigoreksja-----meskie-zaburzenie-odzywiania> [dostęp: 3.06.2020].

- częsta ocena wizualna własnych mięśni w lustrze; sprawdzanie obwodów mięśni wszystkich partii ciała, porównywanie ich z wymiarami mistrzów kulturystyki;
- stałe niezadowolenie z własnego wyglądu;
- brak wyznaczania granicy, którą chce się osiągnąć w budowaniu umięśnienia;
- 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;
- unikanie sytuacji mogących prowadzić do pokazania własnego ciała (basen, plaża) niezależnie od tego, jak silnie jest już ono umięśnione, bo wygląd pozostaje wciąż niesatysfakcjonujący¹³.

Bigoreksja a sterydy i suplementy

Młodzi obojga płci, którzy cierpią na bigoreksję, w pogoni za osiągnięciem ideału często stosują **sterydy**, aby szybko uzyskać efekty. Działanie tych hormonów polega na przyspieszaniu procesu odnowy komórek; ułatwiają one szybki przyrost masy mięśniowej, podnoszą siłę oraz wytrzymałość. Sterydy mogą być groźne, szczególnie dla nastolatków. Zagrożenie to wiąże się z zahamowaniem wzrostu, ale także może być przyczyną zaburzeń lipidowych, chorób serca, naczyń krwionośnych, zapalenia wątroby, niewydolności nerek i osteoporozy. Ponadto u chłopców przyjmowane w celu poprawienia masy mięśniowej mogą być przyczyną impotencji, hipotrofii jąder, rozrostu prostaty, łysienia, ginekomastii, a nawet uszkodzenia chromosomów. Sterydy stosowane w tym celu u dziewcząt są przyczyną obniżenia głosu, zaburzenia cyklu menstruacyjnego i nadmiernego owłosienia. Nagłe odstawienie sterydów może prowadzić do szeregu zaburzeń związanych z niedoborem, tym bardziej gwałtownym, bo z powodu supresji produkowanych endogennie w czasie przyjmowania ich w postaci chemicznej. Jednym z nich jest depresja¹⁴.

¹³ M. Mędraś, M. Szczęsny, *Dysmorfobia (dysmorfia) mięśniowa a sport*, w: Mędraś M. (red.), *Medycyna sportowa*, Medsportpress 2004, s. 109–110; H.G. Pope jr., R. Olivardia, *Evolving ideals of male body image as seen through action toys*, „International Journal of Eat Disorders” 1999, 26(1), s. 165–172; P. Harrison, *The Adonis Complex: The Secret Crisis of Male Body Obsession*, Simon & Shuster, New York 2000.

¹⁴ J. Węgrzecka-Giluiń, *Uzależnienia behawioralne rodzaje oraz skala zjawiska sygnały ostrzegawcze i skutki. Kompendium wiedzy dla rodziców*, ETOH Fundacja Rozwoju Profilaktyki, Edukacji i Terapii Problemów Alkoholowych, Warszawa 2013; U. Kluczyńska, *Bigoreksja, czyli kłopoty mężczyzny z ciałem*, <http://czasopisma.bg.ug.edu.pl/index.php/arseducandi/article/view/1882/1378> [dostęp: 3.06.2020]; M. Maciąg, K. Maciąg, *Zagrożenia i problemy cywilizacyjne XXI w. – przegląd badania*, <http://bc.wydawnictwotygiel.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]; A. Michalska, N. Szejko, A. Jakubczyk, M. Wojnar, *Niespecyficzne zaburzenia odżywiania się – subiektywny przegląd*, http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_3_2016/497Michalska_PsychiatrPol2016v50i3.pdf [dostęp: 3.06.2020].

W 2013 r. opublikowano wyniki badań mężczyzn w wieku 18–35 lat, z których 2/3 stosowało suplementację diety. W efekcie przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

- mężczyźni uczęszczający na siłownię stosowali kilka suplementów równocześnie, zażywając składniki mineralne, witaminy oraz aminokwasy – zarówno w przypadku ich niedoborów, norm spożycia, jak i nadmiaru w diecie;
- dieta mężczyzn trenujących amatorsko na siłowniach cechowała się często zbyt niską wartością energetyczną oraz zbyt małą podażą węglowodanów, potasu, błonnika i folianów;
- w nadmiernych ilościach stwierdzona była podaż białka i fosforu oraz witamin, głównie z grupy B;
- niepokojące było uzupełnianie i modyfikacja diety nie tylko suplementami jednoskładnikowymi, ale także według formuły *all in one*, bez konsultacji z lekarzem lub fizjologiem sportowym;
- wzorując się na schematach dietetycznych udostępnianych przez zawodowych kulturystów, część badanych mężczyzn uczęszczających regularnie na siłownię komponuje dietę, spożywając w dni treningowe i nietreningowe niemal identyczne posiłki, różnicując je tylko ilością zażywanych suplementów w celu osiągnięcia szybkich rezultatów.

Powyższe nie upoważnia jeszcze do wyciągnięcia jednoznacznych wniosków, ale można sądzić, że bigoreksja stanowi realne zagrożenie rozwoju wśród części młodych mężczyzn¹⁵.

Powyżej zaprezentowane dane pochodzą sprzed kilku lat, jednak obserwując rosnącą liczbę sklepów z „suplementami diety”, wydaje się, że problem się nasilił i z pewnością nadal nie podlega kontroli własnej, a także odpowiednich organizacji dbających o zdrowie obywateli.

¹⁵ W. Wilczek, E. Kolarzyk, J. Kwiatkowski, *Dysmorfia mięśniowa (bigoreksja) – czy rzeczywiście stanowi realne zagrożenie dla młodych mężczyzn?*, „Hygeia Public Health” 2013, 48(4), s. 537–544.

Jerzy T. Marcinkowski
Zofia Konopielko

Pacjent na tropie choroby

Dla lepszego zrozumienia obserwowanego współcześnie, nasilającego się korzystania z porad „Dr. Google”¹, jak nazwała popularną wyszukiwarkę internetową Riza Conroy, które coraz częściej przybiera cechy zjawiska nazywanego cyberchondrią, warto poznać źródła takich zachowań.

Hipochondria – historia, klasyfikacja

Autorytatywnym źródłem rozwoju wiedzy na temat hipochondrii są kolejne wydania diagnostycznego i statystycznego podręcznika na temat zaburzeń psychicznych wydawanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association, APA) pt. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – aktualnie DSM-5, w którym zdefiniowano i dokonano klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Publikacja ta ukazuje m.in. że problemy z obszaru hipochondrii są złożone, wielokrotnie niewłaściwie rozpoznawane, co dobitnie świadczy o tym, iż w postępowaniu lekarza ważne jest myślenie o pacjencie w kategoriach medycyny holistycznej, w której powiązane i wzajemnie zależne są zdrowie psychiczne, somatyczne i społeczne.

Historia

W miarę rozwoju słowa pisanego, ludzie korzystali z różnych poradników i wielokrotnie sami się leczyli podawanymi w nich metodami, w istocie nie chorując na nic. Przykładem uwiecznionym w kulturze jest komedia Moliere’a (1622–1673)

¹ R. Conroy, *What your doctor wants you to know about 'Dr. Google'*, <https://wexnermedical.osu.edu/blog/what-your-doctor-wants-you-to-know-about-dr-google> [dostęp: 19.06.2020].

Chory z urojenia, wydana w 1673 r. Interesujące, że sam autor, grając główną rolę w przedstawieniu tej komedii, przeżył na scenie zapaść i wkrótce potem zmarł. Być może sam uległ sugestii, iż jest, jak bohater sztuki, śmiertelnie chory.

Termin „hipochondria” (łac. *hypochondrium*) wywodzi się od greckiego słowa *hypochondriakós*, które – jak podają znawcy tego języka – powstało ze złożenia pojęć: *ύποχόνδριον* – brzuch, *ύπο* – pod i *χονδρός* – chrząstka. Ponoć po raz pierwszy został użyty ponad 2000 lat temu, gdy opisywano dolegliwości umiejscowione w okolicach podżebrza i górnej części brzucha. Na przestrzeni wieków zmieniał znaczenie – początkowo dotyczył dolegliwości fizycznych, a potem zaburzeń funkcji mózgu, by ostatecznie wiązać go z depresją i melancholią.

Klasyfikacja DSM

Pierwsze próby klasyfikacji zaburzenia zostały podjęte już w latach 50. XX w. W pierwszej edycji wspomnianego wyżej podręcznika diagnostycznego i statystycznego DSM-I zaliczono je do psychoneuroz, później określono jako nerwicę hipochondryczną. Dopiero w DSM-II zdefiniowano jako koncentrowanie się na własnym ciele oraz strach przed domniemaną chorobą. W edycji DSM-III hipochondrię zaliczono do grupy zaburzeń somatycznych, dodając do poprzedniej definicji mylną interpretację objawów fizycznych. Objawy te nie dadzą się wytłumaczyć za pomocą tradycyjnej medycyny, a „pacjent” nie jest w stanie przyjąć do wiadomości uzasadnień wielokrotnie powtarzanych przez lekarzy. W DSM-IV dodatkowo wprowadzono 6-miesięczne minimalne kryterium utrzymywania się zaburzeń, a także podkreślono, że w odróżnieniu od urojeń, hipochondria ma mniejszą intensywność i pacjent w pewnym sensie zdaje sobie sprawę z tego, że jego obawy mogą być nadmierne. Ponadto zaburzenie nie ma cech dysmorfofobii, która polega na występowaniu obaw związanych z wyglądem własnego ciała, ani też innych rozpoznań psychiatrycznych. W ostatniej wersji DSM-V zmieniono myślenie ukierunkowane na hipochondrię, uznając, że są to medycznie niewyjaśnione objawy i podzielono tych chorych na dwie grupy.

Pierwszą grupę stanowią pacjenci, którzy oprócz silnie wyrażanego lęku o swoje zdrowie, mają dolegliwości kwalifikowane do zespołu objawów somatycznych (*somatic symptom disorder, SSD*). Dolegliwości somatyczne występują u nich dłużej niż 6 miesięcy, a nieprawidłowe i nadmiernie wyrażane myśli, uczucia, zachowania przybierają postać nieproporcjonalnej katastrofizacji; lęk jest na wysokim poziomie.

Natomiast drugą grupę stanowią osoby, które charakteryzują się wysokim nasileniem lęku o swoje zdrowie, ale bez występujących dolegliwości fizycznych; otrzymują 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, którego przypadek i w tym wypadku jest kwalifikowany jako uogólnione zaburzenia lękowe (*generalized anxiety disorder*, **GAD**).

Aktualnie nie używa się terminu „hipochondria”, gdyż pejoratywne jej rozumienie stygmatyzuje człowieka i utrudnia terapię.

Zgodnie z obecnie obowiązującą ICD-10, istotą zaburzeń hipochondrycznych 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 rozpoznanie².

W klasyfikacji ICD-11 hipochondria została przeniesiona z grupy ICD-10 „zaburzenia występujące pod postacią somatyczną” do grupy ICD-11 „zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i inne współwystępujące zaburzenia”³, w której znajdzie się wspólnie z „cielesnymi zaburzeniami dysmorficznymi”.

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

Na marginesie – w początkowym okresie pracy zawodowej przypadającej na lata, w których ukazywały się książki A. Kępińskiego, prawie każdy z nas był za jego sprawą zakochany w psychiatrii. Nikt tak nie umiał opowiadać w lekki, niemal beletrystyczny sposób o mrokach ludzkiej duszy. Warto wracać do wszystkich jego książek.

² J. Kocjan, *Hipochondria (lęk o zdrowie): obecna konceptualizacja, klasyfikacja oraz podobieństwo do zaburzeń lękowych*, „Journal of Education, Health and Sport” 2015, 5(5), s. 193–204.

³ W. Gaebel, J. Zielasek, G.M. Reed, *Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status*, „Psychiatria Polska” 2017, 51(2), s. 169–195; *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*, American Psychiatric Association, Arlington, 2013, s. 235–264.

„Dr Google” a cyberchondria

Na bazie hipochondrii 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 wyimaginowanych. Związane jest to z lękiem, obsesyjnym przeżywaniem wątpliwości i działaniami kwalifikowanymi przez wielu psychologów jako kompulsywne.

Zauważono, że **około 75% światowej populacji internautów korzysta z sieci, by zdiagnozować swoje dolegliwości**, a zjawisko to nasila się w znacznym tempie. W celu jego zbadania i pomiaru Eoin McElroy i Mark Shevlin opracowali skalę CSS (*cyberchondria severity scale*).

Zdarza się, że wiadomości czerpane z Internetu pochodzą z wiarygodnych źródeł i wówczas służą zdrowiu jednostki, ale większość badań dowodzi, 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*). Jak wspomnieliśmy, wielu badaczy podkreśla związek tego typu zachowań z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi⁴.

Współcześnie osoby o tendencjach hipochondrycznych, ale też pozostałe, korzystając z Internetu, nieustannie napotykać na informacje i porady dotyczące chorób i leczenia – wielokrotnie sprzeczne, ale zawsze bardzo liczne i stale nowe. Szczegółowo omawiane w sieci objawy, są łatwo przyswajane przez jej użytkowników, zwłaszcza skoncentrowanych na własnym zdrowiu, nie wspominając o cierpiących somatycznie, którym lekarze nie potrafią postawić diagnozy⁵.

Cyberchondria a osobowość

Według dr. Thomasa Fergusa 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. Najczęściej poszukują diagnozy w Internecie, co powoduje u nich niepokój, nasilenie niepewności i dalsze

⁴ B. Bajcar, J. Babiak, A. Olchowska-Kotala, *Cyberchondria i jej pomiar. Polska adaptacja i właściwości psychometryczne Skali Cyberchondrii CSS-PL*, „Psychiatria Polska” 2019, 53(1), s. 49–60.

⁵ R.W. White, E. Horvitz, *Experiences with Web Search on Medical Concerns and Self Diagnosis*, „AMIA Annual Symposium Proceedings” 2009, s. 696–700; J. Anderson, *Paging Dr. Google. A Patient's Cyberchondriasis Causes a Physician to Rethink Her Relationship With the Web*, „Minnesota Medicine” 2017, 100(2), s. 18–19.

gorączkowe poszukiwanie. Ponadto 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. Tego typu pacjenci w rezultacie zaniedbują codzienne obowiązki, a czasem z tego powodu tracą pracę⁶.

Problemy zawodowe autorów

Z osobami dawniej nazywanymi hipochondrykami lekarze mieli do czynienia zawsze. Znamy to z autopsji bardzo dobrze. Pacjenci ci nie należą do tzw. łatwych przypadków. Niektórzy lekarze – świadomi własnej niewiedzy i niedoskonałości metod diagnostycznych – zwracają baczność uwagę na skargi pacjentów, dlatego niejednokrotnie powtarzają badania, kierują na liczne konsultacje. Jest też znaczna grupa lekarzy, którzy opędzają się od takich przypadków, jak od przysłowiowej muchy, „przypinają im łatę” hipochondryka, nie analizując przyczyny. Może to prowadzić do tragedii z powodu przeoczenia poważnej choroby, która nagle u takiego pacjenta może się pojawić. Jak ma zachować się lekarz? Nie ma tzw. złotego środka. Wielokrotnie pomaga intuicja, bo medycyna to sztuka, a nie nauka techniczna. Z kolei kierowanie takiej osoby do psychologa (choć to mądre i odpowiedzialne działanie) jest nadal negatywnie odbierane przez część polskiego społeczeństwa i często spotyka się z kategorię odmową pacjenta przekonanego, że jest bardzo poważnie chory. Zwykle wtedy rezygnuje z pomocy lekarza sugerującego takie rozwiązanie i zgłasza się do innego. My należeliśmy do grupy lekarzy ostrożnych, niebagatelizujących skarg pacjentów. Mając już wielkie doświadczenie zawodowe, przyznajemy z pokorą, że rozległa jest własna niewiedza. Doświadczaliśmy i doświadczamy niedoskonałości medycyny, choć tak bardzo rozwinęła się od czasu naszych studiów. Pamiętamy, kiedy w latach 70. XX wieku, u początku naszej lekarskiej kariery spotykaliśmy pacjentów, którzy np. narzekali na bóle w klatce piersiowej i łatwe męczenie się. Wykonywane badania EKG nie ujawniały zmian. Osoby te, pomimo jeszcze dość młodego wieku, spędzały czas biernie, bojąc się jakiegokolwiek ruchu; były powszechnie postrzegane jako hipochondrycy. Nie znano jeszcze wówczas w Polsce choćby tzw. prób wysiłkowych, które umożliwiają wczesne wykrycie choroby niedokrwiennej serca! Jeden z tych pacjentów któregoś dnia wybrał się jednak na niewielki spacer; podczas którego nagle umarł. Badanie sekcyjne wykazało kilka zupełnie zamkniętych tętnic wieńcowych i rozległy zawał mięśnia sercowego. W świetle takich lub podobnych doświadczeń większość lekarzy jest ostrożna w ustalaniu rozpoznania hipochondrii. Jesteśmy pewni, że pomimo ogromnego postępu wiedzy

⁶ A.T. Fergus, S.L. Dolan, *Problematic Internet Use and Internet Searches for Medical Information: The Role of Health Anxiety*, „Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking” 2014, 17, s. 12; T.A. Fergus, M.M. Spada, *Cyberchondria: Examining relations with problematic internet use and metacognitive beliefs*, „Clinical Psychology & Psychotherapy” 2017, 24, s. 1322–1330.

medycznej zawsze w takich niepewnych klinicznie sytuacjach (a nadal się zdarzają) obowiązuje przedział nieufności do własnego „szkiełka i oka”, czy nawet wyników badań, i głęboka rozważa.

Drugim problemem współczesnych lekarzy jest konieczność śledzenia informacji rozpowszechnianych w Internecie, także tych niewiarygodnych. Dobrze znamy również z własnego doświadczenia coraz liczniejsze przypadki pacjentów docierających do lekarza już na pierwszą wizytę z diagnozą ustaloną przez „Dr. Google”. Wówczas niezbędna jest odpowiednia, cierpliwa rozmowa, używanie argumentów obalających wytworzony przez to „źródło” mit, dyskutowanie, a ostatecznie przekonanie pacjenta do własnej diagnozy i sugerowanej terapii.

Zespół Münchhausena

Zamierzone wytwarzanie, naśladowanie objawów czy niewydolności fizycznych lub psychicznych (zaburzenie pozorowane) – tak definiowane w ICD-10 F68.1 – nosi nazwę zespołu Münchhausena.

W 1951 r. opisano po raz pierwszy zespół zaburzeń psychicznych obserwowanych u dorosłych, którzy celowo wywoływali u siebie objawy chorobowe i następnie sumiennie poddawali się ich leczeniu. Jednym z powodów była chęć zwrócenia na siebie uwagi. Wówczas użyto terminu „zespół Münchhausena” pochodzącego od nazwiska XVII-wiecznego niemieckiego oficera, słynnego mitomana. Od tamtego czasu pojawia się wiele doniesień o pacjentach, którzy często przebywają w przychodniach, domagając się hospitalizacji, a nawet zabiegów operacyjnych. Gromadzą dokumentację, w tym wyniki badań, starannie zapisują rozpoznania lekarskie, wędrują po różnych szpitalach, a gdy są hospitalizowane często opuszczają szpital, nie zgłaszając tego faktu lekarzowi. Problem można w jakimś stopniu porównywać z autoagresją, gdyż pacjent z zespołem Münchhausena używa różnych uszkadzających swe ciało 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. Są to osoby z zaburzeniami osobowości, tendencjami masochistycznymi lub obsesyjnymi. Poza nieprzepartą chęcią wejścia w rolę chorego, osoby te mają zwykle znaczne problemy w kontaktach czy związkach z innymi ludźmi⁷.

Zastępczy (przeniesiony) zespół Münchhausena (*Münchhausen syndrome by proxy*, MSBP) w niniejszej książce został opisany w rozdziale *Zespół dziecka maltretowanego*.

⁷ Zespół Münchhausena, https://pl.wikipedia.org/wiki/Zesp%C3%B3l_M%C3%BCnchhausena [dostęp: 30.07.2021].

Zakażenia zakładowe/szpitalne

Lista problemów, z jakimi aktualnie boryka się służba zdrowia w Polsce, jest obszerna i wyraźnie wzrosła w okresie pandemii COVID-19, dlatego tylko niektóre z nich zostaną skrótowo omówione poniżej.

Antybiotykooporność bakterii poważnym współczesnym zagrożeniem

Do przyczyn wzrastającej liczby drobnoustrojów opornych na antybiotyki należy szerokie stosowanie tych leków w hodowli zwierząt¹. Także instytucje służby zdrowia niewystarczająco dbają o pacjenta leczonego antybiotykami. Większość lekarzy POZ w kontrolowanych placówkach przepisywała antybiotyki bez wykonania odpowiednich badań mikrobiologicznych, pomimo coraz szerszych możliwości określenia zakażenia niektórymi patogenami w czasie wizyty pacjenta. Co więcej, leczono antybiotykami także zakażenia, których obraz kliniczny wskazywał, że mogą być spowodowane wirusami. Jednocześnie w szpitalach przybywa pacjentów zakażonych lekoopornymi szczepami bakterii. Z danych NFZ wynika, że obecnie prawdopodobieństwo zgonu pacjenta zakażonego w szpitalu bakterią lekooporną jest 8-krotnie wyższe niż w przypadku pacjenta niezakażonego². Z tych powodów WHO, ECDC, a także polskie Ministerstwo Zdrowia (zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Antybiotyków)³ organizują

¹ <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-stosowaniu-antybiotykow-w-nbsp-hodowli-zwierzat-w-nbsp-woj-lubuskim.html> [dostęp: 3.08.2021].

² Antybiotyki i co dalej? Najwyższa Izba Kontroli, <https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/antybiotyki-i-co-dalej.html> [dostęp: 19.03.2020].

³ Narodowy Program Ochrony Antybiotyków, <http://antybiotyki.edu.pl/> [dostęp: 19.03.2020].

corocznie Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach (18 listopada)⁴ i Światowy Tydzień Wiedzy o Antybiotykach⁵.

Zakażenia zakładowe/szpitalne – definicja, sytuacja w Polsce i na świecie

Zakażenie zakładowe/szpitalne⁶ – to takie, które wystąpiło w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba w czasie udzielania świadczeń nie była w okresie wylęgania (np. zakażenia bakteryjne), lub gdy choroba wystąpiła po udzieleniu tych świadczeń w czasie nie dłuższym niż najdłuższy okres wylęgania tej choroby (np. WZW typu B, WZW typu C). Najczęściej uznaje się zakażenie za szpitalne, jeśli wystąpiło w okresie 48–72 godzin od udzielenia świadczenia zdrowotnego. Dla zakażenia o długim okresie wylęgania (WZW typu B, WZW typu C, HIV, gruźlica) przyjmuje się okres od 2 tygodni do wielu lat. Zakażenie zakładowe/szpitalne może dotyczyć zarówno pacjenta, jak i personelu.

Ponieważ chory może zgłosić się do zakładu opieki zdrowotnej (szpitala), będąc już zakażonym, należy przyjąć zasadę traktowania każdego pacjenta jako rezerwuar patogenów. Takie podejście musi dotyczyć wszystkich pracowników!

Wprawdzie ogólnościatowe doświadczenia wskazują, że zakażenia zakładowe/szpitalne były, są i będą, a w związku z tym nie można ich całkowicie wyeliminować, to jednak można i należy im zapobiegać, ograniczać je, gdyż z ich powodu bywają zamykane nie tylko poszczególne oddziały szpitalne, ale i całe szpitale.

Zakażenia zakładowe/szpitalne mogą wywołać nie tylko bakterie, ale również priony, wirusy, grzyby i pasożyty; dzieli się je na zakażenia endogenne (kiedy dochodzi do zakażenia własną florą bakteryjną) oraz zakażenia egzogenne (patogeny pochodzą 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).

⁴ 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].

⁵ World Antibiotic Awareness Week – November 11–17, 2020, <https://www.who.int/news-room/campaigns/world-antibiotic-awareness-week> [dostęp: 19.03.2020].

⁶ Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, rozdz. 3, Dz.U. 2019 poz. 1239.

Zakłady opieki zdrowotnej to obiekty, których architektura kreowana jest pod silnym wpływem wymagań sanitarno-epidemiologicznych oraz wytycznych technologii medycznej⁷. Przed wystąpieniem pandemii COVID-19 podawano:

Światowa Organizacja Zdrowia alarmuje, 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 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 zdrowia⁸. [...]

W Polsce hospitalizuje się rocznie ok. 8 mln pacjentów. Badania punktowe zakażeń związanych z opieką zdrowotną (HAI – *Healthcare Associated Infection*) prowadzone w polskich szpitalach wskazują na chorobowość ok. 6–7%. Przy uwzględnieniu 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. Efektywne systemy kontroli HAI mogą zmniejszać ryzyko wystąpienia zakażeń o 55%–70%⁹. 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 zakażeń¹⁰.

W maju 2018 r. Najwyższa Izba Kontroli (NIK) opublikowała wyniki kontroli na temat zakażeń wewnątrzszpitalnych w Polsce w latach 2015 i 2016¹¹. 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 pacjentów wymagających szczególnych warunków pobytu, są najczęstszymi przyczynami zakażeń szpitalnych. W niektórych placówkach jest nieskuteczny system przeciwdziałania zakażeniom wewnątrzszpitalnym. Nieprawidłowo też działają szpitalne systemy monitorowania i raportowania o zakażeniach, pokazujące niepełne dane.

⁷ R. Janowicz, *Ograniczanie zakażeń szpitalnych z wykorzystaniem środków architektonicznych*, file:///C:/Users/user/Downloads/ograniczanie-zakazen-szpitalnych-z-wykorzystaniem-srodkow-architektonicznych_38608.pdf [dostęp: 13.04.2020].

⁸ M. Seweryn, *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].

⁹ Healthcare-associated Infections, <https://www.cdc.gov/hai/index.html> [dostęp: 5.07.2020].

¹⁰ K.D. Szufnarowski, *Efektywność nadzoru zakażeń miejsca operowanego u chorych po operacjach raka jelita grubego i odbytnicy*, <http://www.wbc.poznan.pl/Content/373796/PDF/index.pdf> [dostęp: 5.07.2020].

¹¹ Zakażenia w podmiotach leczniczych. NIK 2018, <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/17/060> [dostęp: 5.07.2020].

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%¹².

Pomimo że w okresie kontroli liczba hospitalizowanych spadła o 1,9%, to liczba pacjentów, u których zanotowano zakażenie szpitalne, wzrosła o 8,5%. Według dyrektorów szpitali jest to sytuacja spowodowana jedynie poprawą rozpoznawania i rejestracji przypadków.

NFZ podała, 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 wprowadzono powołane zespoły kontroli zakażeń szpitalnych, ale brakowało specjalistów chorób zakaźnych i mikrobiologii, ale także odpowiedniej liczby pielęgniarek epidemiologicznych. Zauważono również nieprawidłowości w ich pracy.

Pod względem liczby aktywnych zawodowo lekarzy specjalistów, zarówno w dziedzinie mikrobiologii jak i epidemiologii, Polska zajmuje ostatnie miejsce wśród krajów Unii Europejskiej. Podczas gdy w 2017 r., wg raportu NIK, w Polsce było 110 lekarzy specjalistów w dziedzinie mikrobiologii, dane zawarte w wykazach Naczelnej Izby Lekarskiej z czerwca 2021 r. wskazują na nasilające się ich niedobory, gdyż aktualnie notuje się jedynie 80 czynnych zawodowo lekarzy tej grupy specjalistów oraz 29 z jedynie I stopniem tej specjalizacji¹³.

Znaczne niedobory personalne występują także wśród pielęgniarek epidemiologicznych. Zgodnie z Ustawą o zwalczaniu zakażeń na 200 łóżek szpitalnych powinna przypadać co najmniej jedna pielęgniarka epidemiologiczna, czego nie zanotowano w czasie wspomnianej kontroli NIK. Ponadto ustalono też nieprawidłowo prowadzoną dokumentację zakażeń, co było przyczyną niepodawania praw-

¹² <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/zakazenia-w-szpitalach-powaznym-problemem.html> [dostęp: 2.03.2021].

¹³ https://nil.org.pl/uploaded_files/1626258707_zaczerwiec-2021-zestawienie-nr-04.pdf [dostęp: 3.08.2021].

dziwych danych dotyczących nie tylko zakażeń, ale też zgonów z tego powodu, do Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, które gromadzi informacje z rocznych sprawozdań przesyłanych przez szpitale.

Zakażenia powodują wydłużenie czasu hospitalizacji. W 2017 r. średni okres pobytu w szpitalu wynosił nieco ponad 5 i pół dnia, a zakażenie wydłużało ten okres do ponad 16 dni. Było to przyczyną nie tylko dyskomfortu pacjentów, ale też generowało wyższe koszty ponoszone przez szpital. NIK zwracał też uwagę na niedostateczną liczbę wykonywanych badań mikrobiologicznych, które umożliwiają wczesne wykrywanie zakażenia i właściwy dobór leków. Średnia liczba takich badań w przeliczeniu na jedno łóżko szpitalne była ok. 2-krotnie niższa niż pozostałych w krajach Unii Europejskiej. W trakcie prowadzonej kontroli wykazano też, że pomimo obowiązywania ustawy o zwalczaniu zakażeń i konieczności izolacji chorych zakażonych, nie wszystkie szpitale posiadają izolatki. Istotną rolę w zapobieganiu zakażeniom odgrywa sterylność, m.in. instalacji wentylacyjnych i klimatyzacji, gdyż w ciepłe i wilgoci bakterie, wirusy, grzyby namnażają się intensywnie. Niestety nie wszystkie szpitale miały pełną dokumentację okresowych przeglądów, czyszczenia, dezynfekcji lub napraw takich urządzeń. W połowie kontrolowanych szpitali w ciepłej wodzie przekroczona była dopuszczalna norma obecności pałeczek *Legionella*¹⁴.

W powyższym raporcie podano także, iż wysoce niewłaściwa jest koordynacja i wymiana informacji między instytucjami publicznymi, np. wg danych NFZ, w okresie objętym kontrolą (od 2015 r. do końca I półrocza 2017 r.) z powodu sepsy hospitalizowano 51 537 osób, a według danych IZP – PZH jedynie 2640. Zadzano więc pytanie: „Czy przy takiej rozbieżności możemy mówić o jakiegokolwiek wiarygodności danych epidemiologicznych?”¹⁵

Patogeny alarmowe

Szczególnie niebezpieczne są patogeny określane jako alarmowe, gdyż ich właściwości ograniczają możliwości leczenia pacjenta. W tej grupie wyodrębnia się podgrupy:

- wielooporne (*multidrug-resistant* – MDR), czyli niewrażliwe na 3 lub więcej grup antybiotyków;

¹⁴ Zakażenia w szpitalach poważnym problemem, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/zakazenia-w-szpitalach-powaznym-problemem.html> [dostęp: 5.07.2020].

¹⁵ K. Lurka, *5–10% pacjentów szpitali jest zagrożonych zakażeniami*, <https://www.termia.pl/mz/5-10-pacjentow-szpitali-jest-zagrozonych-zakazeniami,31947.html> [dostęp: 5.07.2020].

- szczepy XDR (*extensively-drug-resistant* – XDR), czyli wrażliwe jedynie na 1 lub 2 antybiotyki;
- odporne na wszystkie dostępne leki przeciwbakteryjne (*pandrug-resistant* – PDR)¹⁶.

Do patogenów alarmowych typu XDR zalicza się:

- 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, która jednak z powodu nadużywania (zwłaszcza w produkcji zwierzęcej), coraz częściej okazuje się nieskuteczna. 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.

Coraz częstszym i najważniejszym problemem antybiotykoterapii szpitalnej jest obecnie leczenie zakażeń wywołanych przez pałeczki jelitowe wytwarzające ekarbapenemazy. Pałeczki z tej rodziny charakteryzują się też łatwością przekazywania innym szczepom lekooporności. Dzieje się to dzięki lokalizacji genów oporności na „mobilnych” elementach genetycznych, takich jak plazmidy i transpozony. Źródłem tych patogenów są kraje, w których występują one bardzo często lub endemicznie (np. Indie, Pakistan, kraje Maghrebu). Jednakże istotnym źródłem są szpitale, w których działania wyeliminowania tych zakażeń są nieskuteczne. Zdarza się, że zakażeni tymi bakteriami pacjenci nie chorują, pozostając często ich wieloletnimi nosicielami i przenoszą je do swojego środowiska¹⁷.

W 2016 r. zauważono trzykrotny w wzrost liczby pacjentów zarażonych m.in. lekoopornymi szczepami bakterii *Klebsiella pneumoniae* NDM w porównaniu z danymi z 2015 r. Poza lekoopornością na większość antybiotyków, bakteria może długo może przebywać w przewodzie pokarmowym człowieka, nie zawsze wywołując objawy choroby, ale poprzez szybkie rozprzestrzenianie się zakażać innych, a nawet wywoływać **sepsę**, z przebiegu której może dochodzić do niewydolności nerek, wątroby, serca, płuc.

¹⁶ Antybiotykkooporność: zagrożenie dla zdrowia publicznego – materiał prasowy Europejskiego Dnia Wiedzy o Antybiotykach (18 listopada 2017 r.), http://www.antybiotyki.edu.pl/edwa/pdf/EDWA2017_material_prasowy.pdf [dostęp: 29.07.2021].

¹⁷ Ibidem.

W 2019 r. najczęstszymi bakteriami występującymi w szpitalach było *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 śmierci¹⁸.

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 – oskarżają 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 [...] ¹⁹.

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 społeczeństwa²⁰.

NDM-1 został zidentyfikowany w *Klebsiella pneumoniae* i *Escherichia coli* wyizolowanych w 2008 r. u pacjenta z zakażeniem układu moczowego, który był hospitalizowany w New Delhi (Indie)²¹.

New Delhi działa podstępnie – objawy zakażenia przypominają przeziębienie lub gripę. 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

¹⁸ S. Stachura, *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].

¹⁹ <https://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego,niebezpieczne-zakazenia-szpitalne,artykul,1734012.html> [dostęp: 3.03.2021].

²⁰ Bakteria *New Delhi*... bez tajemnic. Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze, <http://www.szpital.zgora.pl/891-bakteria-new-dehli-bez-tajemnic> [dostęp: 5.07.2020].

²¹ D. Yong i in., *Characterization of a new metallo-beta-lactamase gene, blaNDM-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), s. 5046–5054.

infekcji może dojść do sepsy. *Klebsiella pneumoniae* uodporniła się na praktycznie wszystkie antybiotyki, dlatego w obliczu zakażenia, lekarze są bezradni²².

W szpitalu można też zarazić się wirusami, zdarzają się też zakażenia grzybicze.

Eksperti twierdzą, że w ciągu najbliższych 10 lat na rynek nie trafi żaden lek antybakteryjny 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 boją²³.

Z raportu „Zapobieganie i zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi” opublikowanego przez Głównego Inspektora Sanitarnego wynika, że w 2017 r. z całej Polski zgłoszono do oddziałów Państwowej Inspekcji Sanitarnej 678 **ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych**, czyli o 27,4% więcej niż w 2016 r., w którym zgłoszono 532 ogniska epidemiczne. Zakażeniu uległo tam 3899 pacjentów oraz 271 pracowników medycznych, razem + 4170 osób.

Podkreślano też, że o czułości nadzoru epidemiologicznego świadczy odpowiednia liczba wykonywanych badań mikrobiologicznych, co umożliwia identyfikację rodzaju zakażenia oraz szybkie zastosowanie leczenia ukierunkowanego na dany drobnoustrój. Zgodnie z zaleceniami WHO, na 1 łóżko szpitalne powinno przypadać ok. 50 badań mikrobiologicznych. W Polsce, średnia liczba badań mikrobiologicznych w przeliczeniu na 1 łóżko szpitalne w latach 2015, 2016, 2017 wynosiła 26,5–21,3²⁴.

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 biernym²⁵.

²² <https://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego,bakteria-new-delhi---objawy--jak-mozna-sie-zarazic,artykul,47424840.html> [dostęp: 30.07.2021].

²³ S. Stachura, *Chorobę łatwo złapać...*, op. cit.

²⁴ P. Wasilewski, *Zakażenia szpitalne – nierozwiązany problem w lecznictwie zamkniętym. Kontrola państwowa*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2018; <https://www.nik.gov.pl/plik/id,19469.pdf> [dostęp: 3.08.2021]; http://antybiotyki.edu.pl/wp-content/uploads/2020/06/Biuletyn-NPOA_-3_2019.pdf [dostęp: 3.08.2021].

²⁵ S. Stachura, *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].

Odpowiedzialność za wykonywanie badań i zgłaszanie wystąpienia patogenów alarmowych należy do pracowników służby zdrowia, którzy powinni być świadomi wagi problemu, znajomości zagrożeń oraz zdeterminowani do aktywności.

Mając w 2019 r. osobisty kontakt z kilkoma placówkami medycznymi i opiekuńczymi na terenie Warszawy, zauważyliśmy znaczną zmianę w zakresie badań w kierunku zakażenia bakteriami opornymi na antybiotyki – już w izbie przyjęć chorzy mieli pobierane wymazy z odbytu, czego dotychczas nie było, i do czasu uzyskania wyniku zalecano im specjalny reżim sanitarny; w przypadku potwierdzenia zakażenia przebywali w izolatkach. Ten wprowadzony niedawno system, prawdopodobnie wynikający z przedstawionych powyżej niepokojących danych, pozwala myśleć optymistycznie o stanie polskiej służby zdrowia w zakresie przestrzegania zasad epidemiologii.

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. Wprowadzane były także zalecenia dotyczące postępowania z próbkami w laboratoriach na terenie UE i EWG²⁶.

W sytuacji wykładniczo postępującej pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 w marcu 2020 r. pojawiły się **adekwatne rozwiązania ustawowe**²⁷, a zespół ekspercki pod kierunkiem konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii ogólnej prof. Grzegorza Wallnera ogłosił 9 kwietnia 2020 r. „**Wytyczne postępowania w oddziałach zabiegowych szpitali niejednoimiennych podczas pandemii COVID-19**”, podając, że

²⁶ 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].

²⁷ 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, 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 indywidualnej²⁸.

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 profesji medycznych, którzy mają objawy infekcji układu oddechowego (gorączkę, kaszel, duszność), a niekoniecznie potwierdzony kontakt z osobą zakażoną koronawirusem.

Na uniwersytecie w Chicago opracowano nowy system punktacji, który pomaga chirurgom wszystkich specjalizacji decydować o tym, kiedy należy wykonać niezbędne procedury chirurgiczne w obliczu ograniczeń zasobów i zwiększonego ryzyka związanego z COVID-19²⁹.

Wobec zagrożenia koronawirusem SARS-CoV-2 wykonywanie przeszczepów narządów wymaga wzmoczonych środków ostrożności. 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 m.in. on-line³⁰. Ten temat podnosiły również mass media³¹.

²⁸ 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].

²⁹ 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].

³⁰ Porady lekarskie i e-recepty bez wychodzenia z domu, <https://pacjent.gov.pl/e-recepta/porady-lekarskie-i-e-recepty> [dostęp: 13.04.2020].

³¹ Efekt koronawirusa: „wizyty” lekarskie przenoszą się do sieci. Czeka nas pożegnanie ze stetoskopem? <https://krakow.wyborcza.pl/krakow/7,44425,25857167,efekt-koronawirusa-wizyty-le>

Profilaktyka zakażeń szpitalnych – izolacja, higiena rąk

Izolacja to odosobnienie zakażonych i podejrzanych o zakażenie osób w warunkach uniemożliwiających przeniesienie infekcji na osobniki wrażliwe. Jej celem jest stworzenie bariery zapobiegającej przenoszeniu się drobnoustrojów z zakażonej lub skolonizowanej osoby na osobę wrażliwą, u której mogą one spowodować infekcję, poprzez odizolowanie źródła infekcji i przerwanie dróg przenoszenia zakażenia.

Do procedur stosowanych w izolacji należą: mycie i dezynfekcja rąk, stosowanie ochron osobistych (rękawice, maski, gogle) i odzieży ochronnej (fartuchy), dekontaminacja sprzętu (stałe i okresowe wyposażenie sali), odpowiednie postępowanie z materiałem zakaźnym (bielizna, odpady, powierzchnie skażone materiałem zakaźnym, materiał diagnostyczny), dekontaminacja separatki, dekontaminacja sal chorych, odpowiednie postępowanie z naczyniami i sztućcami, transport chorego, odpowiednie postępowanie ze zwłokami.

Zasady izolacji uwzględniają:

- I poziom – izolację standardową „S” (uniwersalne środki ostrożności zalecane wobec każdego pacjenta;
- II poziom – izolację uwzględniającą drogi przenoszenia zakażenia³².

Tabela 1. Zasady izolacji chorych w trakcie hospitalizacji

I poziom – izolacja standardowa „S” obejmująca rutynowe środki ostrożności stosowane wobec każdego pacjenta, niezależnie od stanu jego zdrowia	
Higiena rąk	<ul style="list-style-type: none"> • wyposażyć stanowiska do mycia rąk w 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>jałowe jednorazowe stosować podczas: zabiegów wykonywanych w warunkach aseptycznych; manipulacji sterylnym sprzętem</p> <p>niejałowe jednorazowe stosować: podczas wszystkich zabiegów, które mogą doprowadzić do kontaktu z krwią, płynami ustrojowymi, wydaliniami, wydzielinami; podczas kontaktu z błonami śluzowymi lub uszkodzoną skórą; gdy występuje ryzyko zakażenia pracownika, a aseptyka nie jest konieczna</p>

karskie-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].

³² 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_20171.pdf [dostęp: 13.04.2020].

Tabela 1. – cd.

I poziom – izolacja standardowa „S” obejmująca rutynowe środki ostrożności stosowane wobec każdego pacjenta, niezależnie od stanu jego zdrowia – cd.	
Stosowanie fartuchów	fartuchy zakładać w celu ochrony odzieży i skóry przed zanieczyszczeniem materiałem potencjalnie zakaźnym
	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 wydalinami
Stosowanie masek	stosować (w połączeniu z przesłoną na oczy – okularami, goglami, przyłbicami) podczas zabiegu, gdy istnieje prawdopodobieństwo powstania aerozoli, rozprysnięcia się krwi lub płynów ustrojowych
	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”	zapobiega rozprzestrzenianiu się zakażeń przenoszonych drogą kontaktu bezpośredniego i pośredniego
	zaleca się stosować w następujących sytuacjach: 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”	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
	zaleca się stosować w następujących w sytuacjach: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; wysypka plamista lub wybroczynowa z gorączką; napadowy silny kaszel w okresie zachorowań na krztusiec

Tabela 1. – cd.

II poziom – izolacja uwzględniająca drogi przenoszenia zakażenia – cd.	
Izolacja powietrzno-pyłowa „A”	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
	zaleca się stosować w następujących 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)

Źródło: opracowanie własne na podstawie <https://pspe.pl/materialy-szkoleniowe-dla-pielegnia-rek-epidemiologicznych/> [dostęp: 31.07.2021].

Wytyczne dotyczące higieny rąk w opiece zdrowotnej: mikroorganizmy chorobotwórcze najczęściej przenoszone są przez ręce, których właściwa higiena (mycie) jest zatem podstawową zasadą w zapobieganiu m.in. zakażeniom zakładowym/szpitalnym; niestety przestrzeganie zasad higieny rąk wśród personelu medycznego jest na niskim poziomie. Mogą to poprawić ćwiczenia techniki mycia i dezynfekcji rąk³³.

Problem higieny rąk i właściwego ich mycia przez personel medyczny jest pierwszorzędny w przeciwdziałaniu zakażeniom zakładowym/szpitalnym i tak ważny, że zostały opracowane wytyczne WHO precyzyjnie to zagadnienie omawiające³⁴.

W piśmiennictwie medycznym i Internecie jest wiele dokładnych instrukcji skutecznego mycia rąk, w ramach którego istotne jest zwrócenie uwagi na każdorazowe mycie przestrzeni międzypalcowych.

WHO organizuje co roku 5 maja Światowy Dzień Higieny Rąk³⁵ i ogólnoświatową kampanię pod hasłem „Myj ręce – chroń życie” (*Save lives – clean your hands*)³⁶. UNICEF (United Nations Children’s Fund – Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci), który został utworzony w 1946 r. w celu zapewnienia

³³ B. Denisiewicz, *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].

³⁴ 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].

³⁵ 5 maja Światowy Dzień Higieny Rąk, <http://www.ses.edu.pl/5-maja-2019-swiatowy-dzien-higieny-rak> [dostęp: 19.03.2020].

³⁶ Save Lives – Clean Your Hands, <https://www.who.int/infection-prevention/campaigns/clean-hands/5may2019/en/> [dostęp: 19.03.2020].

żywności i opieki dla dzieci oraz matek w krajach zniszczonych podczas II wojny światowej, w 2008 r. ustanowił Światowy Dzień Mycia Rąk obchodzony 15 października.

Środki ochrony indywidualnej.
Prawidłowe procedury przy zdejmowaniu odzieży ochronnej

Ministerstwo Zdrowia podaje informacje dotyczące produktów wykorzystywanych w służbie zdrowia, w tym podczas zwalczania COVID-19: rękawic, maseczek medycznych, półmasek, kombinezonów/fartuchów chirurgicznych dla bloków operacyjnych, ochrony oczu (gogli), ochrony nóg, płynów do dezynfekcji³⁷.

Rękawice medyczne chronią nie tylko pacjenta, lecz i personel medyczny przed zanieczyszczeniami mikrobiologicznymi. W zależności od przeznaczenia dzielą się na chirurgiczne oraz do badań i zabiegów.

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. W przypadku stosowania rękawic medycznych wykonanych z lateksu kauczuku naturalnego może wystąpić u użytkownika podrażnienie skóry lub alergia na ten materiał.

Odzież ochronna personelu medycznego spełnia podwójną rolę – zapobiega zakażeniu pacjenta mikroorganizmami przenoszonymi z personelu medycznego na obszar pola operacyjnego podczas wykonywania zabiegów operacyjnych oraz 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 wyrobów włókienniczych należy rozumieć zespół ich cech, które nadają 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.

³⁷ 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].

Do ochrony przed mikroorganizmami stosuje się szczelne **obuwie** wykonane w całości z gumy lub tworzywa. W zależności od potrzeb może być ono wyposażone w podnoski o odpowiedniej wytrzymałości na uderzenie i ściskanie, chroniące 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 zabezpieczenia przed cieciami, aerozolami lub parami zawierającymi niebezpieczne czynniki biologiczne może być stosowany sprzęt ochronny w postaci **osłon twarzy lub gogli**. Powinny one też spełniać wymagania dotyczące odporności na działanie środków dezynfekcyjnych, a ich konstrukcja musi 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 kropeł cieczy, powinien zostać zastosowany sprzęt ochrony układu oddechowego wyposażony w odpowiednie części twarzowe (maski, kaptury)³⁸.

Przestrzeganie prawidłowych procedur przy zakładaniu oraz zdejmowaniu odzieży ochronnej i środków ochrony indywidualnej jest bardzo ważne, jednak jeszcze bardziej – zasad bezpiecznego zdejmowania zakażonej odzieży i środków ochrony osobistej. W wypadku niedostosowania się do tych bezpiecznych zasad, m.in. wskutek nieuwagi, może dojść do kontaktu z drobnoustrojami i zakażenia³⁹. Obowiązek ten dotyczy zdejmowania rękawic i innych środków ochrony indywidualnej oraz skażonej odzieży ochronnej⁴⁰.

³⁸ W. Gacek, K. Majchrzycka, *Środki ochrony indywidualnej*, „Podstawy i Metody Oceny Środowiska Pracy” 2004, 3(41), s. 53–60, file:///C:/Users/win7/Downloads/gacek_witold_3_2004.pdf [dostęp: 19.03.2020].

³⁹ 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].

⁴⁰ 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/zakażonych wirusem ebola (procedu-

Po zdjęciu rękawic należy zawsze umyć i zdezynfekować ręce dla zachowania bezpieczeństwa z uwagi na możliwość mikrouszkodzeń niewidocznych gołym okiem.

Roboty AGV w szpitalach

Powstało wiele wysokozaawansowanych rozwiązań technicznych, w tym roboty AGV (*automated guided vehicle*) używane w szpitalach, w których niezwykle ważne jest izolowanie chorych zakaźnie, a tym samym zachowanie bezpieczeństwa lekarzy i pielęgniarek, do dezynfekcji, pomiarów temperatury, dostarczania posiłków i wielu innych zadań, których zakres w okresie pandemii COVID-19 nadal intensywnie jest poszerzany, szczególnie w Chinach⁴¹.

■ Przykład 1:

Firma produkująca kamery 3D Orbbec informuje, że jej produkty są obecnie, w okresie pandemii COVID-19, wdrażane w 3 różnych typach robotów w chińskich szpitalach. W ponad 50 szpitalach, w 10 prowincjach Chin, roboty dostarczające żywność przyczyniają się do minimalizowania kontaktu między pacjentami a personelem medycznym, natomiast roboty odkażające pomagają personelowi medycznemu w oczyszczaniu szpitali.

■ Przykład 2:

W jednym ze szpitali w San Francisco funkcjonują roboty dostarczające pacjentom leki i lunch oraz przewożące sprzęt medyczny, a także materiał biologiczny do różnych laboratoriów. Niektóre szpitale mają skonfigurowane roboty dostawcze, które otwierają zdalnie sterowane drzwi, a nawet korzystają z wind.

Szpitala i gabinety lekarskie w dużym stopniu korzystają już z automatyzacji. O ile roboty medyczne pomagają lekarzom i innym specjalistom zaoszczędzić czas i obniżyć koszty, to pacjenci nie zawsze są gotowi do zaakceptowania takiej zautomatyzowanej opieki zdrowotnej. Wiele zależy od łatwości interakcji z robotem oraz opinii pacjenta na temat nowej technologii i emocji, jakie odczuwa, takich jak lęk przed zbliżającym się zabiegiem medycznym.

Roboty mogą również pomagać w bardziej złożonych zadaniach, takich jak operacje. Ich udział może obejmować zarówno pomoc w stabilizacji narzędzi chirurga, jak i samodzielne wykonanie całej procedury. Najbardziej zaawansowany

ry zakładania oraz zdejmowania PPE), <https://pssekrakow.pl/files/ebola/informacja.pdf> [dostęp: 6.06.2020].

⁴¹ 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].

system chirurgii robotycznej pozwala chirurgowi operować ergonomicznym sprzętem jako pilotem do kierowania bardzo małymi instrumentami, często w celu wykonania bardzo małych nacięć.

Zaczynają również służyć jako opiekunowie, szczególnie osób starszych, pomagając w codziennych obowiązkach i realizacji zadań medycznych, a także sprawdzając samopoczucie i bezpieczeństwo pacjentów. Wiele tych prac jest męczących, często niewdzięcznych i stosunkowo mało opłacalnych dla ludzi, a tymczasem roboty mogą pomagać chorym w różnorodnych czynnościach, np. sprzątaniu mieszkania, wstawianiu z łóżka, a nawet zapewniać towarzystwo, aby zmniejszyć poczucie izolacji odczuwanej przez wiele osób starszych.

Jak wskazują obserwacje, większe zaufanie pacjenta i chęć interakcji budzi robot nieco podobny do człowieka, ale bez zbyt przypominających go szczegółów, które czasem mogą przerażać.

Kolejnym czynnikiem, który należy wziąć pod uwagę, jest inwazyjność operacji. Badania dotyczące gotowości pacjentów do poddania się robotyce dentystrycznej wykazały, że złożoność procedury ma znaczenie. Dwie trzecie respondentów stwierdziło, że nie chce, aby robot zajmował się zabiegiem inwazyjnym. Jednak istotnym czynnikiem jest cena. Gdy pacjentom powiedziano, że procedura zrobotyzowana będzie kosztować o połowę mniej niż realizacja czynności stomatologicznych tylko przez człowieka, 83% z nich stwierdziło, że zaakceptuje roboty czyszczące i wybielające zęby.

Roboty nie potrafią jeszcze przetwarzać złożonych zadań emocjonalnych i społecznych, chociaż mogą wykonywać różnorodne złożone funkcje, a nawet naśladować niektóre emocje. Jednak większość pacjentów nadal chce mieć kontakt bezpośredni (rzeczywisty) z lekarzem, szczególnie w sytuacji wyjątkowo trudnej, np. przy otrzymywaniu negatywnych, niepomyślnych wiadomości czy przy zabiegach wiążących się z odczuwaną przez chorego potrzebą dotyku dłoni lekarza.

Mattie Milner i Stephen Rice piszą, że osoby mieszkające lub poszukujące opieki w dużym mieście, takim jak San Francisco, Chicago lub Nowy Jork, mogą spotkać roboty medyczne w tamtejszych szpitalach. Autorki radzą tym pacjentom, by nie obawiali się robota chirurgicznego, lecz porozmawiali z lekarzem, a także rozważyli różnice w cenie, ponieważ „robotyczna opieka zdrowotna” może być znacznie tańsza. Powinni upewnić się, że otrzymują opiekę zdrowotną najwyższej jakości i rozumieją wszystkie zagrożenia⁴².

⁴² N. Milner, S. Rice, *Robots are coming to a hospital near you*, <https://www.fastcompany.com/90345453/robots-are-coming-to-a-hospital-near-you> [dostęp: 13.04.2020].

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 lekarza⁴³. Wynika to zapewne z dużej emigracji z Polski lekarzy i innych fachowych pracowników służby zdrowia, głównie pielęgniarek; przez 20 lat wyjechało ponad 20 tys. lekarzy⁴⁴. Poza tym Polska wydaje na opiekę zdrowotną stosunkowo mniej niż inne państwa UE⁴⁵. Powoduje to coraz trudniejsze warunki pracy lekarzy i pozostałego personelu służby zdrowia, głównie z powodu przeciążenia pracą⁴⁶.

⁴³ Puls Medycyny, <https://pulsmedycyny.pl/polska-ma-najmniej-lekarzy-w-calej-unii-europejskiej-977230> [dostęp: 27.07.2021].

⁴⁴ 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].

⁴⁵ 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].

⁴⁶ Zapaść. Przez ostatnie cztery lata zlikwidowano w Polsce 69 szpitali, <https://www.newsweek.pl/polska/mapa-zlikwidowanych-szpitali/3jp74wx> [dostęp: 19.03.2020].

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:

- wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych;
- okręgowi rzecznicy odpowiedzialności zawodowej izb lekarskich;
- sądy powszechne.

Zdarzeniem medycznym jest zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem następujących działań 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 medyczne¹.

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

¹ 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].

odszkodowania, zadośćuczynienia lub renty². Jest to przyczyną obciążania ogromnymi kosztami placówek medycznych, ale także pojedynczych lekarzy. Problem jest już dawno znany na świecie, w Polsce lawinowo narasta.

Istnieje wiele kancelarii adwokatów i radców prawnych oraz instytutów badań i ekspertyz sądowych zajmujących się sprawami zakażeń szpitalnych i innego rodzaju błędów medycznych, którzy zachęcają zainteresowanych do kontaktu, także on-line³. Również w Polsce jest wiele podobnych osób i placówek, których zachęty do złożenia takiej skargi są niezwykle wyraźne, np.:

Wykonujemy bezpłatne analizy i sprawdzamy twoje szanse na uzyskanie odszkodowania za błędy medyczne. Ponosimy wszystkie koszty prowadzenia sprawy przed sądami aż do uzyskania prawomocnego wyroku (koszty wpisu sądowego, biegłych, obsługi prawnej)⁴.

Portal orzeczeń sądów powszechnych – możliwa rola edukacyjna

Źródłem wiedzy na temat pozwów sądowych przeciwko lekarzom i zakładom opieki zdrowotnej (szpitalom) jest m.in. „Portal orzeczeń sądów powszechnych”⁵. W umieszczonej na tej stronie bazie – po aktualizacji przeprowadzonej 29 marca 2020 r. – liczba dokumentów wynosiła ogółem aż 327 680, a po zawężeniu wyszukiwań do wybranych haseł z obszaru medycyny przedstawiała się następująco: zakażenia szpitalne – 979, epidemiologia – 96, higiena pracy – 8441, bezpieczeństwo i higiena pracy – 5068, chirurg – 5074, chirurgia plastyczna – 804, anestezjolog – 417, błąd anestezjologa – 297, błąd ratownika medycznego – 447, znieczulenie ogólne – 1044, znieczulenie miejscowe – 410, znieczulenie podpajęczynówkowe – 79, znieczulenie zewnątrzoponowe – 16, znieczulenie nasiękowe – 2, ratownik medyczny – 1133, położna – 2104, pielęgniarka – 3359, agresja lekarz – 2395,

² Odszkodowanie za zakażenie szpitalne przed sądem, <https://www.poradnikzdrowie.pl/sprowadz-sie/niezbednik-pacjenta/odszkodowanie-za-zakazenie-szpitalne-przed-sadem-aa-HuLP-MmH3-U9nV.html> [dostęp: 19.03.2020].

³ 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 anestezjologodzy są pozywani, <https://www.medscape.com/features/slideshow/malpractice-report-2015/anesthesiology> [dostęp: 26.03.2020].

⁴ Błąd Medyczny 24, https://bladmedyczny24.pl/?gclid=CjwKCAiAyeTxBRBvEiwAuM8dneyQmgd8LXwggMsAEVog8gzvp19ZWBt_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-przychodnie-lub-szpital-procedury-skladania> [dostęp: 26.03.2020].

⁵ <https://orzeczenia.ms.gov.pl/> [dostęp: 27.07.2021].

agresja ratownik medyczny – 220, agresja pielęgniarka – 178, agresja położna – 40, Narodowy Fundusz Zdrowia – 3091, pogotowie ratunkowe – 4228, błąd medyczny – 11 841, informacja medyczna – 16 668, szpital – 31 207.

Oczywiście hasła podawane w wyszukiwarce można układać dowolnie. Liczby i tytuły wyszukiwanych dokumentów wskazują na to, że można znaleźć tam wiele intrygujących faktów, wartych pogłębionego opracowania i analizy. Prawdopodobnie kryją się tam prawdziwe winy czy zaniedbania pracowników służby zdrowia, co może być pouczające dla innych lekarzy lub organizatorów opieki zdrowotnej. Zapewne są tam też ich osobiste tragedie, gdyż nie wszystkie realia, w których pracują, sprzyjają rzetelnej pracy wykonywanej bez pośpiechu i zmęczenia, jakże często skutkującego zespołem wypalenia zawodowego.

Jerzy T. Marcinkowski
Aneta Klimberg

Medycyna pracy

Służba medycyny pracy (SMP) i zadania

W celu ochrony zdrowia i życia pracowników przed negatywnymi skutkami zagrożeń związanych z pracą i jej środowiskiem powołano w Polsce na mocy ustawy z 27 czerwca 1997 r. (Dz.U. 2019, poz. 1175 z późn. zm.) **służbę medycyny pracy (SMP)**. Przejęła ona obowiązki z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi oraz przemysłowej służby zdrowia, działających w różnych formach organizacyjnych 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 wykonują: lekarze, pielęgniarki, psycholodzy i inne osoby o kwalifikacjach zawodowych niezbędnych do realizacji wielodyscyplinarnych zadań tej służby.

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

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

Profilaktyczna ochrona zdrowia pracownika

W ramach profilaktycznej ochrony zdrowia pracownika na każdym pracodawcy spoczywa obowiązek zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy. Obejmuje on nie tylko przestrzeganie ogólnie uznawanych norm w tym zakresie, lecz również indywidualnych przeciwwskazań związanych ze stanem zdrowia lub osobniczymi skłonnościami pracownika. Jednym z kluczowych elementów są badania lekarskie, których celem jest ustalenie zdolności do pracy w warunkach występujących na danym stanowisku.

Według *Kodeksu pracy*¹ badania profilaktyczne pracowników dzieli się na wstępne, okresowe i kontrolne.

Wstępnym badaniom lekarskim podlegają:

- osoby przyjmowane do pracy;
- pracownicy młodociani przenoszeni na inne stanowiska pracy i inni pracownicy przenoszeni 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.

W przypadku niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 30 dni, spowodowanej chorobą, pracownik, przed ponownym podjęciem pracy, 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 pyłów zwłókniających, jest obowiązany zapewnić tym pracownikom okresowe badania lekarskie także po zaprzestaniu pracy w kontakcie z tymi substancjami, czynnikami lub pyłami oraz po rozwiązaniu stosunku pracy, jeżeli zainteresowana osoba zgłosi wniosek o objęcie takimi badaniami.

Badania **końcowe**, jako jedyne badania profilaktyczne, przeprowadzane są na wniosek pracownika. Wykonuje się je, 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.

¹ Kodeks pracy, art. 229 [Badania profilaktyczne pracowników], Dz.U. 2020, poz. 1320; <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/kodeks-pracy-16789274/art-229> [dostęp: 3.08.2021].

Najwyższe dopuszczalne stężenia substancji toksycznych i fizycznych czynników szkodliwych w środowisku pracy

Najwyższe dopuszczalne stężenia substancji toksycznych definiowane są następująco:

- najwyższe dopuszczalne stężenie (NDS) – wartość średnia ważona stężenia, którego oddziaływanie na pracownika w ciągu 8-godzinnego dobowego i przeciętnego tygodniowego wymiaru czasu pracy, określonego w *Kodeksie pracy*, przez okres aktywności zawodowej tego pracownika 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 min. i nie częściej niż 2 razy w czasie zmiany roboczej, w odstępie czasu nie krótszym niż 1 godz.;
- 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 pozycji².

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 powodowało ujemnych zmian w jego stanie zdrowia oraz w stanie zdrowia jego przyszłych pokoleń. Obowiązuje „Wykaz wartości najwyższych dopuszczalnych natężeń fizycznych czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy”, który obejmuje następujące czynniki: hałas i hałas ultradźwiękowy, drgania działające na organizm człowieka przez kończyny górne i drgania o ogólnym działaniu na organizm człowieka, mikroklimat (gorący, zimny), promieniowanie optyczne (nie-laserowe, laserowe), pole elektromagnetyczne³.

² 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, poz. 1286.

³ 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, poz. 1286.

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:

- podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych;
- podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia;
- w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy⁴.

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 zawodowym⁵.

Załącznik do rozporządzenia⁶ w sprawie chorób zawodowych zawiera wykaz chorób zawodowych wraz z okresami, w których wystąpienie udokumentowanych objawów chorobowych upoważnia do rozpoznania choroby zawodowej pomimo wcześniejszego zakończenia pracy w narażeniu zawodowym. W tym wykazie znajdują się między innymi takie choroby, które spotyka się w zawodach medycznych (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.

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 albo sposób jej

⁴ Art. 3.1 Ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (tekst jednolity: Dz.U. 2019, poz. 1205).

⁵ Art. 235 Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tekst jednolity: Dz.U. 2019, poz. 1040 ze zm.

⁶ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych, Dz.U. 2009, poz. 869.

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, w ramach której obok chorób zawodowych (*occupational diseases*) w piśmiennictwie 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 wykonywania⁷.

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 zaburzenia nerwicowe związane ze stresem.

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

⁷ A. Marcinkiewicz, P. Tomczak, M. Wiszniewska i in., *Choroby niezawodowe związane z pracą – uregulowania prawne, orzecznictwo oraz potencjalne konsekwencje dla pracodawców i pracowników w Polsce*, „Medycyna Pracy” 2018, 69(5), s. 539–546.

Instytucje zajmujące się medycyną profilaktyczną

Centralny Instytut Ochrony Pracy (CIOP)

Centralny Instytut Ochrony Pracy (CIOP)¹ 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. Przykładowo, dokonuje oceny 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)².

Państwowa Inspekcja Sanitarna

Państwowa Inspekcja Sanitarna (PIS, zwyczajowa nazwa: sanepid) to 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.

¹ Centralny Instytut Ochrony Pracy, <https://m.ciop.pl/en> [dostęp: 29.03.2020].

² 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/CIOPPortalWAR/file/89576/2020032052417&COVID-badania-srodkow-ochrony-ind-w-CIOP-PIB-Komunikat-1.pdf> [dostęp: 29.03.2020].

PIS, zgodnie z ustawą o Państwowej Inspekcji Sanitarnej³ jest powołana do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności poprzez sprawowanie nadzoru nad warunkami:

- 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 zakaźnych i zawodowych.

Światowa Organizacja Zdrowia – World Health Organization

Światowa Organizacja Zdrowia z siedzibą w Genewie jest organizacją funkcjonującą 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 (nawet muzyków, piłkarzy, sportowców i artystów) angażujących się w inicjatywy mające na celu zmotywowanie i zmobilizowanie ludzi do przygotowania się do pokonania tej pandemii oraz do wsparcia Funduszu Solidarności Unii Europejskiej (European Union Solidarity Fund, EUSF), który utworzono, aby umożliwić reagowanie na poważne klęski żywiołowe. W związku z pandemią COVID-19 zakres zastosowania tego EUSF został rozszerzony i obejmuje sytuacje poważnego stanu zagrożenia zdrowia publicznego, jak np. pandemia COVID-19.

WHO w okresie pandemii COVID-19 prowadziła interaktywną mapę dostarczającą codziennych, globalnych informacji o liczbach zachorowań i zgonów

³ Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Dz.U. 1985, 12, poz. 49.

w poszczególnych krajach⁴. Ponadto umożliwiła przesyłanie w języku arabskim, angielskim, francuskim i hiszpańskim przez WhatsApp i Facebook (w łatwej obsłudze), z możliwością docierania do 2 mld ludzi, wiadomości na temat koronawirusa, w tym szczegółowych informacji na temat objawów choroby i tego, jak można chronić siebie i innych⁵.

Proklamowała 2020 r. jako Rok Pielęgniarki i Położnej. Ponadto ogłosiła:

- 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)⁶ to wiodący krajowy instytut zdrowia publicznego w USA. Jest amerykańską agencją federalną podlegającą Departamentowi Zdrowia i Opieki Społecznej z siedzibą w Atlancie w stanie Georgia.

Głównym celem instytutu jest ochrona zdrowia publicznego i bezpieczeństwa realizowana poprzez kontrolę i zapobieganie chorobom, obrażeniom, niepełnosprawności w USA i na świecie. Koncentruje uwagę na rozwijaniu i stosowaniu kontroli i zapobiegania 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. Bada choroby niezakaźne, takie jak otyłość i cukrzyca, a także dostarcza

⁴ Interaktywna mapa COVID-19. Coronavirus disease (COVID-19) Situation dashboard, <https://experience.arcgis.com/experience/685d0ace521648f8a5beeee1b9125cd> [dostęp: 29.03.2020].

⁵ 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].

⁶ Centers for Disease Control and Prevention, <https://www.cdc.gov/> [dostęp: 29.03.2020].

informacji na ich temat. Jest członkiem-założycielem Międzynarodowego Stowarzyszenia Krajowych Instytutów Zdrowia Publicznego (International Association of National Public Health Institutes, IANPHI). Jej agenda – 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 środowiska życia i pracy, oznaczając poziomy bezpieczne dla ludzi.

One Health (WHO, CDC)

„One Health”⁷, czyli „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 (które mogą rozprzestrzeniać 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 żyjących w tym samym ekosystemie. Wysiłki dokonywane tylko w jednym sektorze nie są w stanie zapobiec zakażeniom lub wyeliminować problemu. Na przykład skuteczne zapobieganie wścieklizny u ludzi wymaga skoordynowanych działań (m.in. szczepienia psów).

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

⁷ WHO. One Health, <https://www.who.int/features/qa/one-health/en/> [dostęp: 29.03.2020].

The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)⁸ jest niezależnym ośrodkiem badań zdrowia populacji w UW Medicine⁹ będącym częścią University of Washington. Zapewnia rygorystyczny i porównywalny pomiar najważniejszych problemów zdrowotnych na świecie oraz ocenia strategie zastosowane w celu ich rozwiązania. Udostępnia te informacje bezpłatnie, aby decydenci mieli dowody potrzebne do podejmowania świadomych decyzji dotyczących sposobu alokacji zasobów w celu jak najlepszej poprawy zdrowia populacji.

European Centre for Disease Prevention and Control

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)¹⁰, czyli Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób jest niezależną agencją Unii Europejskiej. Jej misją jest wzmocnienie obrony Europy przed chorobami zakaźnymi. Centrum zostało założone w 2004 r. i znajduje się w Solna, 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; choroby odzwierzęce;
- zakażenia przenoszone drogą płciową, w tym HIV i wirusy przenoszone przez krew;
- grypa;
- gruźlica;
- choroby, którym można zapobiec poprzez szczepienia.

18 listopada ECDC organizuje European Antibiotic Awareness Day – Europejski Dzień Świadomości Antybiotykowej.

⁸ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Measuring what matters, <http://www.healthdata.org/>

⁹ UW Medicine, <https://www.uwmedicine.org/> [dostęp: 8.04.2020].

¹⁰ European Centre for Disease Prevention and Control, <https://www.ecdc.europa.eu/en> [dostęp: 29.03.2020].

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH
– Państwowy Instytut Badawczy

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy (do 2007 r. Państwowy Zakład Higieny; do czerwca 2021 r. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny) jest państwowym instytutem naukowo-badawczym zajmującym się zagadnieniami higieny, epidemiologii, bakteriologii, immunologii oraz parazytologii. Prowadzi zarówno prace naukowe, jak i usługowo-badawcze.

„ProfiBaza”

Instytut, gromadząc informacje dotyczące promocji zdrowia i profilaktyki chorób, a także sytuacji zdrowotnej ludności w Polsce, od lat prowadzi projekt badawczy „ProfiBaza”, który dane te udostępnia, łącząc z podawanymi przez inne podmioty sektora publicznego. Umożliwia to ich wykorzystanie w celach poznawczych, naukowych, administracyjnych i komercyjnych. Następuje digitalizacja posiadanych danych analogowych, integracja zbiorów cyfrowych oraz budowanie nowoczesnego repozytorium dla informacji z zakresu¹¹:

- wybranych aspektów profilaktyki chorób i promocji zdrowia realizowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną;
- programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej jednostek samorządu terytorialnego;
- Narodowego Programu Zdrowia;
- sytuacji zdrowotnej ludności Polski.

Raporty: „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”

Do 2020 r. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny publikował systematyczne raporty o sytuacji zdrowotnej ludności Polski i o jej uwarunkowaniach¹². Prawdopodobnie będzie to kontynuowane przez Instytut o zmienionej niedawno (1 lipca 2021 r.) nazwie. Dotychczasowe raporty zawierały szereg bardzo istotnych faktów dla higieny, epidemiologii, zdrowia publicznego i umożliwiały planowanie działań profilaktycznych. Raporty te dotyczyły:

¹¹ <https://www.pzh.gov.pl/profibaza-digitalizacja-w-promocji-zdrowia-i-profilaktyki-chorob/> [dostęp: 4.08.2021].

¹² NIZP-PZH. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/wydawnictwa> [dostęp: 3.08.2021].

- 1) wybranych aspektów sytuacji demograficzno-społecznej;
- 2) długości życia i umieralności ludności Polski;
- 3) chorobowości hospitalizowanej;
- 4) wyleczalności chorych na nowotwory złośliwe w Polsce;
- 5) zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania;
- 6) zachorowań na choroby zakaźne i pasożytnicze;
- 7) chorób alergicznych, astmy i innych stanów zapalnych dróg oddechowych;
- 8) wypadków i wypadkowych zatruc jako zagrożeń zdrowia;
- 9) przyczyn chorobowych niezdolności do pracy w badaniach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
- 10) samooceny stanu zdrowia dorosłych Polaków – wyników badania terenowego;
- 11) wybranych czynników ryzyka zdrowotnego związanych ze stylem życia;
- 12) zagrożeń środowiskowych – skutków zdrowotnych krótkookresowego narażenia na pył zawieszony PM_{2,5};
- 13) promocji zdrowia, zapobiegania chorobom oraz ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu w projektach programów polityki zdrowotnej zgłoszonych przez jednostki samorządu terytorialnego do oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT)¹³;
- 14) głównych problemów dotyczących zdrowia Polaków w świetle najnowszych wyników badania „Global Burden of Disease Study”¹⁴.

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 społeczeństwa¹⁵. NPZ jest tworzony na co najmniej 5 lat. Zgodnie z ustawą o zdrowiu publicznym jest ustanawiany na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów.

Celem strategicznym Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (NPZ) jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu. Przy realizacji NPZ niezbędne jest uwzględnienie wpływu skutków zdrowotnych wywołanych przez epidemię COVID-19 na zdrowie populacji. Choroba ta przyczyniła się do największego kryzysu zdrowotnego w Rze-

¹³ <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/wydawnictwa> [dostęp: 4.08.2021].

¹⁴ Global Burden of Disease Study, <http://www.healthdata.org/gbd> [dostęp: 5.04.2020].

¹⁵ Ministerstwo Zdrowia. NPZ 2016–2020, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/npz-2016-2020> [dostęp: 29.03.2020].

czypospolitej Polskiej po zakończeniu II wojny światowej. Z uwagi na jej specyfikę (niezależnie od konieczności nieustannego przeciwdziałania jej i zwalczania skutków) niezbędne jest zintensyfikowanie działań mających na celu promowanie zdrowia, ograniczanie narażenia na czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych. Epidemia COVID-19, nakładając się na epidemię przewlekłych chorób niezakaźnych, powoduje efekt negatywnej synergii. Tym bardziej istotna jest konieczność podjęcia kompleksowych, a także zgodnych z aktualną wiedzą naukową, interwencji w obszarze zdrowia publicznego, wszelkimi dostępnymi narzędziami¹⁶.

Ministerstwo Zdrowia – wykaz programów Zdrowie i Profilaktyka

Ministerstwo Zdrowia (MZ) prowadzi programy z zakresu polityki zdrowotnej, które mają wyznaczone konkretne cele i określone terminy, w jakich cele te mają zostać osiągnięte. Dotyczą ważnych problemów zdrowotnych 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>);
- „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>).

¹⁶ Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025, Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210000642> [dostęp: 4.08.2021].

Centra medycyny profilaktycznej

Należy zauważyć, że w pracy lekarza bardzo ważne i perspektywiczne znaczenie ma medycyna profilaktyczna, ponieważ już od dawna wiadomo, że lepiej zapobiegać chorobom, niż je leczyć. Do działania w tym obszarze warto zachęcać studentów nie tylko medycyny, ale też psychologii, socjologii czy ekonomii, prawa i innych dziedzin. O znaczeniu i złożoności tego problemu mogą świadczyć działające w kraju centra medycyny profilaktycznej. Chyba jednym z pierwszych w Polsce jest założone przed prawie 30 laty Centrum Medycyny Profilaktycznej w Krakowie, posiadające aktywną, zawierającą szereg aktualnych informacji, stronę na Facebooku¹⁷.

Oto jeden z programów realizowanych przez Centrum, który dla ogólnej orientacji cytujemy w całości:

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”¹⁸.

Do programu mogą przystąpić:

- 1) kobiety zdrowe, u których w rodzinie występowały zachorowania na raka piersi czy 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 czy BRCA2, PALB2/CHEK2, USG piersi, mammografia, BAC, USG przezpochwowe, badanie CA125, USG tarczycy – o wyborze badań decyduje lekarz prowadzący.

Program nie wymaga skierowania.

Informacja i rejestracja: Rejestracja Ogólna, parter. Rejestracja telefoniczna: 12 427 05 40, 12 427 80 71.

Program organizowany i finansowany jest przez Ministerstwo Zdrowia.

Innym przykładem jest Dolnośląskie Centrum Medycyny Profilaktycznej i Bezpieczeństwa Pracy PRO-MED Sp. z o.o, które istnieje od 1997 r., tak opisane na stronie internetowej:

Jesteśmy wielospecjalistyczną przychodnią, której głównymi kierunkami działalności jest świadczenie usług z zakresu medycyny pracy, badania pracowników, podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz poradnictwo psychologiczno-pedagogiczne¹⁹.

¹⁷ <https://www.facebook.com/cmpkrakow/> [dostęp: 4.08.2021].

¹⁸ <https://cmp.krakow.pl/aktualnosci/bezplatny-program-onkologiczno-genetyczny/> [dostęp: 4.08.2021].

¹⁹ <https://pro-med.pl/> [dostęp: 4.08.2021].

Bibliografia

- Abel E., *Marihuana: pierwsze dwanaście tysięcy lat*, Wydawnictwo Latawiec, Warszawa 2010.
- Alcohol and COVID-19: what you need to know, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/437608/Alcohol-and-COVID-19-what-you-need-to-know.pdf [dostęp: 17.04.2020].
- Aplikacja Kwarantanna domowa, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/kwarantanna-domowa> [dostęp: 9.04.2020].
- Aplikacja „Kwarantanna domowa” – ruszył proces jej udostępniania, <https://www.gov.pl/web/cyfrizacja/aplikacja-kwarantanna-domowa--ruszyl-proces-jej-udostepniania> [dostęp: 9.04.2020].
- Ashenburg K., *Historia brudu*, Wydawnictwo Bellona, Warszawa 2007.
- Baker P.C., *‘We can’t go back to normal’: how will coronavirus change the world?* <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/31/how-will-the-world-emerge-from-the-coronavirus-crisis> [dostęp: 16.04.2020].
- Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F., Liese B.S., *Terapia poznawcza uzależnień*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
- Bodzioch M., *Matematyka kontra koronawirus*, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, <http://www.uwm.edu.pl/egazeta/matematyka-kontra-koronawirus> [dostęp: 1.05.2020].
- Breen B., *The age of intoxication: origins of the global drug trade*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 2019.
- Brown J., *Grypa. Sto lat walki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2019.
- Brydak L., *Grypa i jej profilaktyka*, Termedia, Poznań 2004.
- Budo A., *Zarazy, które dziesiątkowały ludzkość*, <https://www.national-geographic.pl/aktualnosci/zarazy-ktore-dziesiatkowaly-ludzosc> [dostęp: 25.04.2020].
- Bulanda M., *Podstawy mikrobiologii i epidemiologii szpitalnej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020.
- By voice or location, Israeli apps can determine your risk of coronavirus, <https://www.timesofisrael.com/by-voice-or-location-israeli-apps-can-determine-your-risk-of-coronavirus/> [dostęp: 8.04.2020].

- China launches coronavirus 'close contact detector' app., <https://www.bbc.com/news/technology-51439401> [dostęp: 7.04.2020].
- Chmielewska-Jakubowicz B., *Drugi szpital dziecięcy w Warszawie*, „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” 1998, CXXXIV, 2.
- Cierpiątkowska L., Grzegorzewska I., *Uzależnienia behawioralne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2018.
- Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: Myth busters, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters> [dostęp: 12.04.2020].
- COVID-19. Fake newsy równie groźne jak sam koronawirus, <https://www.rynekapterk.pl/marketing-i-zarzadzanie/covid-19-fake-newsy-rownie-grozne-jak-sam-koronawirus,37460.html> [dostęp: 1.05.2020].
- Czachorowska M., *Leczenie i zwalczanie zachorowań na poliomyelitis w okresie epidemii w latach 50. i później w XX wieku na terenie Warszawy*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2002, 56.
- Davenport-Hines R., *Odurzeni: historia narkotyków 1500–2000*, Wydawnictwo W.A.B., Warszawa 2006.
- Death Cafe and Covid-19, <https://deathcafe.com/blog/334/> [dostęp: 3.05.2020].
- Demicheli V. i in., *Vaccines for preventing influenza in healthy adults*, „The Cochrane Database of Systematic Reviews” 2018, 2.
- Demicheli V. i in., *Vaccines for preventing influenza in the elderly*, „The Cochrane Database of Systematic Reviews” 2018, 2.
- Diamond J., *Strzelby, zarazki, maszyny. Losy ludzkich społeczeństw*, przekł. M. Konarzewski, Prószyński i S-ka, 2000.
- Eksperci: szczepienia najskuteczniejszą ochroną przeciw grypie, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C459684%2Ceksperci-szczepienia-najskuteczniejsza-ochrona-przeciw-grypie.html> [dostęp: 9.07.2020].
- Escaffre O., Borisevich V., Rockx B., *Pathogenesis of Hendra and Nipah virus infection in humans*, „Journal of Infection in Developing Countries” 2013, 7(4).
- Escobotado A., *A Brief History of Drugs: From the Stone Age to the Stoned Age*, Park Street Press, Rochester 1999.
- 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].
- 'Fever detection' cameras to fight coronavirus? Experts say they don't work, <https://www.nbcnews.com/tech/security/fever-detection-cameras-fight-coronavirus-experts-say-they-don-t-n1170791> [dostęp: 9.04.2020].
- GIS. Jak myć ręce? Instrukcja mycia rąk, <https://gis.gov.pl/zdrowie/zasady-prawidlowego-mycia-rak/> [dostęp: 17.03.2020].
- Global Influenza Strategy 2019–2030, https://www.who.int/influenza/global_influenza_strategy_2019_2030/en/ [dostęp: 18.03.2020].

- Grypa w sezonie epidemicznym 2018/2019 w Polsce i Europie. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa, <https://rcb.gov.pl/grypa-w-sezonie-epidemicznym-2018-2019-w-polsce-i-europie/> [dostęp: 22.07.2020].
- Harasim K., *Bezpieczeństwo zdrowotne vs dobrostan psychospołeczny – aspekty aksjologiczne i funkcjonalne*, „Kultura Bezpieczeństwa. Nauka – Praktyka – Refleksje” 2018, 29.
- Hawryluck L., Gold W.L., Robinson S. i in., *SARS Control and Psychological Effects of Quarantine* [dostęp: 20.03.2020].
- Health 2020: the European policy for health and well-being, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being> [dostęp: 21.03.2020].
- Health On the Net, a non for profit organisation, promotes transparent and reliable health information online, <https://www.hon.ch/en/> [dostęp: 12.04.2020].
- Heszen-Celińska I., *Psychologia stresu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.
- Heszen-Celińska I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2020.
- Ile osób zaszczepiło się przeciw grypie w sezonie 2018/2019? <https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/grypa/9/?print-version> [dostęp: 21.03.2020].
- Ile wirusa jest w powietrzu wydychanym przez osoby chore? https://nt.interia.pl/raporty/raport-koronawirus/strona-glowna/news-ile-wirusa-jest-w-powietrzu-wydychanym-przez-osoby-chore,nId,4467338#utm_source=paste&utm_medium=paste&utm_campaign=firefox [dostęp: 1.05.2020].
- Institute for Health Metrics and Evaluation, <http://www.healthdata.org/> [dostęp: 8.04.2020].
- Ioannidis J.P.A., *A fiasco in the making? As the coronavirus pandemic takes hold, we are making decisions without reliable data*, <https://www.statnews.com/2020/03/17/a-fiasco-in-the-making-as-the-coronavirus-pandemic-takes-hold-we-are-making-decisions-without-reliable-data/> [dostęp: 20.03.2020].
- Is the new coronavirus ‘infodemic’ spreading faster than the virus? <https://www.euronews.com/2020/03/13/is-the-new-coronavirus-infodemic-spreading-faster-than-the-virus> [dostęp: 12.04.2020].
- Jabłoński P., Bukowska B., Czałaba J.C. (red.), *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012.
- Jagielska G., *Anioły jedzą trzy razy dziennie. 147 dni w psychiatriku*, Społeczny Instytut Wydawniczy „Znak”, Kraków 2014.
- Jagielska G., *Miłość z kamienia. Życie z korespondentem wojennym*, Społeczny Instytut Wydawniczy „Znak”, Kraków 2013.
- Jakubowska-Winecka A., Włodarczyk D., *Psychologia w praktyce medycznej*, PZWL, Warszawa 2007.
- Janina Ochojska – życiorys, <https://wiadomosci.wp.pl/janina-ochajska-6361438303283329c> [dostęp: 25.04.2020].

- Japonia przygotowana na trzęsienie ziemi, <https://www.rp.pl/arttykul/625371-Japonia-przygotowana-na-trzesienie-ziemi.html> [dostęp: 10.04.2020].
- Jefferson T. i in., *Vaccines for preventing influenza in healthy children*, „The Cochrane Database of Systematic Reviews” 2018, 2.
- Jelski A., *Tataż*, Wydawnictwo Kontrowers, Gliwice 2007.
- Jędrzejko M.Z., Białas T., *Narkotyki i nowe substancje psychoaktywne*, Oficyna Wydawnicza ASPRA/Centrum Profilaktyki Społecznej Oficyna Wydawnicza von Velke, Warszawa 2019.
- Jędrzejko M.Z., Kowalski M., Rosik B.P., Zagajewski T. (red.), *Narkotyki i dopalacze*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR/Centrum Profilaktyki Społecznej, Warszawa 2016.
- Jędrzejko M.Z. (red.), *Narkomania – spojrzenie wielowymiarowe*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR/Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztora, Warszawa–Pułtusk 2009.
- Jędrzejko M.Z., Szwedzik A. (red.), *Pedagogika i profilaktyka społeczna*, Oficyna Wydawnicza ASPRA/Centrum Profilaktyki Społecznej Oficyna Wydawnicza von Velke, Warszawa–Milanówek 2019.
- Johnson N.P., Mueller J., *Updating the accounts: global mortality of the 1918–1920 “Spanish” influenza pandemic*, „Bulletin of the History of Medicine” 2002, 76(1).
- Kamery monitoringu w miejscach publicznych – kiedy i jak można stosować, <https://www.rp.pl/Dane-osobowe/303259957-Kamery-monitoringu-w-miejscach-publicznych---kiedy-i-jak-mozna-stosowac.html> [dostęp: 9.04.2020].
- 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].
- Kamiński Ł., *Farmakologizacja wojny. Historia narkotyków na polu bitwy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
- Kang L., Li Y., Hu S. i in., *The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus*, „Lancet Psychiatry” 2020, 7(3).
- Kępiński A., *Autoportret człowieka. Myśli, aforyzmy*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2015.
- Kępiński A., *Dekalog Antoniego Kępińskiego*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2004.
- Kępiński A., *Elementarz Antoniego Kępińskiego dla zdrowego i chorego... czyli autoportret człowieka*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2002.
- Kępiński A., *Lęk*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2012.
- Kępiński A., *Melancholia* [ebook], Wydawnictwo Literackie, Kraków 2014.
- Kępiński A., *Poradnik według Antoniego Kępińskiego. Jak leczyć i poznawać człowieka?*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2005.
- Kępiński A., *Poznaj siebie. Poradnik według Antoniego Kępińskiego. Samotność, lęk, depresja*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2004.
- Kępiński A., *Poznanie chorego*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2013.
- Kępiński A., *Psychiatria humanistyczna. Compendium*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2003.
- Kępiński A., *Psychopatologia nerwic* [ebook], Wydawnictwo Literackie, Kraków 2014.

- Kępiński A., *Rytm życia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2012.
- Kępiński A., *Schizofrenia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2012.
- Klein B.C., Busis N.A., *COVID-19 is catalyzing the adoption of teleneurology*, „Neurology” 2020, 94(21).
- Kolejne restauracje wspierają lekarzy darmowym posiłkiem, <https://kulinaria.trojmiasto.pl/Restauracja-Muszla-wspiera-lekarzy-darmowym-posilkiem-n143274.html> [dostęp: 17.04.2020].
- Konopka M.N., Feleszka W., *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, Medycyna Praktyczna, Kraków 2018.
- Korczak C., *Higiena. Podręcznik dla szkół medycznych*, PZWL, Warszawa 1998.
- Korczak J., *Prawo dziecka do szacunku* (1929), Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Warszawa 2017.
- Koronawirus a piłka nożna. Tragedia w Stade Reims. Klubowy lekarz popełnił samobójstwo, bo miał COVID-19, <https://sport.tvp.pl/47437850/koronawirus-a-pilka-nozna-ligue-1-francja-lekarz-klubu-stade-reims-popelnil-samobojstwo-bo-byl-zakazony-covid-19> [dostęp: 17.04.2020].
- Koronawirus cyfryzuje świat, <https://www.sztucznainteligencja.org.pl/koronawirus-cyfryzuje-swiat/> [dostęp: 5.06.2020].
- Koronawirus. Piekarnia z Poznania nie obsługuje lekarzy. Izba lekarska zawiadomi policję, <https://poznan.wyborcza.pl/poznan/7,36001,25865406,koronawirus-piekarnia-z-poznania-nie-obsloguje-lekarzy-izba.html> [dostęp: 17.04.2020].
- Koronawirus: przemoc domowa nasila się przez COVID-19, <https://www.rp.pl/Prawo-karne/304089928-Koronawirus-przemoc-domowa-nasila-sie-przez-COVID-19.html> [dostęp: 17.04.2020].
- Korzeniewski K., *Poliomyelitis*, <https://medycynatropikalna.pl/choroba/poliomyelitis> [dostęp: 13.04.2020].
- Kozak S., *Patologia fonoholizmu. Przyczyny, skutki i leczenie uzależnienia dzieci i młodzieży od telefonu komórkowego*, Difin, Warszawa 2013.
- Krzysztoń J., *Oblęd*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1979.
- Kubacka- Jasiocka D., Ostrowski T.M., *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005.
- Kubala-Kulpińska A., *Interwencja kryzysowa. Jak przygotować szkołę na wypadek zagrożenia terrorystycznego?*, <https://www.monitorszkoly.pl/artykul/interwencja-kryzysowa-jak-przygotowac-szkole-na-wypadek-zagrozenia-terrorystycznego> [dostęp: 13.04.2020].
- Kulicz-Kozaryn K., Ostaszewski K. (red.), *Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008.
- Kuryk Ł., Wieczorek M., Litwińska B., *Polio – zagadkowy wirus*, „Postępy Mikrobiologii” 2013, 52(2).
- Lau H., Khosrawipour V., Kocbach P. i in., *The positive impact of lockdown in Wuhan on containing the COVID-19 outbreak in China*, „Journal of Travel Medicine” 2020, 27(3).
- Liu J.J., Bao Y., Huang X. i in., *Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19*, „Lancet Child Adolesc Health” 2020, 4(5).

- Lurka K., Heitzman J., *COVID-19 a zdrowie psychiczne*, <https://www.termedia.pl/mz/COVID-19-a-zdrowie-psychiczne,37447.html> [dostęp: 17.04.2020].
- Luszczyńska A., *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
- Magdzik W., *Choroba Heinego i Medina – porażenie dziecięce poliomyelitis – polio. Rozkwit i agonia choroby w dwudziestym wieku*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2002, 56.
- Malczewski A. (red.), *Raport o stanie narkomanii w Polsce 2019*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2019.
- Malczewski A., Kidawa M., *Nowe substancje psychoaktywne w Europie*, Mazowieckie Centrum Profilaktyki Społecznej, Warszawa 2018.
- Marcinkowski J.T. (red.), *Higiena człowieka*, t. 1–2, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 1995.
- Marcinkowski J.T. (red.), *Higiena, profilaktyka i organizacja w zawodach medycznych*, PZWL, Warszawa 2003.
- Marcinkowski J.T. (red.), *Medycy na misjach*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2018.
- Matyja E., *Polio jako choroba przewlekła – od poliomyelitis do zespołu post-polio*, <https://podyplomie.pl/neurologia/33161,polio-jako-choroba-przewlekla-od-poliomyelitis-do-zespołu-post-polio> [dostęp: 30.07.2021].
- Mazur M., *Cybernetyka i charakter – psychologia XX*, Wydawnictwo: Aula Medycyna, [b.m.] 1996.
- Medycyna podróży. Poliomyelitis, <https://medycynatropikalna.pl/choroba/poliomyelitis> [dostęp: 25.04.2020].
- Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z., *Integracyjna psychoterapia uzależnień*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2006.
- Michalczyk Z., *Zażywanie substancji psychoaktywnych w okresie dorastania*, Mazowieckie Centrum Profilaktyki Społecznej, Warszawa 2018.
- Mieszkania dla lekarzy! Śląska Izba Lekarska będzie pomagała tym, którzy nie chcą wracać do domu po dyżurze, <https://tvs.pl/informacje/mieszkania-dla-lekarzy-slaska-izba-lekarska-będzie-pomagala-tym-ktorzy-nie-chca-wracac-do-domu-po-dyżurze-wideo/> [dostęp: 17.04.2020].
- Miller P.M. (red.), *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2013.
- Młodzież i narkotyki. terapia i rehabilitacja*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2007.
- Moduł rozpoznawania twarzy, https://www.axxonsoft.com/pl/integrated_security_solutions/face_recognition/recognition.php [dostęp: 9.04.2020].
- Nadciąga śmiertelności hantawirus. Będzie gorszy od koronawirusa?, <https://www.se.pl/wiadomosci/swiat/nadciaga-smiercionosny-hantawirus-bedzie-gorszy-od-koronawirusa-aajZw-2oa5-QPXM.html> [dostęp: 10.04.2020].

- Najpierw papier toaletowy, teraz alkohol. Hiszpanie robią zapasy w związku z pandemią, <https://zdrowie.wprost.pl/koronawirus/na-swiecie/10311799/najpierw-papier-toaletowy-teraz-alkohol-hiszpanie-robia-zapasy-w-zwiazku-z-pandemia.html> [dostęp: 17.04.2020].
- Nauka online. Ministerstwo radzi, jak prowadzić lekcje, <https://www.portalsamorzadowy.pl/edukacja/nauka-online-ministerstwo-radzi-jak-prowadzic-lekcje,160798.html> [dostęp: 5.06.2020].
- New app attempts to detect signs of COVID-19 using voice analysis, <https://futurism.com/neoscope/new-app-detects-covid19-voice>
- Nie żyje kielecki lekarz, u którego wykryto koronawirusa. Wyłączną przyczyną była fala hejtu, <https://zdrowie.wprost.pl/koronawirus/w-polsce/10307765/nie-zyje-kielecki-lekarz-u-kotorego-wykryto-koronawirusa-wylaczna-przyczyna-byla-fala-hejtu.html> [dostęp: 17.04.2020].
- NIZP-PZH. Historia szczepień w pigułce, <https://szczepienia.pzh.gov.pl/ciekawostki/historia-szczepien-w-pigulce/> [dostęp: 12.04.2020].
- NIZP-PZH. Polio. Kto chorował? <https://www.pzh.gov.pl/strona-glowna/polio/polio-ogolne/polio-kto-chorowal/> [dostęp: 25.04.2020].
- NIZP-PZH. Rys historyczny, <https://www.pzh.gov.pl/strona-glowna/polio/polio-ogolne/polio-rys-historyczny/> [dostęp: 25.04.2020].
- Nowa inteligentna opaska umożliwi obserwację zjawiska dystansowania społecznego i ułatwi badanie rozprzestrzeniania się choroby COVID-19. CORDIS, Komisja Europejska, <https://cordis.europa.eu/article/id/418143-new-smartband-will-help-observe-social-distancing-to-check-covid-19-spread/pl> [dostęp: 27.07.2020].
- Obowiązkowe nauczanie online może na stałe zmienić model edukacji. Nauczyciele przekonują się do używania technologii, <https://biznes.newseria.pl/news/obowiazkowe-nauczanie,p1242536661> [dostęp: 5.06.2020].
- Ochrona danych i prywatność w sieci, https://europa.eu/youreurope/citizens/consumers/internet-telecoms/data-protection-online-privacy/index_pl.htm [dostęp: 9.04.2020].
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., *Osobowość. Stres a zdrowie*, Difin, Warszawa 2008.
- Orzechowska A., Gałęcki P. (red.), *Zaburzenia psychosomatyczne w ujęciu terapeutycznym*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2014.
- Oshinsky D.M., *Polio. Historia pokonania choroby Heinego-Medina*, Prószyński Media, Warszawa 2015.
- Osiatyński W., *Alkoholizm i grzech, i choroba, i....*, Wydawnictwo Iskry, Warszawa 2013.
- Ostaszewski K., *Standardy profilaktyki*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2016.
- „Oswoić tropik” – czasopismo, <https://medycynamisjach.org/oswoic-tropik> [dostęp 16.10.2020].
- Pallasmaa J., *Oczy skóry. Architektura i zmysły*, Instytut Architektury, Kraków 2012.
- Papież przypomina o znaczeniu wiary w czasie epidemii, <https://www.vaticannews.va/pl/papiez/news/2020-03/papiez-krzyz-marcelego-matka-boza-wieksza-pielgrzymka-epidemia.html> [dostęp 13.04.2020].
- Parkinson C.N., *Prawo Parkinsona czyli w pogoni za postępem*, http://czteryasy.com.pl/download/prawo_parkinsona.pdf [dostęp 16.10.2020].

- Paules C., Subbarao K., *Influenza*, „The Lancet” 2017, 390(10095).
- Pielęgniarka zakażona koronawirusem popełniła samobójstwo. Miała 34 lata, <https://wiadomosci.radiozet.pl/Swiat/Covid-19.-Daniela-Trezzi-pielegniarka-zakazona-koronawirusem-popelnila-samobojstwo> [dostęp: 17.04.2020].
- Polskie Towarzystwo Higieniczne, <https://www.pth.pl/> [dostęp: 16.10.2020].
- Popiel A., Zawadzki B., Pragłowska E., Habrat P., Gajd P., *Skuteczne działanie w stresie*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2019.
- Porzak R. (red.), *Profilaktyka w szkole. Stan i rekomendacje dla systemu oddziaływań profilaktycznych w Polsce*, Fundacja „Masz szansę”, Lublin 2019.
- Prof. dr hab. Lidia Bernadeta Brydak, <https://nauka-polska.pl/#/profile/scientist?id=69688&k=xpze7x> [dostęp: 9.07.2020].
- Prus B., *Kroniki tygodniowe*, t. 14, PIW, Warszawa 1964.
- Przemoc w rodzinie w cieniu COVID-19, <https://lublin.eu/mieszkanicy/aktualnosci/przemoc-w-rodzinie-w-cieniu-covid-19,130,464,1.html> [dostęp: 17.04.2020].
- Przez pandemię Polacy częściej sięgają po alkohol. „Nie ma czegoś takiego, jak bezpieczne picie, każde jest ryzykowne”, <https://dziendobry.tvn.pl/a/przez-pandemie-coraz-polacy-pijacoraz-wiecej-alkoholu-ekspert-ds-uzaleznien-nie-ma-czegos-takiego-jak-bezpieczne-picie-kazde-jest-ryzykowne> [dostęp: 17.04.2020].
- Pyrć K., *Ludzkie koronawirusy*, „Postępy Nauk Medycznych” 2015, XXVIII, 4B.
- Rasmussen S.A., Jamieson D.J., Uyeki T.M., *Effects of influenza on pregnant women and infants*, „American Journal of Obstetrics and Gynecology” 2012, 207 (3 suppl.).
- Resick P.A., Monson C.M., Chard K.M., *Terapia przetwarzania poznawczego w zespole stresu pourazowego (PTSD)*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2019.
- Romanowska D., *Jak zarazki zdobywają świat. Sami jesteśmy sobie winni*, <https://www.newswweek.pl/wiedza/nauka/epidemie-chorob-zakaznych-jak-zarazki-zdobywaja-swiat/ql1tmtb> [dostęp: 10.04.2020].
- Ruch antyszczepionkowy elementem wojny hybrydowej, <https://www.stopfake.org/pl/ruch-antyszczepionkowy-elementem-wojny-hybrydowej/> [dostęp: 28.03.2020].
- Rusza bezpłatna infolinia psychologiczna dla pracowników ochrony zdrowia walczących z epidemią SARS-CoV-2, Puls Medycyny, <https://pulsmedycyny.pl/rusza-bezplatna-infolinia-psychologiczna-dla-pracownikow-ochrony-zdrowia-walczacych-z-epidemia-sars-cov-2-987933> [dostęp: 17.05.2020].
- Rzecznik Praw Obywatelskich. Plan awaryjny – jak szukać pomocy, gdy doświadczamy przemocy domowej w trakcie epidemii, <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/plan-awaryjny-przemoc-domowa-pomoc-w-epidemii> [dostęp: 2.05.2020].
- Rzyski P., *Jak długo koronawirus potrafi przetrwać poza ustrojem? Nowe badania*, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/nauka/1946594,1,jak-dlugo-koronawirus-potrifi-przetrwac-pozza-ustrojem-nowe-badania.read> [dostęp: 20.03.2020].
- Schultes E.R., Hofmann A., Rätsch Ch., *Plants of the Gods. Their Sacred, Healing and Hallucinogenic Powers*, Healing Arts Press, Rochester 2001.

- Selye H., *Stres okiełznany*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1977.
- Sęk H., *Wypalenie zawodowe: przyczyny i zapobieganie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- Siemaszko A., *Granice tolerancji. O teoriach zachowań dewiacyjnych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993.
- Skandal! Sąsiedzi chcą pozbyć się lekarki z bloku! Oblali jej drzwi farbą! <https://warszawawpigulce.pl/skandal-sasiedzi-chca-pozbyc-sie-lekarki-z-bloku-oblali-jej-drzwi-farba/> [dostęp: 17.04.2020].
- Smartfony i kamery – sposobem na wirusa? <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C81547%2Csmartfony-i-kamery-sposobem-na-wirusa.html> [dostęp: 13.04.2020].
- Sprawdź czy posiadasz aktualne szczepienia przeciwko poliomyelitis jeśli podróżujesz do Afganistanu, Pakistanu, Nigerii, Demokratycznej Republiki Kongo lub Syrii, <https://gis.gov.pl/zdrowie/informacja-dla-osob-podrozujacych-nt-poliomyelitis/> [dostęp: 13.04.2020].
- Stanowisko Sekcji Chorób Naczyniowych Mózgu PTN dot. pacjentów z udarem mózgu – pandemia SARS-CoV-2 https://ptneuro.pl/o_ptn/aktualnosci/stanowisko_sekcji_chorob_naczyniowych_mozgu_ptn_dot_pacjentow_z_udarem_mozgu_pandemia_sars_cov_2 [dostęp: 20.03.2020].
- Systemy wykrywania i rozpoznawania twarzy, <https://polgard.com/pl/produkty/systemy-wykrywania-i-rozpoznawania-twarzy.html> [dostęp: 9.04.2020].
- Szczeklik A., *Nieśmiertelność. Prometejski sen medycyny*, Społeczny Instytut Wydawniczy „Znak”, Kraków 2012.
- Szczeklik A., *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, Społeczny Instytut Wydawniczy „Znak”, Kraków 2002.
- Szczeklik A., *Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny*, Społeczny Instytut Wydawniczy „Znak”, Kraków 2007.
- Szczepionka przeciw grypie, <https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/grypa/4/?print-version> [dostęp: 9.07.2020].
- Szczepionka przeciw poliomyelitis, <https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/poliomyelitis/3/> [dostęp: 25.04.2020].
- Szukalski B., *Narkotyki. Kompendium wiedzy o środkach uzależniających*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.
- Technologia rozpoznawania twarzy, <https://business.panasonic.pl/systemy-zabezpiezen/technologia-zabezpiecze/technologia-rozpoznawania-twarzy> [dostęp: 9.04.2020].
- Telemedico. 8/10 problemów zostaje rozwiązanychw trakcie pierwszej konsultacji, <https://telemedi.co/pl/> [dostęp: 17.04.2020].
- Testino G., Pellicano R., *Alcohol consumption in the Covid-19 Era*, „Minerva Gastroenterologica e Dietologica” 2020, 66(2).
- The Health on the Net Foundation Code of Conduct (HONcode), <https://www.hon.ch/HONcode/> [dostęp: 12.04.2020].
- The National Institutes of Health, <https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do> [dostęp: 12.04.2020].

- Thorwald J., *Dawna medycyna, jej tajemnice i potęga: Egipt, Babilonia, Indie, Chiny, Meksyk, Peru*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2017.
- UN tackles 'infodemic' of misinformation and cybercrime in COVID-19 crisis, <https://www.un.org/en/un-coronavirus-communications-team/un-tackling-%E2%80%98infodemic-%E2%80%99-misinformation-and-cybercrime-covid-19> [dostęp: 12.04.2020].
- University of Washington. Fighting COVID-19 misinformation, <https://www.washington.edu/> [dostęp: 12.04.2020].
- Urbaniak M.P., *Lista nieobecności*”, Wydawnictwo Mova, Białystok 2020.
- USA/Eksperci: koronawirus utrzymuje się w powietrzu nawet trzy godziny, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C81138%2Cusa-eksperci-koronawirus-utrzymuje-sie-w-powietrzu-nawet-trzy-godziny.html> [dostęp: 12.04.2020].
- Uwarunkowania stanu zdrowia populacji, <http://ipz.org.pl/uwarunkowania-zdrowia/> [dostęp: 30.07.2021].
- Wang C., Pan R., Wan X. i in., *A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China*, „Brain, Behavior, and Immunity” 2020, 87.
- What is Death Cafe?, <https://deathcafe.com/what/> [dostęp: 3.05.2020].
- WHO. Resolution WHA41.28: global eradication of poliomyelitis by year 2000, World Health Organization, Geneva 1988.
- WHO. 50 Years of Influenza Surveillance: Much Still to Do to Stop a Common Killer, <http://web.archive.org/web/20131031072630/http://www.who.int/inf-pr-1999/en/pr99-11.html> [dostęp: 12.04.2020].
- WHO. Resolution WHA39.21: elimination of dracunculiasis, World Health Organization, Geneva 1986.
- WHO. The determinants of health, <https://www.who.int/hia/evidence/doh/en/> [dostęp: 28.03.2020].
- Wojna hybrydowa, https://pl.wikipedia.org/wiki/Wojna_hybrydowa [dostęp: 28.03.2020].
- Woronowicz B.T., *Uzależnienia: geniza, terapia, powrót do zdrowia*, Media Rodzina/Parpamedia, Warszawa 2009.
- Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Wrona-Polańska H., *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie. Funkcjonalny Model Zdrowia chorych po transplantacji szpiku kostnego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016.
- Wrona-Polańska H., Bargiel-Matusiewicz K., Pisula E. (red.), *Zdrowie i choroba. Funkcjonowanie psychospołeczne i zawodowe*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2016.
- Wrona-Polańska H. (red.), *Zdrowie. Stres. Choroba w wymiarze psychologicznym*, Akademia Pedagogiczna, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008.
- W sprawie szczepień przeciwko ospie prawdziwej, <https://izba-lekarska.pl/numer/numer-200304/w-sprawie-szczepien-przeciwko-ospie-prawdziwej/> [dostęp: 25.04.2020].

- W szczepionce na Korona Bill Gates umieszcza nanochipy, <https://www.youtube.com/watch?v=2LCGalaov9s&app=desktop> [dostęp: 17.05.2020].
- van der Meersch M., *Ciała i dusze*”, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1955.
- Zabłocka-Żytka L., Sokołowska E., *Pomoc psychologiczna chorym somatycznie. Wybrane zagadnienia*, Difin, Warszawa 2016.
- Zdrowie psychiczne w czasie pandemii COVID-19 – jak o nie dbać? <https://zdrowie.wprost.pl/koronawirus/fakty-o-koronawirusie/10307606/zdrowie-psychiczne-w-czasie-pandemii-covid-19-jak-o-nie-dbac.html> [dostęp: 17.04.2020].
- Zieliński A., Rosińska M., Gut W., *Gorączki krwotoczne – epidemiologia i klinika*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, 57.
- 11.07.2018 – Konferencja prasowa – Wytyczne do przygotowania placówek medycznych na wypadek wystąpienia pandemii grypy, <https://www.pzh.gov.pl/11-07-2018-konferencja-prasowa-wytyczne-do-przygotowania-placowek-medycznych-na-wypadek-wystapienia-pandemii-grypy/> [dostęp: 1.05.2020].
- 210 lat szczepień w Polsce przeciwko ospie, http://nauka.pap.pl/palio/html.run?_Instance=cms_nauka.pap.pl&_PageID=7&dep=275990&_Checksum=-2081489404 [dostęp: 25.04.2020].

Indeks rzeczowy

I Wystawa Higieniczna 35–36

5

5G 140, 165–166

A

AA zob. Anonimowi Alkoholicy

ADHD 210, 504, 521, 527–528

agresja 207, 255, 270, 325, 374, 377, 386,
409, 423, 447, 468, 487, 497, 547, 549,
557, 616, 617

aktywność 44, 81, 126, 138, 149, 153, 194,
201, 210, 224, 225, 267, 276, 279, 291, 332,
338, 347, 354, 356, 357, 360, 361, 364, 377,
379–380, 423, 435, 436, 452, 474, 477, 479,
483–485, 487, 520, 533–535, 545, 605, 620

– fizyczna 24, 39, 46, 48, 156–157, 172, 244,
258, 269, 270, 280, 292–300, 302–305,
312–313, 315–317, 323, 337, 342, 344,
352, 362, 378, 381, 391

nagła śmierć 298, 299

rekomendacje

– dla dorosłych 294, 295

– dla dzieci i młodzieży 295, 297

– prozdrowotna 268

– seksualna 287, 346, 400

alergie 162, 163, 209, 361, 368, 491, 542, 543,
564, 569, 570, 596, 610, 621, 629

alkohol 23, 147, 148, 156, 157, 216, 224, 254,
257, 258, 291, 293, 314, 346, 347, 350–352,
358, 362, 367, 373, 380, 409, 412, 416, 419,
426–463, 467, 468, 471, 472, 474, 479, 482,

485, 486, 491, 493, 494, 496, 497, 504, 535,
537, 539, 541, 551, 552, 562, 567

ciąża 451, 514–518, 520–525, 531, 532

kobieta 432, 451–453, 519

plód 451, 515–517, 519–524

przemyt 431

reklama 429, 456

uzależnienie w rodzinie 219, 270, 394,
431, 461, 462, 479

zgon 59

alkoholizm 378, 434, 445, 446, 453, 456,
457, 519

alkoreksja 541, 551

amfetamina 346, 468, 485, 487, 489, 492, 522,
530

analfabetyzm funkcjonalny 229

animoterapia 210, 211

Anonimowi Alkoholicy (AA) 440, 450,
457–458

anoreksja 24, 224, 322, 325, 400, 418, 419,
541, 543–548, 551, 562, 586

ciąża 550

anorexia nervosa 546

antybiotykooporność 118, 597

antynataliści 236, 237

antysamobójstwo 417

antyszczepionkowcy 65, 85, 90, 136

aplikacja 46–48, 60, 65, 131, 132, 355, 459,
461, 507, 576

architektoniczna czasoprzestrzeń 191, 192,
196, 197

- architektura 166, 189–191, 193–199, 201,
 203–205, 272, 358, 360, 599
 arsen 177, 563
 atrakcyjność 229, 327, 341, 476, 509, 573,
 575
 – fizyczna 544, 553, 583
 – seksualna 285, 553, 573
 AUDIT (The Alcohol Use Disorders
 Identification Test) 440–441, 444
 autoagresja 254, 368, 415, 417–419, 421, 596
 autodestrukcja 254, 415, 419, 421, 559
 autyzm 88, 210, 211, 419, 525
 azotany 177, 178, 180
- B**
- baby boomers* 190, 216, 567
 badania profilaktyczne 291
 – – pracowników 619
 bakterie kałowe 176, 177
 bariatrya 352
 bariery architektoniczne 425
 behawioralne czynniki ryzyka 257
 benzodiazepiny 471, 485, 486, 493
 ciąża 531
 bezpieczeństwo zdrowotne 155, 168, 183,
 185, 240
 aktywność fizyczna 156, 157
 alkohol 156, 157
 dom 156, 157
 gleba 182
 narkotyki 156
 palenie tytoniu 156
 rodzina 158
 substancje psychoaktywne 156
 woda 169
 wsparcie społeczne 156, 158
 żywność 157, 158, 187
 bezrobocie 54, 375, 395, 431, 477
 bezsenność 147, 149, 150, 165, 173,
 358–359, 362, 363, 435, 487, 489
 białko (białkowy) 102, 113, 173, 301, 305,
 306, 309, 311, 577, 590
 bigoreksja 537, 587–590
 biopsychospołeczna jednostka 264
 bioterroryzm 74
 błąd medyczny 615–617
- błonica 85, 87
 błonnik 174, 303, 306, 307, 312, 318,
 341–343, 590
 BMI 318–320, 323, 325–327, 329, 332, 333,
 349, 353, 354, 542, 547, 549, 550
 botoks 577, 578
 budownictwo biofilne 203
 bulimia 24, 224, 325, 400, 419, 541–544,
 546–548, 551, 562
 buprenorfina 494
- C**
- CAGE 440, 441
Campylobacter 79, 175
 castingi dzieci 223
 CBOS zob. Centrum Badania Opinii
 Społecznej
 CDC zob. Centers for Disease Control and
 Prevention
 Centers for Disease Control and Prevention
 (CDC) 71, 507, 625–626
 Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwo-
 wy Instytut Badawczy (CIOP-PIB) 623
 Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS)
 477, 558
 Chińska Pagoda Dietetyczna 301
 chirurgia plastyczna (operacja plastyczna)
 421, 560, 572, 576, 585, 616
 jakość życia 575, 576
 metody 577
 mężczyźni, tzw. ginekologia męska
 575–577
 rodzaje zabiegów 575
 życie seksualne 576
 chloramina 78
 chlorki 79, 177
 cholera 72, 75, 92, 99, 110, 144, 175, 624
 szczepienie 99
 choreoterapia 280, 284
 choroba
 – Alzheimera 47, 240, 304, 333
 – cywilizacyjna 43, 47, 166, 294, 296, 306,
 316, 318, 630
 – Heinego-Medina 105, 106
 – niedokrwienność serca 55, 248, 298, 337, 338,
 504, 595, 622

- nowotworowa 59, 85, 161, 162, 166, 248, 258, 295, 504, 506, 579, 580
 - parазawodowa 621, 622
 - Parkinsona 47, 240, 304
 - przewlekła 33, 48, 52, 172, 258, 316, 317, 330, 423, 427, 471, 550, 569, 580, 621, 630
 - psychosomatyczna 368, 431
 - sieroca 275
 - układu krążenia 49, 161, 162, 172, 209, 248, 258, 287, 291, 298–300, 303, 304, 307, 308, 310, 317, 332, 335, 342, 361, 368, 370, 378, 504, 530, 622
 - szczególnie niebezpieczna i wysoce zakaźna 63, 72
 - zakaźna 33, 37, 38, 43, 49, 51, 60, 62–64, 72, 73, 75, 80–86, 90, 94, 101, 102, 112, 114, 119, 124, 126, 129, 134, 135, 138, 141, 164, 232, 248, 429, 564, 600, 604, 621, 624, 625, 627, 629
 - personel medyczny 624
 - zgon 59, 60, 63, 72
 - zawodowa 164, 286, 619, 621–624
 - chorobowość 50–52, 55, 599, 629
 - chowanie zmarłych 186
 - chrom 163, 177
 - ciąża 117, 167, 309, 355, 401, 405, 410, 414, 549–551, 580
 - aktywność fizyczna 296
 - alkohol 433, 451, 452, 514–518, 520–524, 532
 - kokaina 530
 - matka pałaca 526, 527
 - narkotyki 514, 531
 - nikotynizm 525
 - palenie tytoniu 514, 525–528
 - substancje psychoaktywne 529–531
 - CIOP-PIB zob. Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy
 - Close Contact Detector 131
 - Clostridium botulinum* 577
 - Clostridium difficile* 79, 603
 - cmentarze 186, 238
 - Cochrane
 - Collaboration 57
 - Library 57, 58
 - COVID-19 28, 29, 34, 36, 38, 39, 44, 45, 49, 59–62, 64, 65, 67, 69, 71, 73, 74, 76, 78–82, 92, 96, 102, 114, 119–121, 123–126, 128–131, 133–138, 140–150, 152, 164, 188, 213, 225, 227, 234, 237, 240, 247, 250, 299, 322, 370, 501, 508, 597, 599, 605, 606, 610, 612, 623, 624, 629, 630
 - cukier 301, 303, 304, 307, 312, 314, 329, 343–345, 347–351, 522, 537
 - cukrzyca 282, 283, 295, 298, 300, 308, 312, 316, 332, 335–337, 354, 455, 504, 525, 526, 550, 569, 579, 580, 625
 - cukrzyca typu 2 303, 304, 309, 317, 322, 331, 332, 335, 342, 352–354
 - cyberataki 138
 - cyberchondria 591, 594
 - cyberprzemoc 253
 - cyberprzestępczość 233
- Ć**
- ćwiczenia fizyczne 30, 280, 300, 372, 550, 580
 - rekomendacje WHO 294
- D**
- danse macabre* 99, 234
 - Dark Net 152, 153
 - dbałość o dobry wygląd 554
 - DDA zob. dorosłe dzieci alkoholików
 - DDRR zob. dorosłe dzieci rozwiedzionych rodziców
 - Deep Web 152, 153
 - deficyt wody 169–171
 - dekontaminacja 64, 80, 607
 - delfinoterapia 210
 - depresanty 485, 486
 - depresja 149, 151, 210, 220, 226, 229, 232, 233, 251, 254, 255, 257, 258, 265, 276, 282, 296, 301, 304, 325, 333, 334, 352, 361, 363, 367, 368, 371, 374, 378, 379, 401, 402, 419, 422, 433, 451, 475, 543, 545, 582, 589, 592, 593
 - poporodowa 295, 550
 - determinanty zdrowia 155, 156, 164, 290
 - opieka zdrowotna 157
 - detoksykacja 493, 494
 - dezynfekcja 79, 80, 176, 601, 610–612

- dezynfekcja rąk 136, 607, 609
 dieta 30, 46, 49, 157, 174, 258, 300, 301, 304,
 309, 311, 316, 322, 327, 337, 340, 342–344,
 352, 354, 355, 381, 402, 542–546, 550,
 588–590
 indeks glikemiczny 305, 306, 308, 311
 ładunek glikemiczny 307
 programowanie 306, 307
 suplementy 590
 – DASH 310
 – paleo 310
 – sirtfood 311
 – śródziemnomorska 310
 – wegańska 309
 – niedoborowa 309
 długość życia 156, 192, 247, 248, 257, 311,
 629
 długowieczność 32, 238, 241, 248, 311
 dobrostan 42, 46, 85, 157, 183, 194, 196, 197,
 199, 203, 204, 262, 283, 487, 553, 572,
 576, 577
 – psychiczny 191, 193, 194, 197, 205, 263, 264
 dochodzenia epidemiologiczne 62–64, 130,
 131, 133, 136, 175
 dogoterapia 209, 210, 277
 doktor Clown 278, 280, 281
 dom dziecka 236, 247, 275
 dopalacze 271, 292, 469, 476, 486, 491, 492
 dopamina 285, 334, 346, 348, 522
 dorosłe dzieci alkoholików (DDA) 219, 432,
 461, 462, 465–467
 dorosłe dzieci rozwiedzionych rodziców
 (DDRR) 219–221
 dostęp do opieki zdrowotnej 155, 157, 158,
 259, 396, 606
 dotyk 28, 204, 207, 230, 243, 244, 247, 272–
 277, 283, 285, 286, 293, 386, 401, 472,
 613
 Dr Google 591, 594, 596
 drunkoreksja 537, 541, 551, 552
 DSM 349, 358, 359, 372, 374, 410, 416, 434–
 436, 461, 533, 537, 538, 544, 547, 581,
 591–592
 dur brzuszny 75, 84, 100, 101, 115
 dymorfobia 537, 581, 582, 584, 587, 592
 dziecko 28, 35, 39, 59, 77, 84, 85, 87, 97, 99,
 107, 109, 117, 125, 148, 149, 152, 154, 158,
 163, 166, 170, 173, 176, 181, 189, 191,
 195, 206–214, 218–227, 230, 232–234,
 235–237, 240, 241, 247, 252–258, 270–275,
 280, 281, 284, 289, 291, 294–299, 300–304,
 307, 312, 313, 317–319, 321–325, 347,
 355, 357, 358, 365, 369, 372, 382, 383,
 385, 386, 402, 420, 421, 430–433, 453,
 461–467, 474, 475, 477–479, 496, 497, 501,
 514–516, 518–522, 524, 525, 529–531,
 537, 542, 545, 546, 556, 575, 587, 596,
 600, 608–610, 630
 – maltretowane 29, 393–400, 402–407
 – matki palącej 501, 504, 526–528
 – – z pregoreksją 550
 – nieszczepione 89, 90, 135
 – odrzucane 324, 397
 – wykorzystywane seksualnie 152–154, 253,
 385, 386, 400–402
 dziedziczność
 substancje psychoaktywne 350, 537
 nadmierne spożycie cukru 350, 537
 dietność 214
 dżuma 72, 75, 80, 92, 93, 96, 115, 143, 144,
 235, 624
 Azja 94
 czarna śmierć 93, 94
 izolacja chorych 95
 morowe powietrze 94, 95, 98
 oporność na antybiotyki 93
 pchły 93
 ubiór ochronny lekarza 96, 98
 wielka zaraza w Londynie 94
 wierzenia religijne 94, 97, 98
 wykorzystanie do bioterroru 110
 – Justyniana 94
 – mediolańska 94
 – w literaturze 98, 137
- E**
- EBHC zob. evidence-based health care
 EBM zob. evidence based medicine
 EBNP zob. evidence-based nursing practice
 ECDC zob. European Centre for Disease
 Prevention and Control

- ecstasy 487
edukacja 28, 34, 58, 215, 218, 225, 226, 229, 235, 239, 242, 246, 253, 286, 354, 365, 413, 424, 426, 475, 512, 587
– prozdrowotna 36, 39–41, 43, 90, 125, 142, 147, 156, 158, 188, 189, 271
– żywieniowa 302, 312, 316, 342, 355, 552
efedryna 489
efekt motyla 59, 61
ekstrawersja 268, 269
e-liquid 510
EMCDDA zob. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii
emigracja 259, 614
empatia 236, 247, 252, 286, 409, 489
emulgatory 343
energizery 314
e-papierosy 492, 508–513
epidemia 24, 28, 50, 51, 60–61, 73, 74, 76, 78, 79, 83, 85, 98, 99, 109, 135–138, 140–143, 147, 148, 234, 263, 603
– chorób zakaźnych 72, 73, 80–82, 92–107, 110–116, 119–121, 123–125, 129, 130, 144, 145, 151, 164, 624, 629, 630
– brudu 92, 93, 97
– otyłości 29, 307, 317, 331, 342, 343, 345, 352, 537
epidemiologia 29, 33, 36–38, 41–42, 44, 49, 50, 53, 59, 60, 62, 67, 72, 73, 75, 101, 124, 126, 129, 135, 141, 234, 315, 318, 336, 417, 500, 543, 600, 605, 616, 628
– kliniczna 56
eradykacja 106–108, 112, 119
e-recepty 146, 606
Escherichia coli 79, 176, 603
estetologia medyczna 572
eugenika 242, 386
European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) 597, 627
Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach 598
Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) 469, 477
Eurostat 186, 253, 254, 614
Extinction Rebellion 188
evidence-based health care (EBHC) 57
evidence based medicine (EBM) 42, 44, 56, 57
evidence-based nursing practice (EBNP) 57, 58
e-zwolnienie 146
- F**
Facebook 153, 223, 229, 231, 237, 354, 459, 625, 631
fake news 65, 89, 138–140, 142, 147
fale radiowe 65, 165
FAO zob. Food and Agriculture Organization
FAS zob. *fetal alcohol syndrome*
FASD zob. *fetal alcohol spectrum disorder* (spektrum alkoholowych uszkodzeń płodu)
fast food 312, 313, 318, 323, 341
FDA zob. Food and Drug Administration
Fear of Missing Out (FOMO) 229
felinoterapia 209, 277
fetal alcohol spectrum disorder (FASD), spektrum alkoholowych uszkodzeń płodu 515, 519–521, 524–525
fetal alcohol syndrome (FAS) 433, 515–517, 519–523
fetal tobacco syndrome (FTS), płodowy zespół tytoniowy 526
fitoplankton 180
fleksytarianizm 308, 309
fluorki 177
FOMO zob. Fear of Missing Out
Food and Drug Administration (FDA) 563
Food and Agriculture Organization (FAO) 108, 182, 188
food craving 346
formaldehyd 503, 510
FTS zob. *fetal tobacco syndrome*, płodowy zespół tytoniowy
fruktoza 306–308
Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę 253, 254, 257, 407
Fundusz Narodów Zjednoczonych Na Rzecz Dzieci – The United Nations Children’s Fund (UNICEF) 107, 609

G

gamma-hydroxybutyrate; gamma-hydroksy-
masłowy (GHT) 412–414
gelotologia 278, 279
geriatria 243, 244
gerontofobia 242
gerontologia 243, 244, 246
GHT zob. gamma-hydroxybutyrate
ginekologia plastyczna 575, 576
GIS zob. Główny Inspektorat Sanitarny
gleba 58, 75, 158, 162, 164, 175, 180,
182–183, 188, 301, 308, 541
globalizacja 119, 123, 193, 217
glukoza 291, 306–308, 321, 322, 331, 332,
335, 336, 343, 345
glutaminian sodu 312
Główny Inspektor Sanitarny 63, 84, 112,
178, 512, 604
Główny Inspektorat Sanitarny (GIS) 83, 492,
513
Główny Urząd Statystyczny (GUS) 213–214,
240, 320
gorączka boliwijska krwotoczna 104, 122
gronkowiec złocisty oporny na metycylinę
(MRSA) 79
gruźlica 114–115, 456, 504, 506, 598, 624,
625, 627
grypa 59, 62, 76, 77, 92, 102, 110, 113, 114,
117–119, 125, 134, 603, 626, 627, 630
ciąża 117
epidemia 115, 116, 120
Globalna Strategia Grypy 118
historia 114, 115
pandemia 115–118, 120, 124, 125, 141,
626
powikłania 117
– H1N1 116, 117, 120, 141
– hiszpanka 116, 117, 120, 124
– Hong Kong 116
GUS zob. Główny Urząd Statystyczny
gwałt zob. zgwałcenie

H

halucynogeny 472, 486
hałas 115, 164, 185, 195, 377, 487, 620
hartowanie 292

hazard 533, 536, 538, 539
hejt 29, 387–391
herbata 149, 173, 178, 304, 311, 315
higiena 23, 24, 26, 29, 31–37, 41, 42, 44, 45,
56, 59, 67, 73, 92, 100, 101, 124, 130,
141, 164, 234, 241, 363, 564, 571, 616,
623–625, 628
– komunalna 32, 185
– osobista 32, 37, 97, 292, 304, 377, 490
– otoczenia 31, 97, 624
– psychiczna 262, 265, 271
– rąk 607, 609
hipochondria 582, 591–595
hipoterapia 210
Hippokrates 27, 31, 115, 244, 301, 327, 328
HIV 59, 77, 104, 159, 529, 531, 564, 565,
570, 571, 598, 609, 627, 630
holistyczne podejście do zdrowia i choroby
118, 264–266
holistyczne traktowanie pacjentów 264, 265
Homo
– *interneticus* 28, 227–229, 234
– *pandemicus* 28, 144, 234
– *sedentarius* 227
HONcode 139
hortiterapia 206, 207
hospitalizacje 47, 81, 82, 86, 116, 258, 281,
336, 395, 404, 490, 596, 599, 601, 607
humanoid 132
humor 141, 253, 268, 278–281, 328, 380,
412, 425
Hygeia 32, 36

I

ICD 24, 53–55, 62, 110, 318, 335, 358, 359,
372, 374, 375, 394, 416, 434, 435, 437, 441,
461, 500, 521, 534, 536–538, 541, 542,
544, 581, 582, 586, 593, 596
import odpadów 186
indeks glikemiczny 305, 306, 308, 311
– sytości 307
inhalanty 472, 486, 487
inicjacja narkotykowa 474, 475, 478, 479
Inspekcja Weterynaryjna 33, 62
Inspektorat Ochrony Środowiska 169

- Instytut Żywności i Żywienia (IŻŻ) 302, 303, 305, 320, 355
integrowanie pokoleń 215
inteligentna opaska 131
Internet 28, 45, 47, 139, 141, 143, 145–147, 150, 153, 216, 217, 223, 225, 227–229, 233, 234, 283, 287, 387, 389, 420, 477, 491, 574, 594
 problematiczne używanie 217, 227, 229, 232, 234, 594
 utajnione strony 153
 uzależnienie 227, 232, 536, 537, 539, 540
 wiarygodność treści 139
 wykorzystywanie dzieci 253, 254, 385, 401
interwencja kryzysowa 409, 494, 495
intymne zdjęcia 253
IQOS 508–512
IŻŻ zob. Instytut Żywności i Żywienia
- J**
jadłospis 302, 311
jadłowstręt psychiczny 541, 542
jakość powietrza 157, 168, 169
jakość życia 36, 39, 109, 155, 156, 160, 195, 208, 209, 217, 232, 263, 268, 285, 287, 298, 311, 333, 353, 362, 378, 471, 545, 569, 575, 576, 629
- K**
kalendarz szczepień 84, 109, 112
kałowe zanieczyszczenie wody 176
kamery termiczne 66, 133
Kampania Darmowych Uścisków 277
kampania antynikotynowa 501, 527
kampania edukacyjna 33, 148, 251
kanabinole 487
kanalizacja 34, 101, 241
kangurowanie 274–275
kannabinoidy 486
karboksyhemoglobina 503
karcinogenne nitrozaminy 510
Karta Ottawska 40
katastrofa ekologiczna 171
kawa 190, 304, 311, 361, 427, 458
kawiarnia śmierci 149
kąpielisko 180, 181, 556
 klasyfikacja wody 180
Klebsiella pneumoniae 602–604
kłęska żywiolowa 69, 71, 73, 74, 100, 101, 164, 422, 624
klimat 100, 161, 163, 168, 171, 172, 183, 195, 196, 204, 248
klub abstynenta 450, 458
kodeina 346, 471, 485, 487
Kodeks karny 385, 386, 392, 401, 406
Kodeks pracy 384, 619, 620, 622
kolczykowanie zob. piercing
kombinezon czujnikowy 132
Komenda Główna Policji 253, 254
kontakt wzrokowy 230, 379
kontakt seksualny 286, 288, 401
kontinuum choroby i zdrowia 262, 267
kontrola rodzicielska 475, 477
kordon ochronny 85, 91
kordon sanitarny 80–82, 111
koronawirus 34, 73, 75, 76, 78, 79, 114, 119–121, 126, 128, 129, 131, 134, 137, 139, 141, 147, 151, 234, 605, 606, 625
kortyzol 209, 283, 286, 331
kremacja 237
kriolipoliza 578, 579
krwotoczne zapalenie jelit 75
kryzys demograficzny 212–214, 287
kryzys tożsamości 254, 425
kryzys utraty 425
krztusiec 85, 87, 135, 608
krzywdzenie psychiczne 400
krzyż choleryczny (karawaka, morowy) 143
kształtowanie środowiska 188, 189, 205
kult ciała 553, 573, 575, 580, 583, 585, 586, 588
kulturystyka 580, 588, 589
kwarantanna 67, 80–82, 95, 128, 131, 132, 141, 147, 151, 152, 225
 depresja 151
 obciążenia psychiczne 81, 142, 151
 rodzina 151, 152
– społeczna 130
kwasy tłuszczowe 304, 312, 332, 341

L

lalka Barbie 224, 548
 lazaret 95
 leczenie odwykowe 456–458, 467
 leczenie substytucyjne 493, 494
Legionella 176, 601
 lekarz 23–25, 30, 43, 45, 47, 48, 55, 56, 68, 72, 80, 84, 85, 88, 95, 97, 105, 111, 115, 120, 126, 129, 135, 146, 150, 166, 173, 181, 189, 190, 206, 209, 244, 255, 259, 265, 266, 274, 278, 280, 281, 287, 291, 293, 297, 299–300, 323, 328, 331, 335, 337, 354, 357, 371, 376, 393, 398, 399, 402–406, 409, 411, 420–421, 423, 425, 439, 440, 443, 453, 502, 505, 507, 515, 524, 542, 546, 557, 561–563, 566, 569, 576–578, 587, 590–592, 594–597, 600, 604, 606, 610, 612–614, 616–619, 631
 emigracja 259, 614
 liczba 43, 119, 257, 259, 260, 600, 614, 616
 praktykujący 259
 średnia wieku 260
 średniowieczny ubiór 96, 98
 wizerunek 261, 270
 zgłaszanie NOP 86, 88
 leptyna 308, 330–331
 liczba ludności (ludzi, mieszkańców) 51, 52, 58, 108, 129, 161, 213, 250, 251
 liczba urodzeń 213, 214
 liczba zgonów 43, 50, 52, 53, 69, 161, 213, 248, 257, 258
 lipolifting 578–580
 lipoliza wspomagana próżniowo 578
 lipomodeling piersi 579
 liposukcja 579
 lipotransfer 578, 579
 LSD 487, 488

M

malaria 59, 60, 624, 625
 małżeństwo 219, 222, 235, 255
 mandala zdrowia 266
 mangan 177, 489
 mapa interaktywna 59, 60, 624

marihuana 314, 351, 427, 469, 473, 479, 482, 486, 487, 492, 497, 529, 539, 567
 masaż Shantala 274
 maseczka 76, 80, 133, 136, 138, 145, 299
 MAST zob. Michigan Alcoholism Screening Test
 materiał zakaźny 62, 122, 607, 608
 materiał edukacyjny 149, 227, 271, 302
maternal smoking during pregnancy (MSDP) 526
 McDonald's 312, 545, 585
 medycyna 24, 29, 32, 36, 38, 39, 41, 44, 54, 55, 60, 70, 80, 92, 117, 119, 125, 126, 164, 165, 186, 200, 201, 212, 240, 241, 244, 260, 265, 267, 280, 306, 315, 324, 329, 352, 360, 367, 403, 424, 551, 560, 567, 592, 595, 616, 618, 630
 – estetyczna 571–573, 575–577, 585
 – holistyczna 27, 264, 591
 – katastrof 68–71, 138
 – kliniczna (naprawcza) 24, 42–44
 – oparta na faktach 42, 44, 56
 – podróży 120
 – profilaktyczna 24, 29, 42–44, 67, 225, 227, 623, 631
 – ratunkowa 68, 70
 – zachodnia 265
 MERS 78, 119–121, 126, 129
 meskalina 486, 487
 Messenger 142
 metadon 347, 471, 493, 494
 metale ciężkie 162, 177, 563,
 metamfetamina 485, 487
 miążdżycza 307, 308, 329, 335, 504
 Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) 440
 mierniki stanu zdrowia 50, 53
 Międzynarodowa Książeczka Szczepień (Yeloow Book – żółta książeczka) 85
 Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych 53, 372
 mięso 292, 300–302, 309, 311, 313, 315, 316, 328, 343
 mikroflora wodna 175
 mikroklimat 620

- mikrouraz 299
milenials 215–217, 238
Ministerstwo Zdrowia 83, 140, 252, 254, 255, 355, 356, 502, 514, 597, 610, 630, 631
miód 307, 335
mobbing 377, 382, 383
mobilne aplikacje zdrowotne 48
model uzależnienia 351
model matematyczny 59–62, 70, 129, 130
modyfikacja sposobu żywienia 344
molestowanie seksualne 373, 382, 384, 402
– – dzieci 153
monitoring jakości powietrza 169
monitoring występowania NOP 87
morfina 346, 471, 485, 487, 492, 529
mowa nienawiści 29, 382, 386–390, 392
MRSA zob. gronkowiec złocisty oporny na metycylinę
MSDP zob. *maternal smoking during pregnancy*
muzykoterapia 280
mycie rąk 36, 44, 56, 73, 76, 77, 79, 97, 607, 609, 610
Mycobacterium 176
MyPiramid 305
MyPlate 301, 305
- N**
naciśnienie tętnicze 291, 298, 300, 308, 310, 312, 317, 323, 324, 335, 337, 338, 352, 386, 378, 435, 455, 489, 550, 580, 622
– – u dzieci 323, 324
nadopiekuńczość rodziców 223
nadumieralność mężczyzn 248
nadużycia seksualne 394, 452
nadwaga 59, 291, 316, 318–320, 321, 325, 327, 329, 335, 337, 349, 355, 550
nagła utrata 362, 422, 423
Najwyższa Izba Kontroli (NIK) 255, 599–601
najwyższe dopuszczalne stężenie 620
nałóg 207, 269, 339, 345, 352, 419, 430, 448–450, 501, 503, 504, 507, 511, 513, 525, 533–535, 537, 539, 569
napój energetyzujący 314
– hipertoniczny 174
– hipotoniczny 174
– izotoniczny 174
narkomania 351, 378, 414, 469, 470, 477, 478, 497
narkotyki 59, 370, 414, 427, 463, 470, 472–474, 475–477, 479–482, 485, 486, 489, 492, 514, 529, 535
Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej (NCEŻ) 316, 355
Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) 291, 320, 335, 336, 338, 356, 513, 597, 600, 601, 606, 617
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) 33, 83, 87, 106, 124, 125, 134, 628
Narodowy Program Ochrony Antybiotyków 597
Narodowy Program Zdrowia (NPZ) 316, 628, 629
National Health Service (NHS) 76
nawozy sztuczne 180, 183
NCEŻ zob. Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej
negatywne emocje 150, 325, 423, 560
neurotyczność 269
NFZ zob. Narodowy Fundusz Zdrowia
NHS zob. National Health Service
nieczystości 31, 185
niedożywienie 59, 515, 551, 552, 545
niekonwencjonalne metody leczenia 423
niepełnosprawność 43, 91, 105, 108, 109, 152, 258, 262, 284, 335, 370, 388, 395, 399, 423, 424, 600, 625
niepłodność 158, 166, 212, 328
niepożądany odczyn poszczepienny (NOP) 86, 87
nierówności społeczne 158, 159
nierówności zdrowotne 39, 157, 159, 164, 629
nieuleczalna choroba 422, 455
NIK zob. Najwyższa Izba Kontroli
nikiel 163, 177, 503
nikotyna 157, 270, 346, 347, 358, 500, 501, 507–509, 510, 528, 536
nikotynizm 90, 300, 380, 500, 508, 525
nikotynowa terapia zastępcza 507, 508

NIZP-PZH zob. Narodowy Instytut Zdrowia
Publicznego – Państwowo Zakład
Higieny

NOP zob. niepożądany odczyn
poszczepienny

nowe środki psychoaktywne (NSP) 469, 470
nowotwór 51, 90, 159, 161, 166, 185, 248,
303, 304, 312, 317, 333, 335, 368, 370,
429, 433, 456, 503–504, 527, 530, 531,
563, 571, 586, 587, 629, 631

NPZ zob. Narodowy Program Zdrowia

NSP zob. nowe środki psychoaktywne

O

obowiązek zgłaszania choroby zakaźnej 72

obowiązek zgłaszania NOP 86

obraz własnej osoby 411, 425

obturacyjny bezdech senny 338, 362

obwód talii 325–327

ochrona zdrowia 33, 36, 38, 41, 48, 68, 85,
118, 146, 148–150, 157, 164, 179, 180,
183, 257, 258, 261, 298, 453, 505, 508,
599, 605, 618, 619, 624, 625

ochrona osobista 73, 80, 85, 130, 146, 607,
611

odczyn poszczepienny 86, 87

odkazywanie powierzchni 77

odkazywanie sprzętu medycznego 78

odpady 180, 185–187, 607

gromadzenie 162

import 186

skażenie 186

składowanie 162, 188

substancje promieniotwórcze 179, 180,
186

trucizny 186

usuwanie 185

zakażenie 186

– komunalne 186

– medyczne 186

– niebezpieczne 157

odporność grupowa 85, 90

odporność indywidualna 85

odporność populacyjna 265

odra 85, 87–89, 102, 104, 135

odwodnienie 173, 174, 353, 552

odzież ochronna 80, 149, 607, 610, 611, 623

ofiary molestowania seksualnego 402

ognisko epidemiczne 73, 106, 110, 111, 136,
604

ognisko zakaźne 62, 72

ogród 35, 199, 205–208, 256

– botaniczny 208

oksytocyna 209, 274

olów 163, 177, 183, 184, 563

One Health 626

ONZ zob. Organizacja Narodów Zjednoczo-
nych

opalenie się 49, 563, 585–587

operacja bariatryczna 353, 354

opiat 347, 418, 472, 478, 486, 529

opieka długoterminowa 258, 605

opiod 346, 347, 358, 471, 485–487, 492–494

Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ)
138, 175, 244, 624

ortoreksja 537, 541–546

orzeczek 292, 301, 303, 304, 311, 315

ospa prawdziwa 60, 82, 72, 75, 83, 92, 108,
110–112, 119, 135, 624

ośrodek interwencji kryzysowej 409

OTC zob. *over-the-counter drug*

otępienie 46–48, 240, 361, 368, 396

otyłość 24, 29, 59, 257, 291, 298, 307–309,
312, 313, 316–324, 328, 334, 337, 339,
341–343, 347, 352–354, 358, 371, 419,
455, 537, 550, 625

aktywność fizyczna 24, 323

dieta 306

grupy wsparcia 345, 355, 356

uzależnienie 317, 329, 339, 340, 344–350
żywność 59, 342

– brzuszna (trzewna) 291, 325–327,

329–331, 333, 335

over-the-counter drug (OTC) 488

P

pałace ciążarne 519, 527

palenie tytoniu 156, 257, 293, 351, 482, 501,
504, 508, 563

– – biernie 291, 503, 505

– – czynnie 500

ciąża 525–528

- PAN zob. Polska Akademia Nauk
- pandemia 28, 29, 34, 36, 38, 39, 44, 45, 49, 51, 59–62, 64, 65, 67, 69, 71–76, 78, 80–82, 92, 94, 96, 102, 107, 113–121, 123–131, 133–150, 152, 153, 188, 213, 225, 227, 234, 237, 240, 247, 250, 299, 317, 322, 370, 501, 508, 597, 599, 605, 606, 612, 623, 624, 626
- Państwowa Inspekcja Pracy (PIP) 383–384
- Państwowa Inspekcja Sanitarna (PIS) 41, 62, 179, 180, 604, 623, 624, 628
- Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) 452, 456, 467
- państwowy inspektor sanitarny 63
- papierosy 49, 59, 293, 427, 492, 500–505, 507–514, 525–528, 532, 568
- PARPA zob. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
- pchły 93
- pedofilia 152, 153, 386, 392
- PEM zob. promieniowanie elektromagnetyczne
- pestycydy 164, 177, 178, 183, 416
- picie kontrolowane 436, 459
- picie ryzykowne 432, 440
- picie szkodliwe 432, 433
- pieczywo 292, 302, 306, 313
- pielęgniarka 54, 57, 58, 68, 142, 149, 150, 376, 404, 562, 600, 606, 612, 614, 618, 625
- emigracja 259
- liczby 119, 257, 259, 600, 616, 617
- wiek 259
- piercing (koleczykowanie) 419, 562, 565–571
- pigułka gwałtu 411–414
- PIP zob. Państwowa Inspekcja Pracy
- piramida żywienia 301–305
- PIS zob. Państwowa Inspekcja Sanitarna
- piwo 306, 433, 452, 460, 515, 551
- plodność 166, 167, 214, 327, 333, 335, 368, 504, 574
- plodowy zespół tytoniowy (zob. *fetal tobacco syndrome*)
- pochówek 95
- POChP zob. przewlekła obturacyjna choroba płuc
- podchloryn sodowy (sodu) 78, 79
- podział pokoleń 215, 216
- pogrzeb 237, 238
- pogrzeb on-line 237
- pokolenie X – Y – Z 216
- poliomyelitis* 91, 108–110, 135
- historia 105–107
- szczępienia 106, 107, 109, 119, 135
- polityka zdrowotna 38, 40, 41, 157, 348, 628–630
- Polska Akademia Nauk (PAN) 39, 390
- Polskie Towarzystwo Higieniczne (PTH) 34–36
- Polskie Towarzystwo Suicydologiczne (PTS) 249, 251
- Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych (PTZS) 599
- poprawianie urody 553, 572, 573, 585
- poradnia antynikotynowa 501, 507, 513
- pornografia dziecięca 153, 401
- portal społecznościowy 90, 136, 142, 231, 544, 574
- posttraumatic stress disorder* (PTSD) zob. zespół stresu pourazowego
- potencjał zdrowotny 268, 269, 271, 293, 367
- powiększanie
- penisa 576
- piersi 575
- ust 574
- poziom edukacji 156, 158
- pozew sądowy 616
- pracownik służby zdrowia 45, 48, 80, 99, 189, 255, 259, 260, 270, 359, 393, 453, 561, 604–606, 614, 617
- pandemia 44, 62, 96, 145, 148–151
- Prawo wodne 180
- pregoreksja 537, 549–551
- produkt light 344
- produkt wysokosłodzony 314, 319, 322
- produkt zbożowy 292, 302, 305
- profilaktyka udarów mózgu 47
- profilaktyka uzależnień 493
- profilaktyka zdrowotna 43

promieniowanie elektromagnetyczne (PEM)
165, 166

promieniowanie ultrafioletowe 78, 161, 164,
587

promowanie/promocja zdrowia 37–41, 44,
263, 265, 625, 628–630

prozdrowotne żywienie 305

prozdrowotny styl życia 31, 240, 270, 293,
317, 371, 502

próba samobójcza 233, 250–252, 254, 255,
395, 402, 405, 415, 433, 568

przemoc 55, 97, 220, 383, 385, 387, 393–396,
400, 405, 406, 408, 431, 432, 460, 462,
478, 496, 531, 567, 568, 593

– domowa 152, 433

– fizyczna 154, 253, 254, 325, 383, 393, 397,
399, 402, 452

– pasywna 396

– seksualna 254, 358, 372, 393, 401, 452,
462

– w mass mediach 231

przestępczość narkotykowa 476, 477

przeszczep tkanki tłuszczowej 579, 580

przewlekła obturacyjna choroba płuc
(POChP) 504–507, 511

przewlekłe zmęczenie 149, 368, 376, 489

przyczyna zgonu 53–55, 93, 116, 117,
247–249, 258, 299, 300, 336, 370, 430,
505, 506, 537

przyprawy 304

przyrost naturalny 158, 213

przyłulanie 209, 275, 286

Pseudomonas aeruginosa 603

psychoedukacja 494

psychoprofilaktyka 271

psychoterapia 345, 374, 457, 467, 495

psylocybina 486, 487

PTH zob. Polskie Towarzystwo Higieniczne

PTS zob. Polskie Towarzystwo
Suycydologiczne

PTSD zob. *posttraumatic stress disorder*

PTZS zob. Polskie Towarzystwo Zakażeń
Szpitalnych

PubMed 58, 316

R

radionuklidy 177

recykling 186, 187

reklama alkoholu 429, 456

relacje interpersonalne 269, 405, 464

relaks 149, 195, 203, 280, 284, 352, 466

rękawice medyczne 80, 130, 607, 610–612

robot 132, 612, 613

egzoszkielet 132

humanoid 132

– medyczny AGV 612

rodzic alkoholik 270

rodzina 28, 43, 56, 111, 147, 149–152, 155,
156, 158, 204, 206, 218–221, 223, 232,
236–238, 241, 247, 252, 254, 266, 270,
276, 289, 340, 350, 358, 370, 372, 376,
394–396, 398, 402–404, 406, 407, 409,
410, 421, 428, 429, 431, 432, 439, 440,
444, 446, 453, 461–464, 466, 467, 474,
478, 482, 484, 485, 497, 519, 533, 537,
539, 545, 547, 548, 559, 565, 566, 573,
583, 602–603, 631

– dysfunkcyjna 373, 432, 464, 465, 475, 477,
478

– patchworkowa 221–223

– przybrana 222

rośliny 50, 75, 80, 102–104, 180, 182–183,
190, 205–207, 292, 302, 427, 486

– halucynogenne 486

– strączkowe 292, 302, 305, 306, 343

rozpuszczalniki 416, 471, 472, 486, 487

rozwód 219, 221, 222, 369, 370

różyczka 85

ruch antyszczepionkowy 28, 88–90, 134, 135

ryby 167, 190, 292, 301, 302, 305, 311, 313

ryzyko zawodowe 158, 618

rzucenie palenia 501, 507, 513, 525

S

sacharoza 306–307, 347–348

sacharyna 347–348

Salmonella typhi 79, 100, 101, 176

salon tatuażu 556, 558

salutogeneza 267, 268

samobadanie 293

- samobójstwo 28, 59, 150, 224, 226, 232, 233, 249–254, 256, 257, 367, 368, 374, 389, 409, 415, 417, 420, 421, 454, 574, 584
- samokontrola zdrowia 293
- samookaleczanie (samookaleczenie) 395, 415–417, 420, 433, 559,
- samotność 142, 208, 220, 234–235, 251, 255, 276, 340, 370, 391
- SARS-CoV-2 28, 73, 75, 76, 78, 82, 96, 102, 124, 126–129, 132, 134, 135, 137, 140, 141, 144–145, 151, 605, 606
- seks 77, 243, 285–289, 415, 418, 534, 536, 573, 576
- seksualne
- doznania 418, 566, 571, 576
 - kontakty 401
 - wykorzystywanie dzieci 152–154, 253, 385, 386, 400–402
 - życie 243, 285–288, 576, 577
- sen 13, 48, 149, 291, 297, 298, 357, 360, 361, 363–366, 401, 415, 491
- Shigella* 176
- siedzący tryb życia 294, 297, 323
- siłownie 76, 284, 580, 586, 588, 590
- singiel 235, 288
- sinice 180, 181
- sirtuiny 311
- skala uzależnienia od żywności (Yale Food Addiction Scale – YFAS) 349
- skażenie mikrobiologiczne 178–180
- składowanie odpadów 162, 188
- słodkie napoje 292, 313
- słodycze 292, 317, 343–345, 347, 348, 351, 352
- słodzik 347, 348
- usługi sanitarne 62, 119, 136
- smartfon 46–48, 65, 66, 128, 165, 229–233, 278, 283, 297, 507, 576
- solarium 223, 297, 585–587
- sól 174, 304, 312–313, 344, 403
- spektrum alkoholowych uszkodzeń płodu
zob. *fetal alcohol spectrum disorder* (FASD)
- społeczność terapeutyczna 493, 495
- sport 150, 218, 270, 294, 295, 299, 345, 364, 391, 421, 589, 636, 655, 580
- spożycie alkoholu 147, 257, 432, 437, 461, 519
- sprawność fizyczna 37, 45, 50, 240, 388, 422, 445
- sprzęt jednorazowy 78, 607, 608
- stacje sanitarno-epidemiologiczne 62, 88, 178–181
- starość 28, 236, 238, 239, 241–244, 246, 247, 282
- starzenie się 45, 214, 238, 240, 242–244, 251, 283, 298, 311, 578, 587
- status społeczny 156, 158, 528, 531, 553, 555, 566
- a zdrowie 158
- stres 9, 13, 22, 24, 25, 28, 54, 147–151, 156–158, 194, 199, 203, 207, 209, 216, 226, 233, 254, 256, 267–269, 279, 286, 287, 289, 291–293, 311, 317, 338–341, 352, 362, 367–369, 371, 372, 374, 378, 380, 388, 402, 408, 410, 418, 432, 439, 445, 448, 462, 474, 494, 497, 507, 522, 574, 622
- struktura demograficzna 158, 212
- a zdrowie 158
- studnia 175, 178
- stygmatyzacja 148, 325, 470, 474, 558
- styl życia 23, 24, 30, 31, 40, 43, 49, 92, 119, 157, 212, 215, 222, 225, 227, 230, 235, 239, 240, 248, 252, 268, 270, 290–293, 303, 304, 311, 315–317, 319, 321, 324, 337, 339, 342–344, 355, 362, 371, 379, 381, 458, 481, 502, 505, 544, 545, 588, 629
- stymulant 485, 487
- substancja psychoaktywna 29, 156, 323, 254, 271, 292, 293, 346, 350, 362, 371, 373, 380, 427, 428, 430, 431, 435, 468, 470–473, 486, 491, 492, 494, 514, 524, 529, 531, 532, 537, 538, 567, 568, 587
- substancja toksyczna 59, 157, 167, 183, 342, 492, 503, 511, 620
- suplementy 304, 588–590
- surówki 545
- szaman 265
- szczepienie 60, 63, 78, 81, 83–91, 99, 101, 107–114, 116–119, 134, 135, 139–141, 209, 258, 625–627
- sztuczna substancja słodząca 344

Ś

- śmiech 278–283
- śmierć 53, 55, 69, 90, 99, 129, 136, 137, 142, 184, 218, 231, 232, 236–238, 242, 246, 249, 260, 273, 276, 277, 299, 327, 369, 370, 399, 415, 419, 422, 490, 492, 494, 503, 506, 565, 574, 603, 615, 621
 - aktywność fizyczna 298–299
 - dżuma 93, 94, 97, 115
 - cholera 99
 - katastrofy 69
 - kawiarnie śmierci 149
 - obraz „Triumf śmierci” 92
 - opiat 529
 - opiod 494
 - poród 59, 529
 - tyfus plamisty 100, 101
- środki
 - dezynfekcyjne 76, 78, 611
 - halucynogenne 478, 487, 488
 - ochrony osobistej (indywidualnej) 80, 130, 146, 606, 610, 611
 - psychoaktywne 157, 314, 346, 350, 351, 458, 468, 469, 473, 474, 478–481, 483, 486, 491, 492, 497, 523, 531
- środowisko pracy 32, 39, 156–158, 162, 215, 289, 383, 620–622, 626
- świadomość zdrowotna 269
- Światowa Organizacja Zdrowia – World Health Organization (WHO) 32, 36–38, 53–55, 60, 73, 83, 86, 93, 99, 106–109, 112, 118, 124, 130, 139, 148, 160, 161, 163, 170, 175, 178, 188, 238, 240, 248, 249, 255, 257, 262, 263, 265, 294–298, 303, 317, 319, 321, 323, 327, 335, 336, 339, 370, 372, 375, 376, 393, 400, 429, 430, 434, 435, 441, 469, 485, 488, 500, 502, 505, 508, 512, 538, 586, 597, 604, 609, 624, 626
 - aktywność fizyczna 294
 - eradykacja ospy prawdziwej 83
 - kampanie edukacyjne 148
 - poliomyelitis 106–109
 - zapobieganie samobójstwom 257
 - zwalczanie dezinformacji 139

Światowy Dzień

- AIDS 625
- bez Tytoniu 625
- Bezpieczeństwa Pacjentów 625
- Choroby Chagasa 625
- Krwiodawcy 625
- Gleby 182
- Gruźlicy 625
- Higieny Rąk 609
- Kangurowania 275
- Malariai 624
- Mycia Rąk 610
- Nacisnienia Tętniczego 338
- Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc 506
- Rzucania Palenia 501, 513
- Wirusowego Zapalenia Wątroby 625
- Wody 175
- Zapobiegania Samobójstwom 256, 257
- Zdrowia 625
- Zdrowia Psychicznego 272
- Żywności 188
- Światowy Szczyt Żywności 187
- Światowy Tydzień Szczepień 625
- Światowy Tydzień Wiedzy o Antybiotykach 598, 625
- świnka 85, 104

T

- taniec 28, 96, 246, 284, 293, 427
- śmierci 99, 136
- tanoreksja 537, 585–587
- tatuaż 78, 419, 555–569, 579
 - epidemiologia 561
 - historia 555–559
 - lokalizacja 555–557
 - obraz 561
 - medycyna sądowa 560
 - powikłania 564
 - problemy zdrowia psychicznego 561, 562
 - przeciwwskazania medyczne 569
 - toksyczność tuszu 563, 564, 569
 - zachowania ryzykowne 567, 568
- Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży 254, 257

telefon komórkowy 58, 67, 76, 165, 166, 233, 253, 407

telemedycyna 45–47, 146, 459

teoria bramy (*gate theory*) 351, 482

teoria spiskowa 138, 139

terapia 43, 44, 53, 117, 119, 138, 144, 199, 206, 209, 210, 216, 240, 278, 279, 282, 284, 345, 368, 374, 380, 404, 411, 412, 420, 421, 450, 453, 457–461, 466, 467, 495, 506–508, 523, 540, 546, 548, 577, 593, 596, 600, 602

– behawioralna 344

– grupowa 457, 458, 494, 495, 552

– śmiechem 142, 280

tereny zielone 198, 208

tężec 85, 87, 570, 577

The United Nations Children’s Fund (UNICEF) zob. Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci

tlenek węgla 503, 507, 510

tłuszcz 174, 301, 306, 309, 312, 325, 328, 330–332, 349, 353, 455, 578, 579

usuwanie operacyjne 578

– roślinny 292, 305

toksyna 75, 180, 181, 492, 505

– botulinowa 572, 577

triada epidemiologiczna 72

troska o zdrowie 270

trucizna 75, 100, 186, 577

trzęsienia ziemi 69, 125, 129

Tydzień Świadomości Zdrowia Psychicznego 271

tyfus płamisty 100, 101, 115

U

udar mózgu 47, 55, 161, 248, 282, 298, 332, 335, 337, 338, 368, 427, 489, 504, 527

UE zob. Unia Europejska

umieralność 50–53, 56, 213, 248, 303, 502, 624, 629

umieranie 99, 142, 149, 276

Unia Europejska (UE) 70, 71, 131, 175, 178, 183, 186, 213, 249, 257–260, 318, 335, 370, 394, 508, 510, 512, 514, 565, 600, 601, 605, 514,

UNICEF – The United Nations Children’s Fund zob. Fundusz Narodów Zjednoczonych Na Rzecz Dzieci

Unijna Dyrektywa Kosmetyczna 564

uniwersytety trzeciego wieku 239, 246

uśmiech 141, 142, 247, 277, 278, 280–283, 286

utrata pracy 148, 370, 383

uwarunkowania zdrowia 155, 156, 163, 267

uzależnienia behawioralne 24, 533–538, 586, 587

uzależnienia od substancji psychoaktywnych 371, 473, 479, 537, 538

uzdatnianie wody 176, 177

uzdrowiciel 625

W

warstwa ozonowa 163, 167, 169

Warszawskie Towarzystwo Higieniczne (WTH) 34–36

warzywa i owoce 174, 182, 292, 301–303, 305–307, 310, 311, 313, 323, 328, 342–344

weganizm 270, 300, 308, 309, 544, 545

wegetarianizm 237, 270, 300, 308, 309

węglany 177, 563

węglowodany 174, 306, 307, 318, 330, 347, 349, 350

WhatsApp 142, 625

WHO – World Health Organization zob. Światowa Organizacja Zdrowia

WHR – *waist to height ratio* zob. wskaźnik talia-biodro

wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne 510

więzienie 100, 143, 207, 370, 372, 373, 556, 557, 561

wirus ebola 118, 129

wirusowa gorączka krwotoczna 72, 120, 121, 123

wirusowe zapalenie wątroby (WZW) 531, 564

--- typu A 84

--- typu B 77, 78, 564, 565, 570, 571, 598

--- typu C 564, 565, 570, 571, 598

- woda 31, 59, 64, 75, 78, 93, 97, 100, 101, 103, 114, 156–158, 161–164, 167, 169–181, 183, 185, 188, 276, 301, 308, 313, 343, 348, 412, 455, 579, 601, 627
- wodociągi publiczne 34, 176, 177, 179, 183
- wojna 23, 33, 36, 94, 100, 101, 114, 116, 143, 198, 213, 217, 267, 285, 301, 372, 373, 389, 468, 538, 556, 610, 630
- biologiczna 74
 - hybrydowa 89
- World Health Organization (WHO) zob. Światowa Organizacja Zdrowia
- Worldometer 58, 59, 128
- wskaźnik talia-biodro (WHR – *waist to height ratio*) 327, 333
- wsparcie społeczne 156, 158, 245, 268, 269, 293, 494, 495
- współczynnik chorobowości 51, 52, 55
- współczynnik dzietności 214
- współzależnienie 350, 431, 461–464
- WTH zob. Warszawskie Towarzystwo Higieniczne
- wychowywanie dzieci 25, 209, 222, 223, 256, 286, 462, 467, 475, 478
- wycinanie lasów 188
- wydajność pracy 376, 431
- wydatki na aktywność fizyczną
- wydatki na ochronę zdrowia (opiekę zdrowotną) 58, 258, 259, 298
- wygląd 96, 231, 238, 239, 246, 252, 340, 351, 383, 384, 452, 505, 509, 553, 554, 567–569, 573, 574, 576–578, 582–584, 586–589, 592, 593
- wykaz zakażeń i chorób zakaźnych 60, 72
- wykorzystywanie seksualne 153, 253, 386, 400, 412
- wykształcenie 92, 151, 155, 224, 237, 257, 260, 261, 344, 396, 403, 432, 559
- wymagania sanitarno-epidemiologiczne 599
- wypadek przy pracy 164, 621, 623
- wypadek drogowy (komunikacyjny) 59, 68, 164, 232, 249, 252, 300, 373, 374, 430, 431, 433
- wypadkowość 431, 453
- wypalenie zawodowe 54, 375–381, 617
- WZW zob. wirusowe zapalenie wątroby
- Y**
- Yellow Book zob. Międzynarodowa Książeczka Szczepień (żółta książeczka)
- YFAS – Yale Food Addiction Scale zob. skala uzależnienia od żywności
- Z**
- zaburzenie 29, 47, 53, 77, 79, 162, 265, 167, 173, 182, 183, 192, 193, 210, 216, 228, 229, 238, 240, 243, 251–254, 263, 265, 266, 269, 271, 287, 295, 299, 300, 309, 317, 318, 324, 325, 329, 332, 334, 335, 339, 344, 345, 348–350, 353, 368, 371–373, 378, 402–404, 412, 415, 416, 419–421, 429–431, 433–436, 440, 445, 446, 448, 451, 452, 454–456, 478, 479, 484, 487, 489–492, 496, 504, 515–517, 519–521, 524, 526–530, 533, 534, 537–539, 542, 543, 545, 547, 550, 562, 569, 576, 577, 579–581, 583, 584, 586–589, 592–594, 596, 600, 629
- gospodarki lipidowej 298, 300, 589
 - obsesyjno-kompulsywne 480, 543, 544, 572, 581, 582, 593, 594
 - odżywiania 325, 340, 395, 402, 405, 541–544, 546, 548, 549, 551, 552, 562, 584, 586
 - – płodu 529
 - snu i czuwania 357–359, 361–363, 365, 368, 374, 378, 395, 487, 529
 - zdrowia psychicznego 54, 81, 142, 147, 206, 231, 251–254, 276, 370, 371, 395, 403, 405, 415, 417, 429, 433, 434, 538
 - żywienia i odżywiania 24, 537, 541–546, 548, 551, 552
- zachorowalność 50, 51, 108, 166, 336, 546, 599
- zachorowanie masowe 68, 75, 108, 124, 185
- zachowanie agresywne 231, 269, 275, 325, 398, 415, 419, 430, 465, 475, 497
- antyzdrowotne 269, 293, 317, 514
 - prozdrowotne 269–270, 284
 - ryzykowne 452, 567
 - seksualne 157, 254, 401, 402, 405
- zagęstnik 343

- zagrożenie 30, 47, 60, 63, 66, 69–72, 74, 75, 84, 86, 90, 93, 97, 103, 113, 132–136, 167, 173, 175, 186, 217, 218, 224, 231, 232, 236, 253, 269, 274, 277, 294, 298, 322, 330, 346, 372, 373, 393, 419, 436, 444, 452, 462, 472, 485, 486, 489, 491, 506, 514, 527, 538, 548, 555, 571, 586, 589, 590, 597, 606, 611, 613, 620, 624
- zagrożenie epidemiczne 73, 92, 93, 102, 110, 112, 116, 119, 124, 134–136, 141, 142, 144, 146–148
- zagrożenie środowiskowe 161, 163, 164, 167, 171, 175, 177–180, 182
- zajęcia pozalekcyjne 223
- zakażenie 44, 50, 56, 62–64, 70, 72, 73, 75, 77, 78, 80–82, 86, 100, 108–116, 118–122, 124, 126, 128, 130, 131, 133, 134, 136–138, 141, 144–146, 148–150, 159, 162, 337, 401, 403, 410, 414, 452, 454, 528–531, 550, 561, 564, 565, 569–572, 576, 579, 601–611, 626, 627
- drogą kropelkową 93, 137
 - szpitalne 63, 64, 79, 597–600, 603, 604, 607, 609, 615, 616
- zalecenia żywieniowe (dietetyczne) 302–305
- zanieczyszczenie 150, 179, 301, 308, 564, 608, 610
- powietrza 161–164, 168, 169, 185, 502
 - wody 161–163, 176, 177, 179, 180, 182, 188
 - środowiska 157, 161, 162, 167, 188
- zaniedbywanie dziecka 254, 396
- zapadalność 50–52, 106, 107, 503
- zapotrzebowanie na wodę 172, 173
- zawał serca 161, 299, 335, 427, 489, 504, 508, 530, 595
- zdarzenie medyczne 615
- zdrowa dieta 46, 174, 301, 304, 310, 311, 316, 337, 343, 352, 381, 542, 544, 545
- zdrowie 23–25, 29–33, 35, 36, 38–41, 43–45, 48, 50, 53, 57, 59, 60, 66, 67, 70, 75, 85, 86, 90, 91, 95, 124, 129, 130, 132–135, 137, 139, 149, 155–165, 172, 176–180, 183, 184, 189, 195, 204, 206, 207, 212, 215, 227, 238, 239, 240, 246, 248, 257, 260, 264–271, 277–280, 282, 286, 290–294, 298, 300–304, 309, 311, 312, 315, 321, 327, 330, 332, 334, 342, 343, 355, 358, 360, 362, 365, 367, 368, 370, 381, 390, 393, 404, 410, 412, 419, 429, 434, 439, 441, 452, 454, 458, 491, 492, 501, 502, 504, 512, 513, 518, 526–528, 542, 544, 545, 563, 585, 588–590, 592–594, 597, 607, 608, 610, 615, 618–622, 625, 626, 629
- duchowe 155, 263, 264, 271
 - emocjonalne 262, 271
 - fizyczne 29, 39, 136, 155, 158, 193–196, 215, 216, 218, 223, 225, 233, 252, 263–265, 271, 287, 293, 378, 536
 - intelektualne 271
 - populacji 44, 50, 55, 156, 158, 212, 287, 430, 627
 - psychofizyczne 189, 201, 205, 223, 367, 553, 561
 - publiczne 31, 33, 37–41, 44, 46, 53, 59, 67, 72, 157, 160, 166, 168, 183, 319, 322, 472, 508, 586, 622, 624–626, 628–630
 - psychiczne 25, 28, 29, 39, 48, 81, 136, 147–150, 155, 158, 190, 195, 205, 206, 208, 218, 223, 225, 227, 252, 254, 262–264, 271, 272, 284, 287, 293, 298, 333, 370, 371, 433, 461, 536, 561, 577, 591
 - seksualne 54, 271, 288
 - społeczne 155, 263, 264, 269, 271, 293, 591
 - środowiskowe 41, 45, 157, 160, 163, 188, 271, 625
 - w ujęciu holistycznym 264–266
- zespół
- abstynencyjny 435, 436, 438, 493
 - objawy 446, 485, 490, 493, 494
 - dziecka maltretowanego 29, 393–407, 596
 - dziecka potrząsanego 399
 - metaboliczny 308, 317, 332, 334
 - Münchhausena 402–404, 596
- zespół stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder* – PTSD) 25, 54, 148, 150–151, 371–374, 410–411
- zgon 30, 43, 49, 50, 52–55, 58–60, 63, 69, 72, 86, 87, 93, 98, 99, 101, 107, 116, 117, 128, 134, 145, 158–162, 168, 213, 247–251, 253, 257, 258, 295, 298–300, 303, 304,

- 333, 336, 370, 399, 429, 430, 490, 493,
500, 504–506, 511, 530, 537, 550, 597,
601, 624
- zgwałcenie 29, 372, 373, 384, 385, 408–414,
452
- zielen w miastach 190, 197, 198, 205, 208
- ziemniaki 301, 306
- zioła 96, 111, 173, 304, 492
- zły dotyk 386
- zmiany klimatyczne 71, 103, 158, 163, 167,
168, 171, 182
- Ż**
- żelazo 175, 177
- życie intymne 285
- bliskość 285, 286, 293
 - kontakty 286
 - przestrzeń 283
 - relacje 219, 221
 - zbliżenie 276, 286
- żywnienie 24, 32, 41, 59, 187, 188, 252, 300–
303, 305, 307, 309–317, 320, 322, 328,
329, 334, 337, 338, 340–344, 346, 355,
455, 488, 537, 540, 542, 545, 548, 549,
552, 624

To rodzaj przewodnika po poszczególnych działach tworzących nowy wizerunek higieny. Pokazuje, jak szeroki i rozległy jest zakres jej zainteresowań, jaką rolę ma w niej do odegrania lekarz rozumiejący zakres medycyny profilaktycznej. [...] Autorzy uatrakcyjnili swoje dzieło informacjami dotyczącymi historii rozwoju myśli higienicznej, a poprzez własną narrację spowodowali, że podręcznik nie jest dla czytelnika nużący, a wręcz nie można się od niego oderwać. [...] Ważnym atutem [...] jest skład autorski, który określa się jako: *My, doświadczeni długą praktyką lekarską i długim życiem lekarze, [którzy] chcielibyśmy niejako zarazić młodych myśleniem i działaniem profilaktycznym.*

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak

To autorskie spojrzenie na dobrze znane i opisane problemy zostało wzbogacone o treści dotyczące aktualnych zagadnień zdrowia publicznego, takich jak: pandemia COVID-19 i bezpieczeństwo publiczne, w tym także uzależnienia od nowych technologii czy technik upiększających. Profil zawodowy współautorów sprawia, że praca [...] zawiera również wiele odniesień do kondycji psychospołecznej populacji, problemów zdrowia psychicznego, występujących uzależnień i możliwości ich zapobiegania, a także przestępczości.

Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Kowalska



ISBN 978-83-66723-20-7



DOI 10.26399/978-83-66723-20-7