

The logo for WSA (Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży) features the letters 'WSA' in a large, bold, black, sans-serif font. A thin, grey, curved line sweeps across the bottom of the 'A'.

WYŻSZA SZKOŁA AGROBIZNESU  
W ŁOMŻY

Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży

Seria:

**Zeszyty Naukowe**

**Nr 42**

Łomża 2009

**WYŻSZA SZKOŁA AGROBIZNESU W ŁOMŻY  
ACADEMY OF AGROBUSINESS IN ŁOMŻA**

**KOMITET REDAKCYJNY**

Dr inż. Piotr Ponichtera  
Dr inż. Andrzej Borusiewicz  
Mgr Paulina Zabielska – sekretarz  
Mgr inż. Marek Pawłowski – redaktor naczelny

**RADA NAUKOWA**

Prof. zw. dr hab. Zofia Benedycka (Łomża)  
Prof. zw. dr hab. Povilas Duchovskis (Wilno – Litwa)  
Prof. nadzw. dr hab. Roman Engler (Łomża)  
Prof. nadzw. dr hab. n. med. Andrzej Gomuła (Łomża)  
Prof. zw. dr hab. n. med. Ida Kinalska (Białystok)  
Prof. zw. dr hab. Leonid Kompanets (Łódź)  
Prof. zw. dr hab. Czesław Miedziałowski (Białystok)  
Prof. dr John Mulhern (Cork – Irlandia)  
Prof. nadzw. dr hab. n. med. Jacek Ogrodnik (Warszawa)  
Dr n. med. Waldemar Pędziński (Łomża)  
Gen. prof. zw. dr hab. n. med. Jan Krzysztof Podgórski (Warszawa)  
Prof. zw. dr hab. Franciszek Przała (Olsztyn)  
Prof. zw. dr hab. n. med. Zbigniew Puchalski (Łomża)  
Prof. dr Knut Schuttemeyer (Glauchau - Niemcy)  
Płk d. n. med. Sławomir Skrzyński (Warszawa)  
Płk dr n. med. Stanisław Sosnowski (Bydgoszcz)  
Dr n. med. Jarosław Szymczuk (Białystok)  
Prof. nadzw. dr hab. Sławomir Teclaw (Bydgoszcz)  
Prof. zw. dr hab. n. med. Eugeniusz Tiszczenko (Grodno – Białoruś)  
Dr n. med. Maria Wilińska (Warszawa)

**RECENZENCI**

Prof. zw. dr hab. n. med. Zbigniew Puchalski  
Dr n. med. Waldemar Pędziński  
Dr n. med. Stanisław Sosnowski

Skład wykonano z gotowych materiałów dostarczonych przez Autorów.  
Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za dostarczony materiał graficzny.

**ISBN 978-83-87492-77-9**

**Copyright © by Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży  
Łomża 2009**

Wszelkie prawa zastrzeżone. Publikowanie lub kopiowanie w części lub w całości  
wyłącznie za zgodą Wydawcy.

Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży  
18-402 Łomża, ul. Studencka 19  
Tel. +48 (86) 216 94 97, fax +48 (86) 215 11 89  
E-mail: rektorat@wsa.edu.pl

## SPIS TREŚCI

1. <b>Jolanta Ekstowicz, Ewa Falkowska - Pijagin</b> Zachowania zdrowotne na przykładzie nauczycieli i opiekunów z Zespołu Szkół Specjalnych w Grajewie .....	5
2. <b>Wioletta Gutowska, Ewa Falkowska - Pijagin</b> Problem uzależnień wśród młodzieży uczącej się w Gimnazjum w Danówku i Zespole Szkół w Wojewodzinie .....	20
3. <b>Beata Żoch, Ewa Falkowska - Pijagin</b> Aktywność fizyczna jako element stylu życia .....	46
4. <b>Danuta Kozłowska, Ewa Falkowska - Pijagin</b> Alkohol i jego wpływ na zdrowie .....	64
5. <b>Jolanta Miłoszewska, Ewa Falkowska - Pijagin</b> Uzależnienia współczesnych Polaków oraz sposoby walki z nimi .....	84
6. <b>Barbara Murawska, Ewa Falkowska - Pijagin</b> Wpływ palenia papierosów na zdrowie społeczeństwa .....	108
7. <b>Agnieszka Pęska, Ewa Falkowska - Pijagin</b> Otyłość – epidemia XXI wieku .....	129



## **Zachowania zdrowotne na przykładzie nauczycieli i opiekunów z Zespołu Szkół Specjalnych w Grajewie**

*Jolanta Ekstowicz – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży*  
*Ewa Falkowska-Pijagin – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży*

### **Streszczenie**

Zdrowie stanowi podstawową wartość dla każdego człowieka, wartość coraz bardziej uświadamianą i docenianą w miarę wzrostu ogólnej kultury zdrowotnej społeczeństwa.

Zachowania zdrowotne są jedną z kategorii zachowań ludzkich, które składają się na styl życia i decydują o jego jakości. Związane są z kształtowaniem czynników warunkujących życie społeczne jednostki. Realizacja zachowań antyzdrowotnych czy prozdrowotnych jest kwestią wyboru wzorów zachowań dostępnych w danej kulturze, a mających związek ze zdrowiem. [7]

Zachowania antyzdrowotne prowadzą do niszczenia zdrowia, nie są podejmowane świadomie w celu wprowadzenia się w stan chorobowy. Inicjacja zachowań antyzdrowotnych rozpoczyna się zwykle w wieku młodzieńczym, w dorosłym wieku w mniejszym stopniu to dotyczy (z wyjątkiem złego odżywiania się).

Do najbardziej rozpowszechnionych zachowań antyzdrowotnych należą:

- palenie tytoniu,
- nadużywanie alkoholu,
- brak aktywności fizycznej,
- nieracjonalne odżywianie.

Zwykle są to zachowania o dużym nasileniu i długich okresach trwania. Pomimo powszechności ich występowania istnieje też duża świadomość ich zgubnych skutków.

Celem pracy było wykazanie czy nauczyciele i opiekunowie z Zespołu Szkół Specjalnych w Grajewie przejawiają jakieś zachowania antyzdrowotne i czy wiedzą, jakie działania sprzyjają umacnianiu zdrowia.

Badania zostały przeprowadzone w miesiącu kwietniu 2007r. w Zespole Szkół Specjalnych w Grajewie. Podczas badań zastosowano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji.

Przebadano w sumie 40 osób, w tym 32 nauczycieli i 8 opiekunów. W ciągu tygodnia badani respondenci wypełniali ankiety. Udział w badaniu był dobrowolny, ankiety były anonimowe

Przeprowadzone badania wykazały że badana grupa ma wysoką świadomość na temat zachowań prozdrowotnych.

1. Badani są aktywną grupą pod względem prozdrowotnym.
2. Preferują spędzanie wolnego czasu poprzez spacerowanie i pracę na działce.
3. Większość badanych uprawia sport, w szczególności jazdę na rowerze.
4. Ankietowani posiadają wiedzę na temat czynności, których wykonywanie skutkuje wydatkowaniem największej liczby kalorii.
5. Badania potwierdziły, że ankietowani mają pełną świadomość, iż przestrzeganie racjonalnego trybu życia wpływa na nasz stan zdrowia.
6. Ankietowani są świadomą grupą pod względem prawidłowego sposobu odżywiania, co znajduje odzwierciedlenie w ich codziennym życiu.
7. Jedynym „wykroczeniem” przeciwko zdrowemu stylowi odżywiania się jest wypijanie zbyt małych ilości płynów.
8. Badani nie wykazują zachowań antyzdrowotnych.
9. Ankietowani walczą właściwie ze stresem, poprzez wysiłek fizyczny, a nie stosowanie używek.

**Słowa kluczowe:** zachowania zdrowotne, zachowania antyzdrowotne

## Wprowadzenie

Zdrowie stanowi podstawową wartość dla każdego człowieka, wartość coraz bardziej uświadamianą i docenianą w miarę wzrostu ogólnej kultury zdrowotnej społeczeństwa.

Wiele zachowań wynikających z troski o własne zdrowie podejmowanych jest przez samych ludzi i jest niezależne od obowiązującego systemu opieki zdrowotnej. Inne zachowania, np. poddawanie się szczepieniom ochronnym, badaniom przesiewowym, zależą od różnych form opieki medycznej, jej efektywności i skuteczności.

Pojęcie „zachowania zdrowotne” jest terminem trudnym do zinterpretowania. Zachowania zdrowotne mogą być zachowaniami związanymi ze zdrowiem i chorobą, jak również zachowaniami kulturowymi. Mogą one być także nawykami, zwyczajami, postawami, które będą dotyczyły nie tylko jednostki ludzkiej, ale również określonej grupy społecznej.

E. Mazurkiewicz uważa, że zachowania zdrowotne „są to wszelkie zachowania (nawyki, zwyczaje, postawy, uznawane wartości przez jednostki ludzkie i przez grupy) w dziedzinie zdrowia (...) jaki jest człowiek pod względem zdrowotnym; jak pojmuje zdrowie, jak je ocenia, w jaki sposób nim dysponuje, jak reaguje na zdrowie innych itp.” [3]

Człowiek może oceniać swój stan zdrowia zarówno pozytywnie jak i negatywnie, może pojmować swoje zdrowie jako uznawaną wartość. Zachowania zdrowotne dotyczą także wszelkiego rodzaju działań w zakresie utrzymania, przywracania, umacniania i polepszania stanu zdrowia. Człowiek, który uważa się za osobę zdrową, może podejmować działania w celu niedopuszczenia do wystąpienia choroby, a ten który już choruje, podejmuje działania wyleczenia się.

Zachowania zdrowotne są jedną z kategorii zachowań ludzkich, które składają się na styl życia i decydują o jego jakości. Związane są z kształtowaniem czynników warunkujących życie społeczne jednostki. Realizacja zachowań antyzdrowotnych czy prozdrowotnych jest kwestią wyboru wzorów zachowań dostępnych w danej kulturze, a mających związek ze zdrowiem. [6]

Poziom wiedzy medycznej, jak również przejawiane poglądy i wierzenia dotyczące zdrowia są bardzo ważne, ponieważ warunkują one zachowania zdrowotne.

Zachowania antyzdrowotne prowadzą do niszczenia zdrowia, nie są podejmowane świadomie w celu wprowadzenia się w stan chorobowy. Inicjacja zachowań antyzdrowotnych rozpoczyna się zwykle w wieku młodzieńczym, w dorosłym wieku w mniejszym stopniu to dotyczy (z wyjątkiem złego odżywiania się).

Do najbardziej rozpowszechnionych zachowań antyzdrowotnych należą:

- palenie tytoniu,
- nadużywanie alkoholu,
- brak aktywności fizycznej,
- nieracjonalne odżywianie.

Zwykle są to zachowania o dużym nasileniu i długich okresach trwania. Pomimo powszechności ich występowania istnieje też duża świadomość ich zgubnych skutków.

Zachowania zdrowotne są dzisiaj traktowane jako działania, które mają na celu rozstrzygnięcie problemów zdrowia współczesnego społeczeństwa. Dzisiaj problemem przestaje być choroba oraz proces jej leczenia, natomiast staje się nim zdrowie. W naszym kraju zachowania zdrowotne pojawiają się jako czynniki uzupełniające, wyrównujące nasze niedostatki w zakresie naturalnych warunków życia, jak i w zakresie właściwej opieki medycznej.

## Cel pracy

Celem pracy było wykazanie czy nauczyciele i opiekunowie z Zespołu Szkół Specjalnych w Grajewie przejawiają jakieś zachowania antyzdrowotne i czy wiedzą, jakie działania sprzyjają umacnianiu zdrowia.

Problem główny brzmiał: *Jakie zachowania antyzdrowotne wykazują nauczyciele i opiekunowie z Zespołu Szkół Specjalnych w Grajewie* i posłużył do rozważenia następujących problemów:

- A. Czy respondenci wiedzą, jakie działania sprzyjają umacnianiu zdrowia?
- B. Czy respondenci troszczą się o swoje zdrowie, będąc zdrowymi?

Za hipotezę główną przyjęto przypuszczenie, że:

*Badani nauczyciele i opiekunowie nie wykazują zachowań antyzdrowotnych i wiedzą, jakie działania sprzyjają umacnianiu zdrowia.*

### Materialy i metoda

Badania zostały przeprowadzone w miesiącu kwietniu 2007r. w Zespole Szkół Specjalnych w Grajewie. Podczas badań zastosowano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji.

Przebadano w sumie 40 osób, w tym 32 nauczycieli i 8 opiekunów. W ciągu tygodnia badani respondenci wypełniali ankiety. Udział w badaniu był dobrowolny, ankiety były anonimowe. Tabela nr 1 przedstawia charakterystykę badanej grupy.

Tabela 1.  
Charakterystyka badanej grupy.

Wiek badanych	30 – 40 lat		41 – 50 lat		51 i więcej lat	
Płeć	M	K	M	K	M	K
Liczba	4	12	6	12	2	4

Z danych wynika, że największą grupę wśród badanych stanowiły kobiety w wieku od 30 do 40 lat oraz w wieku 41 – 50 lat (w sumie 24 osoby). Mężczyzn najwięcej było w grupie wiekowej 41 – 50 lat (6 osób).

### Wyniki badań

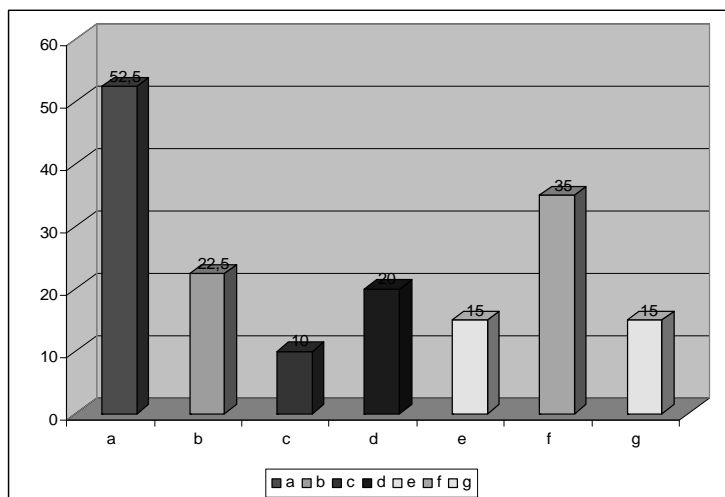
Naturalnym skutkiem wszelkiej pracy jest zmęczenie, stanowi fizjologiczny odruch obronny przed całkowitym wyczerpaniem organizmu. Zmęczenie powoduje obniżenie, bądź nawet czasowe zniesienie zdolności do kontynuowania pracy. Człowiek nie może nieprzerwanie pracować, gdyż nasz organizm potrzebuje co pewien czas odpoczynku dla zregenerowania sił. Jeżeli te przerwy dla odpoczynku są zbyt małe, pojawia się zmęczenie.

Kliniczny obraz zmęczenia objawia się zmniejszeniem szybkości i wrażliwości reagowania na bodźce środowiska zewnętrznego, gorszą koordynacją psycho – ruchową, zmniejszeniem zdolności koncentracji uwagi, pojawieniem się uczucia senności, znużenia. Jeżeli objawy zmęczenia są bagatelizowane, skumulowane zmęczenie może przejść w przemęczenie. Jest to stan patologiczny, który poza objawami charakterystycznymi dla zmęczenia cechuje się takimi dolegliwościami, jak bóle głowy, brak łaknienia, zaburzenia senne oraz osłabienie czynności psychicznych (postrzeganie, pamięć, myślenie).

Można tego uniknąć poprzez przestrzeganie rytmu pracy i wypoczynku. Zapotrzebowanie na odpoczynek zależne jest od czynników tj. wiek osobnika, rodzaju wykonywanej pracy oraz warunków, w jakich się ona odbywa. Wypoczynek jest określany jako właściwy sposób wykorzystania czasu wolnego od pracy. Znane są dwa sposoby wypoczyniania, a mianowicie wypoczynek czynny i bierny.[9]

Z przeprowadzonych badań wynika, że najodpowiedniejszym wypoczynkiem dla respondentów jest spacer (52,5%). Również dużo osób odpowiedziało, że praca na działce daje im możliwość odpoczynku (35%). Leżenie w łóżku oraz czytanie gazety lub oglądanie telewizji

jest właściwym wypoczynkiem dla 4 osób (10%). Z analizy danych wynika, że badana grupa aktywnie wypoczywa.(ryc. 1)



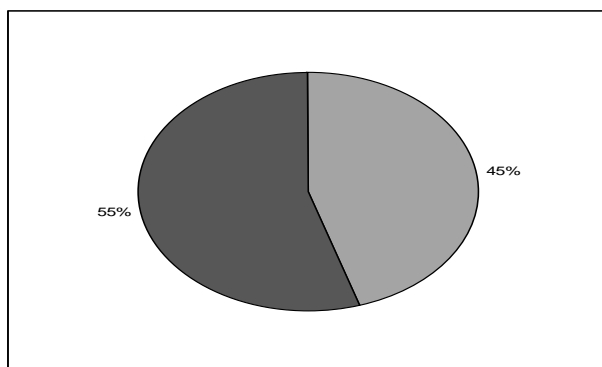
Rycina 1. Rodzaj wypoczynku stosowany na co dzień przez respondentów.

Źródło: badania własne.

Legenda:

- a) Spacer (52,5%).
- b) Drzemka (22,5%).
- c) Leżenie w łóżku, czytając gazetę lub oglądając telewizję (10%).
- d) Czytanie książek (20%).
- e) Spotkanie towarzyskie (15%).
- f) Praca na działce (35%).
- g) Inny (jazda na rowerze) (15%).

Według uzyskanych danych 22 osoby (55%) uprawiają sport, a 18 osób (45%) odpowiedziało, że nie uprawia żadnego sportu. Szesnaście osób (40%) odpowiedziało, że najbardziej lubi jazdę na rowerze.(ryc.2)



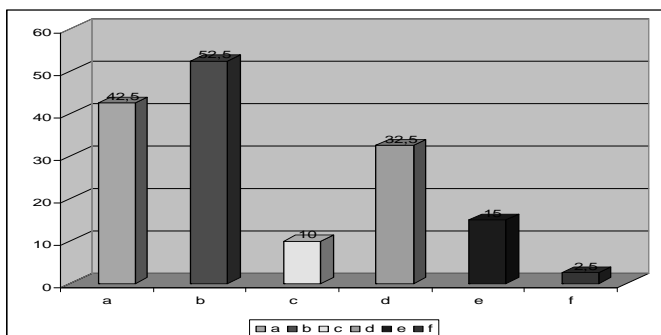
Rycina 2. Uprawianie sportu przez respondentów.

Źródło: badania własne.

Legenda: 55% - Tak  45% - Nie



Kolejne pytanie miało sprawdzić, czy respondenci posiadają dostateczną wiedzę dotyczącą czynności przy których najbardziej spalają się kalorie. Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że czynnościami najbardziej sprzyjającymi spalaniu kalorii wg badanych jest bieganie. Tak odpowiedziało 21 osób (52,5%). Na drugim miejscu respondenci zaznaczali wchodzenie po schodach – (42,5%). Najmniej osób opowiedziało się za tym, że schodzenie ze schodów w mniejszym stopniu pozwala nam na zrzucenie zbędnych kalorii. (ryc.3)



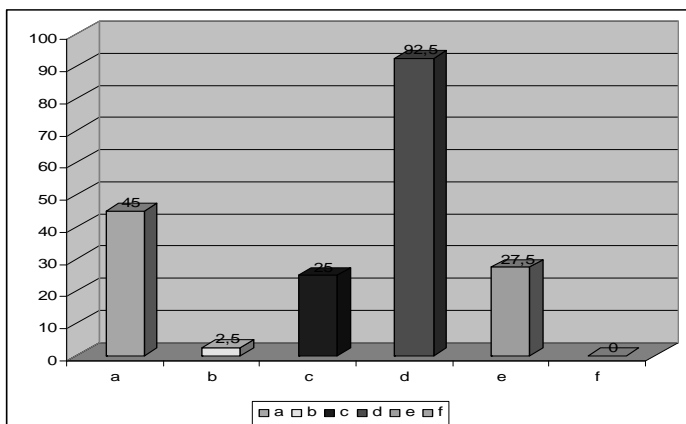
Rycina 3. Czynności, które pozwalają spalić kalorie według opinii respondentów.

Źródło: badania własne.

Legenda:

- a) Wchodzenie po schodach (42,5%).
- b) Bieg (52,5%).
- c) Koszykówka (10%).
- d) Rower (32,5%).
- e) Gimnastyka (15%).
- f) Schodzenie ze schodów (2,5%).

Przy pytaniu o działania sprzyjające umacnianiu zdrowia badana grupa odpowiedziała, że przestrzeganie racjonalnego trybu życia jest najodpowiedniejszym działaniem dla umacniania zdrowia. Pozytywnej odpowiedzi udzieliło 37 osób (92,5%). Dla 45% badanych dobrym sposobem umacniania zdrowia jest też uprawianie gimnastyki rekreacyjnej. Tylko jedna osoba (2,5%) opowiedziała się za przyjmowaniem leków „na wzmocnienie”. (ryc. 4)



Rycina 4. Działania umacniające zdrowie w opinii respondentów.

Źródło: badania własne.

Legenda:

- a) Uprawianie gimnastyki rekreacyjnej (45%).
- b) Przyjmowanie leków na wzmocnienie (witaminy - 2,5%).
- c) Dążenie do wykonywania prac sprzyjających zdrowiu, unikanie prac szkodliwych dla zdrowia (25%).
- d) Przestrzeganie racjonalnego trybu życia (odżywianie się, odpoczynek - 92,5%).
- e) Profilaktyczne wizyty w placówkach służby zdrowia (27,5%).
- f) Inne (0%).

Kolejne zagadnienie w ankiecie miało ukazać sposoby odżywiania się respondentów. Czy badani właściwie odżywiają się, czy też występują u nich błędy żywieniowe?

Prawidłowe odżywianie uważane jest za jeden z podstawowych czynników, warunkujących dobry stan zdrowia ludności. Przez racjonalne żywienie można nie tylko ochronić ustrój człowieka od wielu chorób, ale dać możliwość osiągnięcia maksymalnej dla niego sprawności fizycznej i umysłowej oraz odporność na choroby, zarówno zakaźne, jak i inne.

Na sposób odżywiania się wpływa istniejąca tradycja tzn. nawyki żywieniowe narodowe, religijne, rodzinne. Również bardzo duże znaczenie ma stopień zamożności, wykształcenie, ceny produktów spożywczych, intensywność reklam żywności w środkach masowego przekazu.

Znajomość podstawowych zasad prawidłowego odżywiania jest tym bardziej ważna, że o efektach żywienia decyduje nie wysokość sum wydatkowych na produkty spożywcze, lecz znajomość zasad prawidłowego odżywiania. Wadliwe żywienie może powodować poza zaburzeniami wzrostu i rozwoju organizmu, szereg innych schorzeń tj. złą postawę ciała, otyłość, anemię, krzywicę itd. oraz być bezpośrednią przyczyną lub czynnikiem usposabiającym do powstawania: cukrzycy, niektórych chorób wątroby, przewodu pokarmowego czy choroby układu krążenia.

W produktach żywnościowych znajdują się składniki niezbędne dla życia organizmu. Jedne z nich stanowią materiał energetyczny (węglowodany, tłuszcze, częściowo i białka), inne są materiałem budulcowym (głównie białka oraz niektóre sole mineralne), a jeszcze inne (witaminy, sole mineralne i woda) są wyłącznie tylko czynnikami regulującymi ważne dla życia procesy w organizmie.

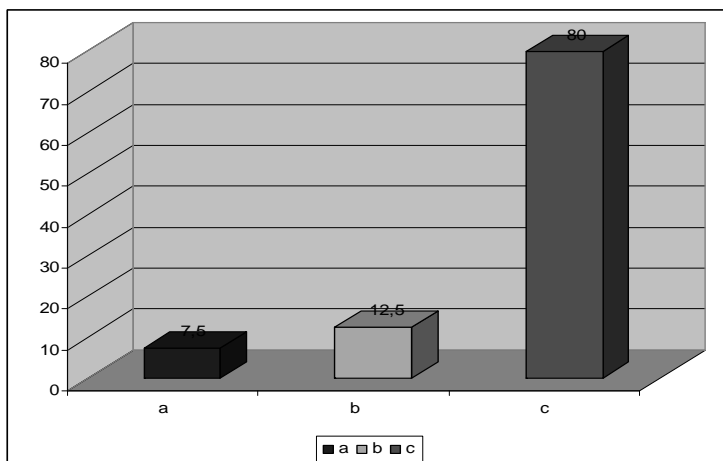
Jak wskazuje tabela nr 2 badani na śniadanie spożywają najczęściej płatki śniadaniowe lub kanapkę, tak odpowiedziało 25 osób (62,5%). Siedem osób (17,5%) spożywa na śniadanie zupę mleczną. Dwie osoby (5%) stwierdziły, że spożywają na śniadanie pieczywo cukiernicze.

Tabela 2.  
Potrawy spożywane na śniadanie przez respondentów.

LP.	POTRAWY SPOŻYWANE NA ŚNIADANIE	LICZBA RESPONDENTÓW	OGÓLEM %
a	Zupa mleczna	7	17,5
b	Pieczywo cukiernicze	2	5
c	Pełnoziarniste płatki śniadaniowe lub kanapki	25	62,5
d	Nic	4	10
e	Inne (kanapki z wędliną)	4	10

Źródło: badania własne

Z kolei z ryciny nr 5 wynika, że badani sporadycznie spożywają potrawy gotowe lub na wynos, tak odpowiedziały 32 osoby (80%). Pięć osób (12,5%) stwierdziło, że raz dziennie spożywa takie potrawy. Trzy razy w tygodniu spożywają potrawy gotowe lub na wynos 3 osoby (7,5%).



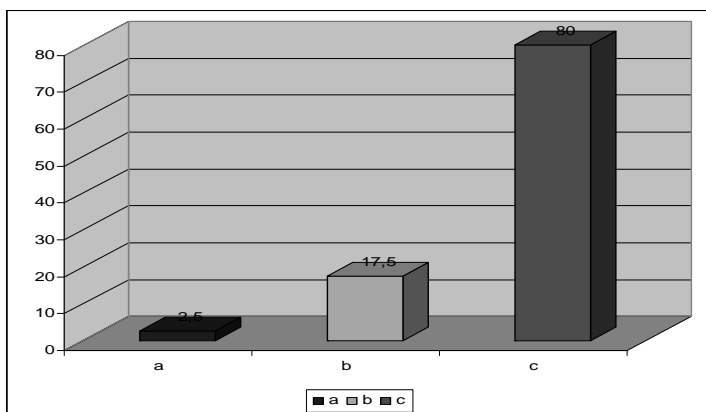
Rycina nr 5. Spożywanie przez respondentów potraw gotowych lub na wynos.

Źródło: badania własne

Legenda

- a) trzy razy w tygodniu (7,5%),
- b) raz w tygodniu (12,5%),
- c) sporadycznie (80%).

Bardzo duża grupa osób badanych udzieliła odpowiedzi, że rzadko spożywa potrawy smażone, wypowiedziały się tak 32 osoby (80%). Siedem osób (17,5%) oświadczyło, że raz dziennie zjada smażone potrawy. Tylko jedna osoba (2,5%) przyznała, że przy każdym posiłku zjada potrawy smażone. (ryc. 6)



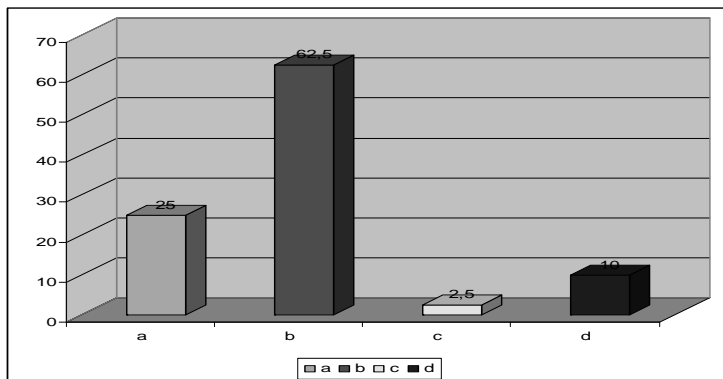
Rycina nr 6. Częstotliwość spożywania potraw smażonych przez respondentów.

Źródło: badania własne.

Legenda:

- a) przy każdym posiłku (2,5%),
- b) raz dziennie (17,5%),
- c) rzadko (80%).

Z zaprezentowanych wyników na ryc. 7 wynika, że duża część badanych osób soli potrawy podczas gotowania, tak odpowiedziało 25 osób (62,5%). Dziesięć osób (25%) odpowiedziało, że soli potrawy przy gotowaniu i przy jedzeniu. Nie solą potraw 4 osoby (10%). Tylko jedna osoba (2,5%) wykazała, że soli „na talerzu”.



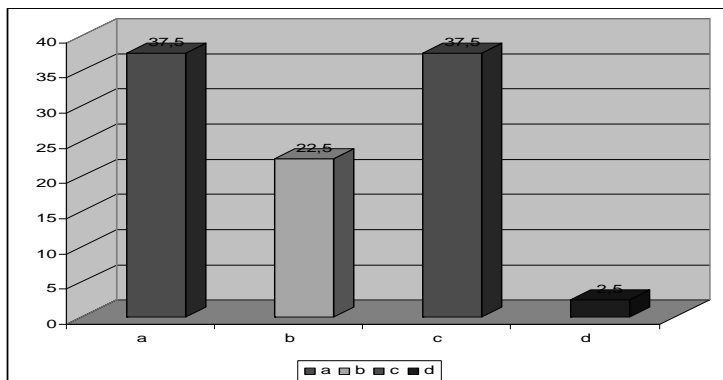
Rycina 7. Częstotliwość solenia potraw przez respondentów.

Źródło: badania własne

Legenda:

- a) przy gotowaniu i przy jedzeniu (25%),
- b) tylko przy gotowaniu (62,5%),
- c) tylko „na talerzu” (2,5%),
- d) nie solę (10%).

Z badań wynika, że 37% badanych osób spożywa warzywa i owoce raz dziennie, tak odpowiedziało 15 osób (37,5%). Również tyle samo osób odpowiedziało, że spożywa warzywa i owoce w każdym posiłku, czyli zgodnie z zaleceniami zdrowego żywienia. Tylko jedna osoba (2,5%) odpowiedziała, że rzadziej spożywa owoce i warzywa. (ryc. 8)



Rycina 8. Częstotliwość spożywania warzyw i owoców przez respondentów.

Źródło: badania własne.

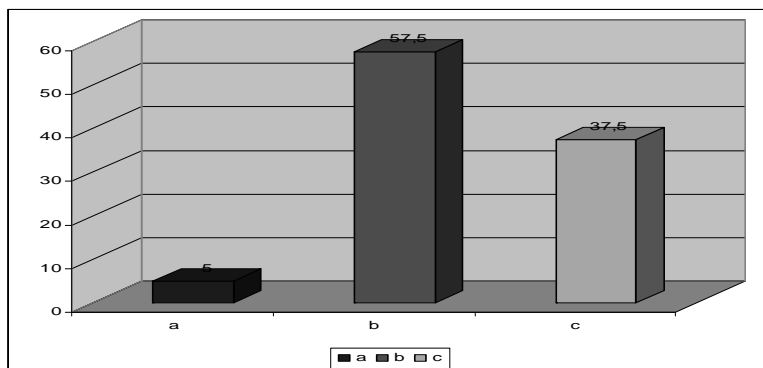
Legenda:

- a) raz dziennie (37,5%),
- b) dwa razy dziennie (22,5%),
- c) w każdym posiłku (37,5%),
- d) rzadziej (2,5%).

Nasz organizm oprócz pożywienia potrzebuje wody. Zapotrzebowanie na wodę wynosi około 2500 ml. na dobę. Woda wchodzi w skład organizmu ludzkiego, zwykle zawartość jej wynosi 60 – 65% ogólnej masy ciała.

Wszelkie reakcje biochemiczne (procesy utleniania, redukcji, asymilacji, dysymilacji) zachodzą wyłącznie w roztworach wodnych i woda bierze w nich bezpośredni udział. Stanowi ona również środek transportu, z powodu właściwości fizycznych jest doskonałym regulatorem temperatury ciała. Poza tym jest źródłem niektórych składników mineralnych: fluoru, jodu, a także rozpuszczalnikiem witamin z grupy B i C. Ponieważ utrata wody jest procesem stałym, więc dla utrzymania ciągłości procesów życiowych musi być ustawicznie uzupełniana. W warunkach fizjologicznych, zwiększone zapotrzebowanie na wodę wzrasta w wyniku podwyższenia temperatury i wzmoczonego pocenia. Niedobór należy uzupełniać, gdyż może on powodować w organizmie zaburzenia w gospodarce wodnej, elektrolitowej, w krążeniu i przemianie materii. [9]

W prezentowanym badaniu nieco ponad połowa badanych osób (57,5%) odpowiedziała, że wypija od 1 do 1,5 litra płynów w ciągu dnia. Dwie osoby (5%) odpowiedziały, że wypijają tylko litr płynów w ciągu całego dnia. Z badań wynika, że respondenci za mało wypijają płynów w ciągu dnia.(ryc. 9)



Rycina 9. Ilość wypijanych płynów przez respondentów w ciągu dnia.

Źródło: badania własne.

Legenda:

- a) mniej niż litr (5%),
- b) od 1 do 1,5 litra (57,5%),
- c) od 1,5 do 2,5 litra (37,5%).

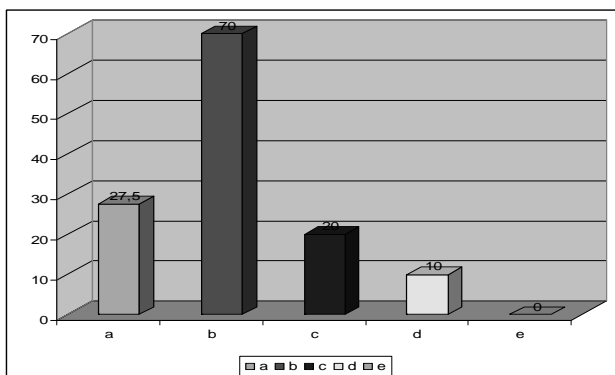
Chcąc poznać opinie nt. zachowań antyzdrowotnych oraz czy badani nauczyciele i opiekunowie przejawiają jakieś zachowania antyzdrowotne zapytano m.in. o opinię respondentów co do przyczyny spożycia alkoholu przez ludzi.

Alkohol od dawien dawna znany był człowiekowi. Już w średniowieczu alkohol był używany do celów społecznych: przy narodzinach, przy zawieraniu małżeństw, śmierci, koronacji itd. W Europie spotykamy się z trzema wzorami picia, które wiążą się z dominacją spożycia piwa, wina lub wódki:

- a) romański – polega na spożywaniu przede wszystkim wina; rozpowszechniony we Francji, Włoszech, Hiszpanii;
- b) styl anglosaski – polega na spożywaniu przede wszystkim piwa i rozcieńczonych napojów spirytusowych (nazywanych drinkami);
- c) rozpowszechniony w Europie środkowej, wschodniej i północnej styl picia, polegający na jednorazowym spożywaniu dużych ilości wysoko stężonego alkoholu (wódka), co powoduje przekraczanie tzw. „progu nietrzeźwości”.

Alkohol jest przyczyną wielu problemów społecznych i zdrowotnych. Alkohol etylowy jest najbardziej popularnym środkiem odurzającym. Spożycie tego alkoholu poprawia nastrój, redukuje lęk, zmniejsza pozornie napięcie wewnętrzne, ułatwia w początkowym stadium nawiązywanie kontaktów, oddala czasowo kłopoty.[6]

Spśród badanych najczęściej odpowiedzi (70%) było, że ludzie piją po to, aby uciec od problemów dnia codziennego. Najmniej - (10%) odpowiedzi, że przyczyną spożywania alkoholu jest to, iż traktujemy go jako „lekarstwo” przy braku zaufania do siebie i przezwyciężenia obaw. Pozostałe przyczyny wg respondentów to dlatego, że nie potrafią odmówić – 27,5%, oraz że alkohol skutecznie wpływa na tłumienie uczucia niepewności i poczucia winy – 20%. (ryc.10)



Rycina 10. Przyczyny spożywania alkoholu przez ludzi w opinii respondentów.

Źródło: badania własne.

Legenda:

- Nie potrafi odmówić (27,5%).
- Pije po to, aby uciec od problemów dnia codziennego (70%).
- Skutecznie wpływa na tłumienie uczucia niepewności i poczucia winy (20%).
- Picie jest „lekarstwem” na pokonanie braku zaufania do siebie, przezwyciężenia obaw (10%).
- Inne (0%).

Z analizy uzyskanych danych dotyczących badanych wynika, że osoby badane spożywają alkohol okolicznościowo, tak odpowiedziało 30 osób (75%) lub w ogóle nie piją (12,5%). Dwie osoby (5%) piją alkohol jeden raz w tygodniu lub częściej. (ryc. 11)

Palenie papierosów można uznać za jeden z najpoważniejszych czynników zagrożenia zdrowia. Powoduje spustoszenie w organizmie człowieka palącego, będąc bezpośrednią lub pośrednią przyczyną wielu chorób. Jest to zachowanie w całości zależne od osobistej decyzji człowieka i dokonanego przez niego wyboru.

*Skutki zdrowotne palenia tytoniu można podzielić na:*

- Nowotwory
- Nienowotworowe schorzenia układu oddechowego
- Choroby układu naczyniowego
- Inne efekty chorobowe

*Nowotwory:*

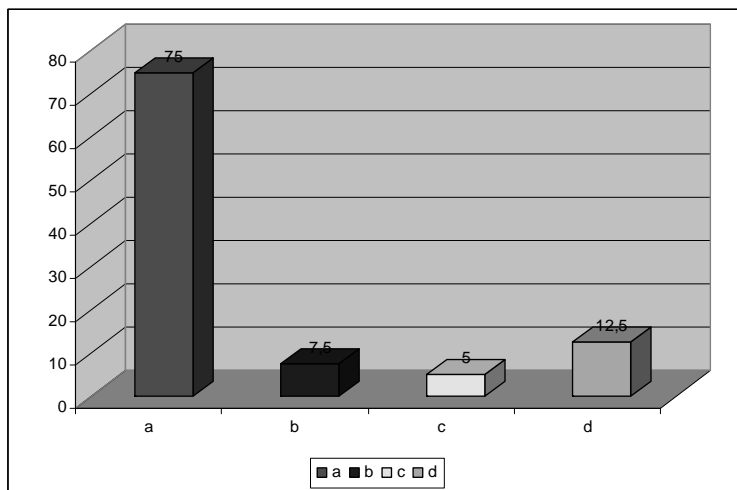
Palenie tytoniu powoduje powstawanie nowotworów, które mają bezpośredni kontakt z dymem tytoniowym czyli:

- nowotwory złośliwe płuc,
- nowotwory krtani,
- nowotwory przełyku,

- nowotwory gardła,
- nowotwory jamy ustnej (języka, wargi),
- powstawanie nowotworów w organach odległych tj. pęcherz moczowy, nerki, trzustka.

Palenie papierosów powoduje również nowotwory złośliwe żołądka, wątroby, szyjki macicy, białaczkę.[5,6]

Z badań wynika, że większość ankietowanych nie pali papierosów, tak odpowiedziały 34 osoby (85%). Tylko 6 osób (15%) pali papierosy. (ryc. 12)

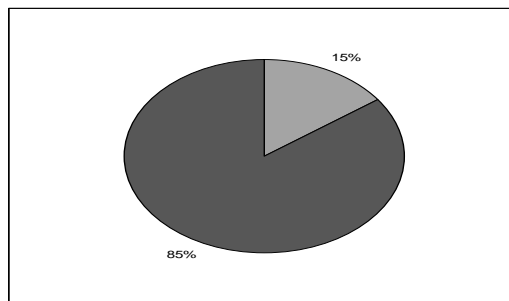


Rycina 11. Częstotliwość spożywania napojów alkoholowych przez respondentów.

*Źródło: badania własne.*

Legenda:

- a) okolicznościowo (75%),
- b) jeden raz w miesiącu lub rzadziej (7,5%),
- c) jeden raz w tygodniu lub więcej (5%),
- d) inne (w ogóle nie pije napojów zawierających alkohol -12,5%).



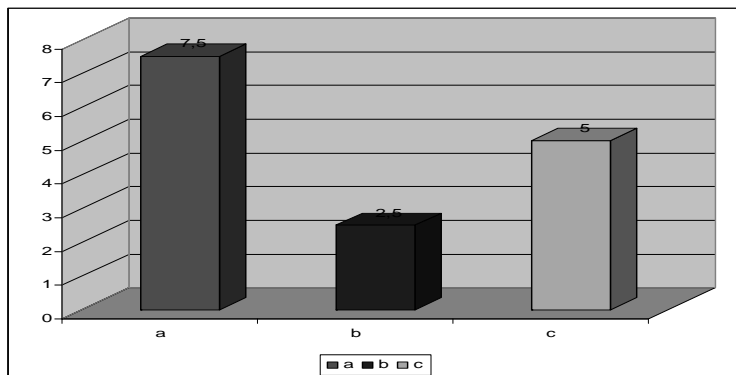
Rycina 12. Palenie papierosów przez respondentów.

*Źródło: badania własne.*

Legenda:

- 85% - Nie
- 15% - Tak

Trzy osoby (7,5%) odpowiedziały, że wypalają 1 paczkę papierosów w ciągu dnia. Niewielka ilość osób, bo tylko 2 odpowiedziały, że wypalają około 7 papierosów, a tylko 1 osoba (2,5%) pali 2 paczki papierosów na dzień. (ryc. 13)



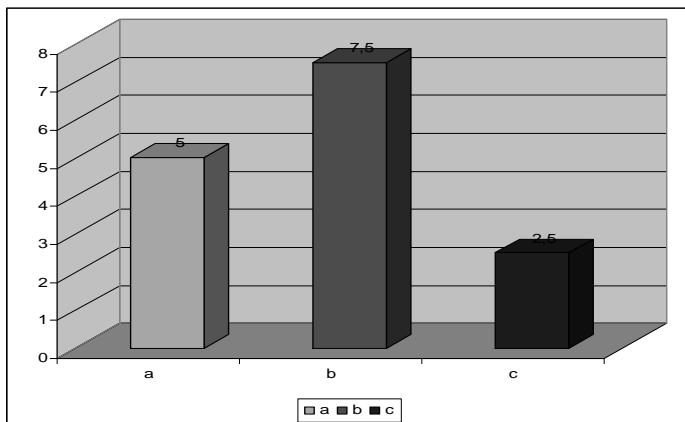
Rycina 13. Ilość wypalanych papierosów przez palących respondentów.

Źródło: badania własne.

Legenda:

- a) 1 paczka (7,5%),
- b) 2 paczki (2,5%),
- c) inne (określenie ilości - 5%).

Spśród osób, które palą papierosy – 7,5% (3 osoby) robi to dla odprężenia. Dwie osoby (5%) odpowiedziały, że palą z przyzwyczajenia, a tylko jedna osoba pali w celach towarzyskich.(ryc. 14)



Rycina 14. Przyczyny palenia papierosów przez palących respondentów.

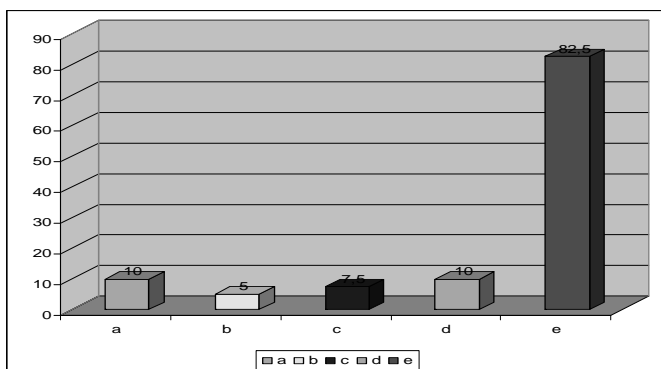
Źródło: badania własne.

Legenda:

- a) przyzwyczajenie (5%),
- b) odprężenie (7,5%),
- c) w celach towarzyskich (2,5%).



Zapytani o związek między paleniem papierosów a zachorowaniami na nowotwór najczęściej badanych osób uważa, że palenie papierosów powoduje zachorowanie na raka krtani. Taka odpowiedź padła w 82,5%. Po 10% odpowiedzi było, że palenie papierosów sprzyja powstawaniu raka wątroby i żołądka. Najmniej kojarzono palenie papierosów z występowaniem raka sutka (5%). (ryc. 15)



Rycina 15. Związek między paleniem papierosów, a zachorowaniem na nowotwór.

Źródło: badania własne.

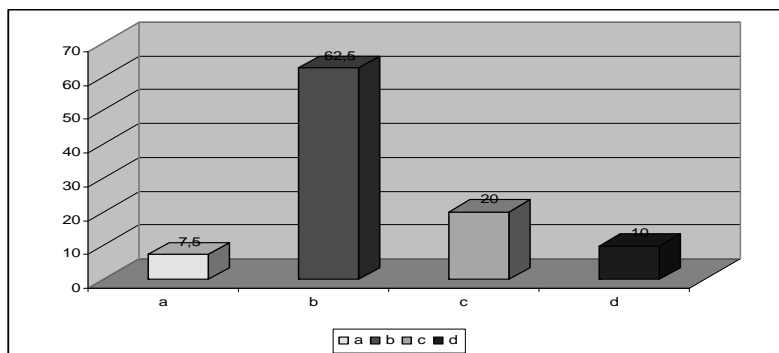
Legenda:

- a) rak wątroby (10%),
- b) rak sutka (5%),
- c) rak szyjki macicy (7,5%),
- d) rak żołądka (10%),
- e) rak krtani (82,5%).

Biorąc pod uwagę zachowania antyzdrowotne badanych, to stanowią oni grupę osób godnych naśladowania dla swoich podopiecznych pod względem stosunku do używek typu alkohol i papierosy.

Stres to presja z zewnątrz, która wywołuje w nas uczucie napięcia. W niewielkiej „ilości” spotykamy go codziennie. Każdy z nas może być rozdrażniony, przeciążony i nerwowy. Stres wydaje się być wszędzie: w pracy, w szkole, w rodzinie, na egzaminach, a nawet w czasie wolnym od pracy. Działanie stresu jest duże, gdyż może być szkodliwy dla wielu narządów (serce, żołądek i skóra). Stres w pradziejach człowieka był potrzebny do tego, aby przeżyć w buszu. Dzięki temu człowiek rozpoznawał zagrożenie po to, żeby ratować swoje życie. Dlatego dla ludzi pierwotnych ważne było to, by określone funkcje narządów mogły zmieniać się błyskawicznie i odpowiednio reagować na daną sytuację. W obecnych czasach nie walczyliśmy już za pomocą mięśni i nie uciekamy, tak jak dawniej. Nie zużywamy dużych ilości adrenaliny i kortyzonu, nie wykorzystujemy przyspieszonej czynności serca, nie potrzebujemy spowolnienia trawienia czy wyłączenia funkcji seksualnych. Wszystko to nie służy już dziś nam do przeżycia, lecz sprzyja chorobom. Obecnie jesteśmy codziennie narażeni na wiele obciążeń, czyli na działanie tzw. stresorów. Dzisiejszy „zły” stres nie jest niczym innym jak formą pierwotnego mechanizmu regulującego „dobry” stres.

Przy pytaniu o sposoby radzenia sobie ze stresem badani podawali, że właściwym sposobem radzenia sobie ze stresem jest rozładowanie napięcia poprzez wysiłek fizyczny. Taki sposób radzenia sobie wybrało 25 osób (62,5%). Osiem osób (20%) nie dało jednoznacznej odpowiedzi. Trzy osoby radzą sobie ze stresem poprzez stosowanie używek, w szczególności pijąc kawę. Cztery osoby (10%) wstrzymały się od odpowiedzi. (ryc. 16)



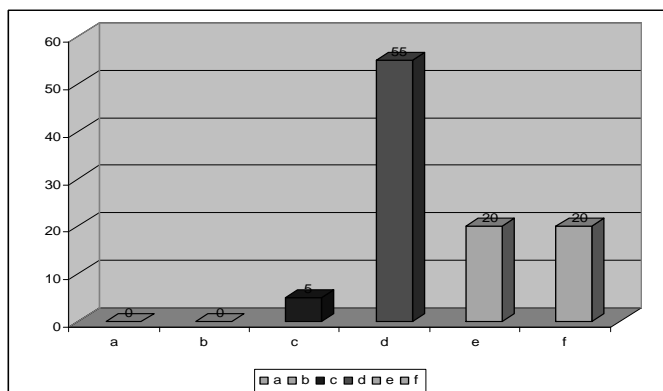
Rycina 16. Sposoby respondentów na radzenie sobie ze stresem.

Źródło: badania własne.

Legenda:

- a) stosowanie używek: kawa, papierosy, alkohol (7,5%),
- b) poprzez wysiłek fizyczny (62,5%),
- c) inne (20%),
- d) brak odpowiedzi (10%).

Respondentów zapytano o stosowanie leków, z otrzymanych odpowiedzi wynika, że większa część badanych rzadko stosuje leki, tak odpowiedziały 22 osoby (55%). 8 osób (20%) odpowiedziało, że nie stosuje żadnych leków. Tylko dwie osoby (5%) zażywa leki przeciw nadciśnieniu tętniczemu. Osiem osób wstrzymało się od odpowiedzi. Nikt z respondentów nie podał, że stosuje leki przeciwbólowe czy uspokajające. (ryc. 17)



Rycina 17. Zażywanie leków przez respondentów.

Źródło: badania własne.

Legenda

- a) uspokajające (0%),
- b) przeciwbólowe (0%),
- c) przeciwnadciśnieniowe (5%),
- d) rzadko stosuję (55%),
- e) inne (nie stosuję) (20%),
- f) brak odpowiedzi (20%).

### Wnioski

Przeprowadzone badania potwierdzają słuszność założeń przyjętych w hipotezach.

1. Badani są aktywną grupą pod względem prozdrowotnym.
2. Preferują spędzanie wolnego czasu poprzez spacerowanie i pracę na działce.
3. Większość badanych uprawia sport, w szczególności jazdę na rowerze.
4. Ankietowani posiadają wiedzę na temat czynności, których wykonywanie skutkuje wydatkowaniem największej liczby kalorii.
5. Badania potwierdziły, że ankietowani mają pełną świadomość, iż przestrzeganie racjonalnego trybu życia wpływa na nasz stan zdrowia.
6. Ankietowani są świadomą grupą pod względem prawidłowego sposobu odżywiania, co znajduje odzwierciedlenie w ich codziennym życiu.
7. Jedynym „wykroczeniem” przeciwko zdrowemu stylowi odżywiania się jest wypijanie zbyt małych ilości płynów.
8. Badani nie wykazują zachowań antyzdrowotnych.
9. Ankietowani walczą właściwie ze stresem, poprzez wysiłek fizyczny, a nie stosowanie używek.

Ogólnie można powiedzieć, że badana grupa ma wysoką świadomość na temat zachowań prozdrowotnych. Wykorzystują tę wiedzę w praktyce i pozostaje mieć nadzieję, że są tym samym dobrym wzorcem dla swoich podopiecznych w szkole.

### Literatura

1. Apteka Braci Bonifratrów. Porady medyczne i ziołolecznictwo. Wyd. „M”, Edipresse Polska S.A., Warszawa 2003
2. Encyklopedia Zdrowia Gazety Wyborczej. Wyd. Agora, Warszawa 2005
3. Gniazdowski A.: Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1990
4. Gschnait F., Exel W.: Gdy masz problemy ze skórą. Wyd. Bauer – Weltbild Media Sp. z o.o., Sp. K. Klub dla Ciebie, Warszawa 2004
5. Kulik T. B., Latański M.: Zdrowie publiczne. Wyd. Czelej Sp. z o.o., Lublin 2002
6. Majchrowska A.: Wybrane elementy socjologii. Wyd. Czelej Sp. z o.o., Lublin 2003
7. Rollot F.: Pokonać stres. Jak chcesz żyć? Wyd. Bauer – Weltbild Media Sp. z o.o., Sp. K. Klub dla Ciebie, Warszawa 2004
8. Tobiasz – Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wyd. UJ, Kraków 1998
9. Wołynka S.: Pielęgniarstwo ogólne. Wyd. PZWL, Warszawa 1993
10. Zdrowe kości, mięśnie, stawy. Jak żyć długo, aktywnie i zdrowo. Wyd. Reader's Digest Przegląd Sp. z o.o., Warszawa 2007

## **Problem uzależnień wśród młodzieży uczącej się w Gimnazjum w Danówku i Zespole Szkół w Wojewodzinie**

*Wioletta Gutowska – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży  
Ewa Falkowska-Pijagin – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży*

### **Streszczenie**

Problem uzależnień od nikotyny, alkoholu, środków uzależniających nabiera coraz większego znaczenia społecznego. Aby skutecznie przeciwdziałać problemowi współczesnego świata, który pochłania coraz większą liczbę młodych ludzi, wytrącając ich z życia szkolnego, rodzinnego i społecznego, należy wpływać na ogólną wiedzę i kulturę młodego pokolenia w taki sposób, żeby zrozumiano szkodliwość nałogu w sensie indywidualnym i zbiorowym.

Celem pracy było uzyskanie informacji na temat stopnia rozpowszechnienia i używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży w wieku 15-19 lat na terenie gminy Grajewo.

Badanie miało też sprawdzić czy istnieją różnice dotyczące liczby uzależnionych uczniów zamieszkujących i uczących się na terenie wsi i w mieście, i porównanie ich z wynikami badań ogólnokrajowymi ESPAD 2003.

Narzędziem badawczym była ankieta własnej konstrukcji składająca się z 27 pytań. Badanie przeprowadzono w październiku 2007 roku. Respondenci zostali poinformowani o celu badania i sposobie wypełniania ankiety. Badaniu poddano 100 osobową grupę młodzieży w dwóch grupach wiekowych, I grupa, 50 osób – młodszy respondenci to uczniowie gimnazjum w Danówku. Starsi respondenci stanowiący 50% badanej młodzieży to uczniowie Zespołu Szkół w Wojewodzinie, z czego 18 to maturzyści technikum, a 32 osoby to uczniowie klasy trzeciej zasadniczej szkoły zawodowej. W badaniu brało udział 43 dziewcząt i 57 chłopców. W większości badanej grupy młodzież zamieszkuje wieś, (76% ankietowanych), z czego wszyscy gimnazjaliści to uczniowie pochodzący z terenu wiejskiego.

Analiza uzyskanego materiału pozwoliła na stwierdzenie, że 80% badanej młodzieży ma już za sobą pierwszy kontakt z paleniem papierosów, z czego 27% podało, że tylko próbowało palenia papierosów. Niepokojące jest, że 12% ankietowanych przyznaje się, że jest pod wpływem nałogu nikotynowego. W badanej grupie 18 dziewcząt i 35 chłopców sporadycznie lub często używają papierosów. Do pierwszego kontaktu z papierosem w wieku 7–10 lat przyznaje się 26% ankietowanych, przy czym przeważają w tej grupie chłopcy. W starszym wieku 10-13 lat zaczęło palić papierosy 21% uczniów, w tym przedziale wiekowym dziewczęta częściej niż chłopcy podejmują pierwsze próby z nikotyną.

Wyniki badań w kierunku rozpowszechnienia używania alkoholu wśród młodzieży dowodzą, że 83,7% ankietowanych dziewcząt i 89,5% ankietowanych chłopców miało już kontakt z alkoholem. Przy czym 74% młodzieży gimnazjalnej biorącej udział w ankiecie próbowało już picia alkoholu. Tylko 13% ankietowanej młodzieży nigdy nie spożywało alkoholu. Pierwszy kontakt młodzieży z alkoholem następował najczęściej w wieku 13-16 lat, 57% ankietowanych (w tym 23 dziewcząt i 34 chłopców). W młodszym wieku sięgnęło po alkohol 8 dziewcząt (18,6% badanych dziewcząt) i 15 chłopców (26,3% badanych chłopców). Miejscem w którym młodzież najczęściej spożywa alkohol są dyskoteki, według 54% ankietowanych, spotkania towarzyskie „u kolegi” - 40% badanych i wyjazdy wakacyjne - 28% badanych. Na postawione pytanie: „W jakich okolicznościach piłeś alkohol w domu, jeśli ci się to zdarzyło?” 41% odpowiedziało, że z okazji urodzin, 30% z okazji świąt. W obecności rodziców do picia alkoholu przyznaje się 51% ankietowanych dziewcząt i 54,3% ankietowanych chłopców. Niepokojące jest zjawisko częstotliwości spożywania alkoholu przez badaną młodzież. W ciągu 7 dni przed badaniem 40% ankietowanych spożywało alkohol (27,9% wszystkich dziewcząt i 49,1% wszystkich chłopców), natomiast w ciągu miesiąca przed przeprowadzeniem ankiety alkohol degustowało 34,8% badanych uczennic i 31,5% badanych uczniów.

Wśród młodzieży badanej na pytanie: „Czy kiedykolwiek używałeś narkotyków?” 5 dziewcząt i 14 chłopców odpowiedziało twierdząco, co stanowi 19% ankietowanych uczniów, a marihuana jest najczęściej stosowanym narkotykiem, którego używało 15% ankietowanych. Na kolejnym miejscu są anaboliki- sterydy, 6 ankietowanych chłopców, którzy ćwiczą na siłowni. Amfetamina i LSD były najrzadziej wymieniane. Z badań wynika, że młodzież nie ma problemów z nabyciem narkotyków, najczęściej można je kupić w dyskotecce, w barze. Szkoła jest również miejscem, które uczniowie wymieniają jako miejsce, gdzie można nabyć substancje nielegalne. Według ankietowanych najczęstszym powodem sięgania przez młodzież po środki narkotyczne jest ciekawość (40% ankietowanych) oraz namowy kolegów – według 23% badanych uczniów.

Młodzież z gminy Grajewo według wyników badania należy do zagrożonych przez substancje psychoaktywne, szczególnie przez nikotynizm i alkohol, w mniejszym stopniu dotyczy to substancji narkotycznych.

Jednym ze sposobów przeciwdziałania uzależnieniom jest edukacja zdrowotna, a działania profilaktyczne należy wprowadzać od początku nauki szkolnej, kontynuując i intensyfikując edukację zdrowotną w gimnazjum i szkole ponadgimnazjalnej.

**Słowa kluczowe:** *Uzależnienia wśród młodzieży, substancje psychoaktywne*

## Wprowadzenie

W Polsce, w ciągu ostatnich dwudziestu lat, przeprowadzono wiele lokalnych i regionalnych badań ankietowych wśród młodzieży szkolnej na temat używania różnych substancji psychoaktywnych. Zrealizowano również kilka badań na próbach ogólnopolskich. Porównanie wyników tych wszystkich badań pozwala na ocenę, w jakim stopniu dana młodzież jest zagrożona przez stosowanie substancji psychoaktywnych. Jak pokazują wyniki badań ogólnopolskich picie alkoholu i palenie papierosów przez młodzież staje się powoli statystyczną normą. Rozpowszechnieniu zjawiska palenia tytoniu i używania alkoholu wśród młodzieży sprzyja akceptacja społeczna tego zachowania- nie tylko w rodzinie, ale i w środowisku szkolnym i w miejscach publicznych. Aby skutecznie przeciwdziałać problemowi współczesnego świata, jakim są uzależnienia i które pochłaniają coraz większą liczbę młodych ludzi, wytrącając ich z życia szkolnego, rodzinnego i społecznego, należy wpływać na ogólną wiedzę i kulturę młodego pokolenia w taki sposób, żeby zrozumiano szkodliwość nałogu w sensie indywidualnym i zbiorowym.

Nauczenie młodzieży umiejętności dokonywania właściwych wyborów związanych z prowadzeniem zdrowego stylu życia jest głównym zadaniem wychowania zdrowotnego. Edukacja zdrowotna jest nieodłącznym elementem promocji zdrowia „jest procesem, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i społeczności, w której żyją”<sup>1</sup>. Słowo profilaktyka odnosi się do zapobiegania. Istnieją różne sposoby rozumienia tego, czym jest i na czym polega zapobieganie uzależnieniom. Jedną z najczęstszych metod profilaktyki jest informowanie o szkodliwych następstwach palenia papierosów, picia alkoholu czy używania narkotyków. Metoda ta opiera się na założeniu, że człowiek jest istotą racjonalną i gdy dowie się o niebezpiecznych skutkach, to zrezygnuje z używania substancji szkodliwych. Bardziej efektywne są działania polegające na wyjaśnieniu mechanizmu uzależniania się oraz podkreśleniu złożoności tego problemu, a także pokazania alternatywnych wzorców radzenia sobie ze stresem i trudnych sytuacjach życiowych.

### 1. Uzależnienie

Z nadużywaniem substancji psychoaktywnych we współczesnym świecie spotykamy się bardzo często. Jako skutek używania i nadużywania środków psychoaktywnych wcześniej czy

---

<sup>1</sup> Dudkiewicz K., Kamińska K.: "Edukacja Zdrowotna"; Wyd. "Nasza księgarnia" 2001r.

później pojawi się uzależnienie. Zdarza się, że zanim osobnik osiągnie dojrzałość jest osobą uzależnioną lub nadużywającą określonej substancji. Należałoby wskazać różnice między uzależnieniem a nadużywaniem.

Definicja nadużywania mówi, że jest to szkodliwe dla danej osoby używanie określonej substancji psychoaktywnej przez co najmniej 1 miesiąc (lub wielokrotne jej używanie w dłuższym czasie), zdarzające się w sytuacjach grożących niebezpieczeństwem albo mimo świadomości ryzyka.

Uzależnienie jest to stan psychiczny, a niekiedy także i fizyczny, wynikający z interakcji pomiędzy organizmem a środkiem uzależniającym, charakteryzujący się zmianą zachowania oraz innymi reakcjami, do których należy konieczność zażywania tego środka, w sposób ciągły lub okresowy, w celu doznania jego wpływu na psychikę, a niekiedy także po to, aby uniknąć przykrych objawów wynikających z jego braku.<sup>2</sup>

Istotą uzależnienia jest zależność psychiczna - można ją określić, jako stereotypową, trudną do przezwyciężenia chęć (potrzebę, przymus psychiczny) zażycia środka uzależniającego w celu:

- a. Osiągnięcia znacznej poprawy samopoczucia (błogostanu, euforii itp.),
- b. Uniknięcia, usunięcia dyskomfortu psychicznego, np.: obniżonego samopoczucia, rozdrażnienia, napięcia itp.

Zbliżonym pojęciem jest przyzwyczajanie (nawyk) – jest to stan powodujący pragnienie, ale nie przymus, zażywania danego środka; charakteryzuje się on ograniczoną tendencją do zwiększania dawki, ograniczoną zależnością psychiczną, brakiem uzależnienia fizycznego i objawów abstynencji.

Zależność fizyczna (tkankowa) – powstaje wówczas, gdy w wyniku systematycznego stosowania substancji uzależniającej zostaje ona włączona w metabolizm organizmu. O istnieniu uzależnienia fizycznego świadczy wystąpienie objawów abstynencyjnych, które mogą pojawić się w sytuacji zaprzestania używanej dotychczas substancji, znacznego obniżenia dawki lub zastosowanie środka antagonistycznego. Występują wówczas różnorakie objawy (zwłaszcza somatyczne) – nazywane popularnie „głodem”.<sup>3</sup>

Nalóg - to nawyk zażywania substancji, nad którym osoba uzależniona nie panuje i którego nie może łatwo przerwać nawet, jeśli tego chce, to stan związany z przymusem zażywania danego środka, wywołującego uzależnienie psychiczne i fizyczne, z wyraźną tendencją do stałego zwiększania dawki.

Rozpoznanie uzależnienia według WHO opiera się na występowaniu następujących cech:

- Silnego pragnienia lub przymusu przyjmowania substancji;
- Upośledzenia zdolności kontroli nad zachowaniem związanym z przyjmowaniem substancji;
- Objawów abstynencji w warunkach przerwania lub ograniczenia przyjmowania substancji;
- Rozwoju tolerancji na używaną substancję;
- Zmiany dotychczasowych zamiłowań i zainteresowań na rzecz aktywności związanej z uzyskaniem lub przyjęciem substancji;
- Uporczywego przyjmowania substancji pomimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw.<sup>4</sup>

Uzależnienie jest przekroczeniem bardzo ulotnej i trudnej do zauważenia granicy między chęcią, która wyraża dobrowolność, a przymusem, który całkowicie zaburza kontrolę.

<sup>2</sup> 1. Kulik T.B., Latałski M.: „Zdrowie publiczne.”, Wyd. Czelej, Lublin 2002, s. 253

<sup>3</sup> Gromadzka-Ostrowska J., Włodarek D., Toeplitz Z.: „Edukacja prozdrowotna.”, Wyd. SGGW, W-wa 2003, s.300

<sup>4</sup> Tamże, s.301

Tę granicę przekracza się tylko raz, ale bezpowrotnie. Uzależniony nawet, gdy nie przyjmuje substancji psychoaktywnych, to do końca życia pozostaje osobą uzależnioną.

## 2. Uzależnienia młodzieży.

Uzależnienia są procesem odbywającym się w czasie, w którym osoba posługująca się wybraną substancją w celu osiągnięcia doraźnego efektu, jakim bywają różne formy przyjemności lub korzyści osobistych lub społecznych. Wspólną cechą ludzi uzależnionych jest niedojrzałość emocjonalna. Ludzie ci najczęściej już od wczesnych lat życia gorzej radzą sobie ze stresem i frustracją, a ich życie emocjonalne przebiega w nieharmonijny sposób. W pewnym momencie odkrywają, że alkohol, narkotyki lub inna substancja chemiczna łagodzi stres, ożywia ich, pozwala przezwyciężyć strach lub zwykłą nieśmiałość albo powoduje jakieś inne korzyści emocjonalne. Wówczas środki te mogą się stać swego rodzaju „lekiem” i tak zaczyna się proces uzależnienia.<sup>5</sup>

Do najczęściej używanych środków uzależniających należą tytoń i alkohol. Używanie ich zwykle rozpoczyna się i bardzo szybko zwiększa w okresie dorastania. Wynikające z tych używek szkody zdrowotne zostały w wielu krajach dobrze udokumentowane i zaliczane są obecnie do głównych przyczyn przedwczesnych śmierci, którym można by zapobiec. Wiadomo, że czym intensywniej się pali i pije i czym w młodszym wieku się zaczyna - tym szkody zdrowotne są większe. Palenie tytoniu i picie alkoholu często idą z sobą w parze i zwiększają prawdopodobieństwo sięgania po inne, silniej działające środki uzależniające.

W okresie dorastania część młodzieży, na ogół już palącej i/lub pijącej, zaczyna także eksperymentować z innymi substancjami psychoaktywnymi. Prowadzi to do wielu poważnych problemów: rodzinnych, prawnych, ekonomicznych, szkolnych, a przede wszystkim zdrowotnych. Do tych ostatnich należą, m.in.: zespoły uzależnień oraz ostre i przewlekłe choroby w wyniku zatrucia, obniżenia odporności i zwiększanej podatności na zakażenia, w tym obecnie na najgroźniejsze zakażenie wirusem HIV. Eksperymenty z substancjami psychoaktywnymi, nawet jeśli są to pojedyncze próby, mogą spowodować poważne następstwa, a nawet śmierć.<sup>6</sup>

### 2.1 Palenie papierosów wśród młodzieży.

Obecnie palenie jest niemal powszechne wśród młodzieży, niepokojący jest fakt sięgania po papierosy przez coraz młodsze dzieci. Nikotyna znajdująca się w tytoniu należy do bardzo rozpowszechnionych używek.

W środowisku młodzieży istnieje moda na palenie. Grupa przyjmuje wzory zachowań proponowanych jej przez autorytet, jakim jest przywódca, lider grupy. Jednostka chętnie przyjmuje styl życia otoczenia, w którym przebywa. Można spotkać także motywy indywidualne. Na przykład dzieci liczą na to, że palenie pomoże w rozładowaniu przykrych napięć. Gdy znajdują się w kawiarni, w dyskotecce, przed egzaminem czy w innych trudnych sytuacjach, gdy nie bardzo wiadomo, co zrobić z rękami, wówczas sięgają po papierosa. Bo przecież tak właśnie postępują dorośli. Często palenie tytoniu jest postrzegane przez nastolatków jako symbol dorosłości, wielu osobom służy do podniesienia poczucia własnej wartości lub jest sposobem radzenia sobie z napięciami i niepewnościami żywymi.<sup>7</sup>

Nikotynizm jest nałogiem wywołanym przez dwa podstawowe, wzajemnie oddziałujące na siebie uzależnienia, biologiczne oraz psychiczne, związane z zależnym od czynników psychologicznych, środowiskowych i społecznych zachowaniem człowieka. Oprócz uzależnienia fizjologicznego nikotyna bardzo często staje się źródłem uzależnienia psychicznego. Tym, co różnicuje nikotynę jako środek psychoaktywny od innych tego rodzaju substancji jest to, że nikotyna nie powoduje zmian w zachowaniu ani nie zaburza funkcjonowania (inaczej rzecz się

<sup>5</sup> Wojdyło E., Osiatyński W.: „Alkohol i inne substancje odurzające. Promocja zdrowia”, W-wa 1992

<sup>6</sup> Woynarowska B., Jodkowska M.: „Nastolatek też jest ważny”, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1995r., s.46

<sup>7</sup> Wielkoszyński T., Bodzek D.: „Palenie tytoniu a miażdżyca- aktualne przeglądy.” Czynniki Ryzyka 2001, 1-2, s.39-50

ma przy zażywaniu narkotyków czy alkoholu). Sam mechanizm uzależniania jest w ogólnym zarysie podobny, chodzi o zapewnienie sobie pozytywnego nastroju, a na późniejszych etapach o uniknięcie negatywnego nastroju, który pojawia się po odstawieniu używki. Nikotynizm u młodzieży jest bardzo często „bramą” do innych uzależnień. Aż 95% alkoholików i 90% narkomanów zanim zaczęło pić czy brać narkotyki paliło papierosy. Niepokojący jest wzrost rozpowszechnienie zjawiska palenia papierosów wśród młodzieży, a nawet dzieci. Według badań przeprowadzonych w latach 90-tych XX wieku wyraźnie zwiększyła się częstość palenia wśród nastolatków. Według badań Woynarowskiej przeprowadzonych w 2002 roku do palenia przynajmniej się ponad 20% chłopców i 14, 5% dziewcząt. Wykazuje ona też związek między rozpoczęciem palenia tytoniu i sytuacją materialną rodziny, większą liczbę wypalanych dziennie papierosów deklarują osoby pochodzące z rodzin o trudnej sytuacji materialnej.<sup>8</sup> Badania dowodzą, że ryzyko rozpoczęcia i regularnego palenia przez dzieci rodziców palących jest znacznie większe, niż dzieci rodziców niepalących. Zauważyć można zjawisko przekazywania zachowań zdrowotnych między pokoleniami, w tym także szkodliwych dla zdrowia. Dzieci, które wypaliły, choć jednego papierosa, w późniejszym wieku częściej stają się nałogowymi palaczami w porównaniu z dziećmi, które nigdy nie paliły. Młodzież sięgająca po papierosa nie zdaje sobie sprawy z jego uzależniających właściwości. Wśród nastoletnich palaczy możemy zaobserwować palaczy eksperymentalnych i okazjonalnych, oraz palaczy silnie uzależnionych. Bardzo często młody palacz zanim uświadomi sobie zagrożenie, często jest już na etapie silnego uzależnienia, a zerwanie z nałogiem wymaga pokonania bariery fizycznej i psychicznej. Jak najwcześniejsze zerwanie z nikotynizmem jest podstawowym warunkiem przywrócenia dobrego stanu zdrowia i zminimalizowania negatywnych skutków zdrowotnych wywołanych paleniem papierosów oraz zmniejszenia ryzyka wystąpienia chorób odtyniowych.

## 2.2 Alkoholizm wśród młodzieży

W obecnych czasach alkohol jest szeroko dostępny i agresywnie promowany w całym społeczeństwie. Nadal jest także postrzegany przez wiele osób, jako normalny element dorastania. Jednak picie wśród nieletnich jest zjawiskiem niebezpiecznym, nie tylko dla pijącego, ale także dla całego społeczeństwa i przejawia się w dużej liczbie wypadków drogowych z udziałem pijanych kierowców, rozbojach, samobójstwach i innych stratach.

Ludzie, którzy zaczynają wcześniej używać alkoholu obciążeni są wyższym ryzykiem rozwoju poważnych problemów alkoholowych w przyszłym życiu, w tym alkoholizmu. Osoby te narażone są również na ryzyko innych niekorzystnych konsekwencji picia alkoholu, w tym ryzykownych zachowań seksualnych i słabych wyników w nauce.

Alkoholizm w młodym wieku rozwija się znacznie szybciej niż alkoholizm u dorosłych. W wieku młodzieńczym jest szczególnie niebezpieczny, gdyż kształtujący się jeszcze ośrodkowy układ nerwowy jest bardziej podatny na toksyczne działanie alkoholu.

Przeprowadzono wiele badań nad motywami skłaniającymi młodzież do sięgania po alkohol. Z badań tych wynika, iż młodzi ludzie i dzieci sięgają po alkohol po to, aby: uciec od problemów, zyskać pewność siebie, należeć do grupy rówieśniczej, wyrazić swoją potrzebę buntu, poczuć się dorosłymi, czuć się dobrze i być na luzie, upić się, poczuć smak alkoholu, doznać przygody i ryzyka, itp.<sup>9</sup>

Powodów sięgania po alkohol jest tak wiele, iż można sądzić, że każdy młody człowiek posiada własne powody picia alkoholu, typowe dla jego sytuacji życiowej, którymi pragnie wyjaśnić swoją postępowanie i skłonny jest pić tym częściej i być może tym więcej, im więcej ma powodów uzasadniających używanie alkoholu. Sięganie po alkohol przez dzieci

<sup>8</sup> Woynarowska B., Mazur J.: „Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce: wyniki badań HBSC 2002. Zdrowie Publiczne” 2004, s.158-167

<sup>9</sup> Deptuła M.: Komentarz do wyników badania ESPAD. W: A.Szymanowska (red.): Alkohol a zachowania problemowe młodzieży. Opinie i badania PARPA, W-wa 2004r.



interpretowane jest jako wynik naśladowania ludzi dorosłych i ich obyczajów. W Polsce pije się alkohol właściwie przy każdej okazji. Dziecko widzi, obserwuje i naśladuje, samo zaczyna próbować. Takiej przyczyny alkoholizmu wśród dzieci na ogół nie chcą widzieć dorośli.<sup>10</sup>

Najbardziej rozpowszechnionym napojem alkoholowym wśród młodzieży jest piwo, na drugim miejscu jest wódka, a na trzecim wino. W Polsce coraz mniejsze dzieci są zachęcane lub namawiane do próbowania alkoholu. Według danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w 2003 roku eksperymentowanie z picciem, chociaż raz w życiu zadeklarowało 85, 2% gimnazjalistów z klas trzecich i 93, 3% uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych. Wśród piętnasto- i szesnastolatków picie alkoholu stało się – przynajmniej w sensie statystycznym- normą, a wskaźniki picia dla chłopców i dziewcząt są bardzo podobne.<sup>11</sup>

Takie czynniki środowiskowe, jak wpływ rodziców i rówieśników, również odgrywają rolę w używaniu alkoholu np. dzieci rodziców, którzy piją więcej i mają pozytywną postawę w stosunku do alkoholu, mogą częściej sięgać po alkohol. Także dorastające dziecko, spotykające się ze starszym lub dorosłym towarzyszem, może częściej używać alkoholu, narkotyków i wykazywać przestępcze zachowania. Badacze przyglądają się innym wpływom środowiskowym, takim jak np. wpływ mediów. Dzisiaj alkohol jest szeroko dostępny i w agresywny sposób promowany w telewizji, radiu, na billboardach i w internecie. Naukowcy badają, jak młodzi ludzie odpowiadają na te reklamy. Okazało się, że te dzieci, które oceniały reklamy alkoholu jako atrakcyjne, częściej postrzegały picie pozytywnie i wykazywały chęć do kupowania produktów z logo alkoholu.

### 2.3 Narkomania

Narkomania jest zjawiskiem ogólnoswiatowym, o wyraźnej tendencji do rozszerzania się. Ma ona lokalną specyfikę uwarunkowaną tradycjami kulturowymi oraz warunkami społeczno-gospodarczymi. Powstaje na podłożu przeobrażeń zachodzących we współczesnym świecie i staje się poważnym problemem społecznym. Narkomania powstaje na skutek zanikania tradycyjnych więzi społecznych, zwłaszcza rodzinnych oraz osłabienia funkcji wychowawczej rodziny i szkoły. Jest przyczyną tragedii wielu młodych ludzi i ich rodzin, wywołuje wiele różnych problemów rodzinnych, szkolnych, prawnych i zdrowotnych.

W wąskim, medycznym znaczeniu, narkomania jest chorobą (nałogiem), powstałą w wyniku zażywania narkotyków. Narkotykiem jest lek stosowany w medycynie, wyprodukowany z maku np. morfina, opium, lub syntetyczny np. dolantyna, fortral. Narkoman jest osobą chorą, uzależnioną od narkotyku. Pojęciem narkomanii operuje się jednak w sensie szerokim, obejmującym nie tylko używanie narkotyku, ale posługiwanie się wszelkimi środkami wywołującymi euforię odurzającą. Zgodnie z ustawą o narkomanii, narkomania jest to stałe lub okresowe przyjmowanie w celach nie medycznych środków odurzających lub psychotropowych, albo środków zastępczych w wyniku czego może powstać lub powstała zależność. Środkiem uzależniającym jest każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na ośrodkowy układ nerwowy.<sup>12</sup> Narkotyki wywołują przyjemny stan emocjonalny np. pierwszym skutkiem działania heroiny jest uczucie łagodnej euforii, kokaina zaś daje emocjonalnego „kopa” z typową podwyższoną samoocena oraz przyływem energii. W obu tych przypadkach początkowe działanie narkotyku jest przyjemne. Drugą cechą jest działanie prowadzące do powstania tolerancji afektywnej. W miarę używania środek traci swoją moc wywoływania przyjemności. Narkomani kompensują powstałą tolerancję zwiększając dawkę substancji tak, aby doznać tego samego przyjemnego uczucia, jakiego doświadczyli za pierwszym razem. Trzecią cechą wspólną jest wywołanie afektywnych objawów abstynencyjnych. Przewlekłe używanie

<sup>10</sup> Olesińska A.: „Zjawisko alkoholizmu wśród dzieci i młodzieży. Psychologia i rzeczywistość”, 2003, 2.

<sup>11</sup> Kamińska-Buśko B.: „Profilaktyka w szkole.” Poradnik dla nauczycieli. CMPPP MEN, Warszawa 2005r.

<sup>12</sup> Pacian A.: „Opieka medyczna w szkole w ramach zdrowia publicznego” W: Zdrowie publiczne red. Kulik T.B., Latański M., Wyd. Czelej, Lublin 2002, s.252

narkotyków prowadzi do zmniejszonej przyjemności afektywnej, a także do silniejszych objawów abstynencyjnych, które doprowadzają do zamiany pragnienia osiągnięcia przyjemnego stanu „odlotu” na pragnienie usuwania objawów abstynencyjnych. Różne narkotyki powodują odmienne objawy abstynencyjne, ale zawsze są one przeciwstawne wobec pierwszych objawów działania środka np. jeśli ktoś zażywał koki, pierwszym objawem był kokainowy „kop”, to przeciwstawną reakcją abstynencyjną jest kokainowy „dołek”, polegający na spadku energii oraz silnie obniżonym nastroju.<sup>13</sup> Biorąc pod uwagę rodzaj działania środków uzależniających można wyróżnić trzy ich typy: środki hamujące (leki nasenne i uspakajające, rozpuszczalniki lotne, kleje, opiaty), środki pobudzające (kofeina, sterydy, kokaina, amfetamina), środki zmieniające (LSD, ekstazy, marihuana, haszysz).

### 3. Czynniki zwiększające ryzyko używania środków uzależniających przez młodzież:

#### *Czynniki ogólnospoleczne*

Prawo i panujące normy społeczne, przychylne wobec używania środków uzależniających (papierosów, alkoholu, leków uspokajających, marihuany itp.),

- Duża dostępność środków uzależniających,
- Zdezorganizowane środowisko lokalne - przeludnienie, słabe więzi sąsiedzkie, brak nadzoru nad miejscami publicznymi, duża przestępczość.

#### *Czynniki związane ze środowiskiem rodzinnym*

- Używanie środków uzależniających przez rodziców i rodzeństwo, panujące w rodzinie postawy, akceptujące używanie takich środków,
- Słabe więzi pomiędzy rodzicami a dzieckiem, brak zaangażowania rodziców w kontakty z dzieckiem, konflikty między rodzicami;
- Błędy wychowawcze - niejasno określone i niestałe wymagania stawiane dziecku, oczekiwanie dużych, nieraz nadmiernych, osiągnięć przy braku wsparcia emocjonalnego, krytycyzm, zawstydzanie, słaba kontrola tego co robi dziecko, mało nagród za pozytywne zachowania, kary bardzo silne i często niekonsekwentnie stosowane.

#### *Czynniki związane z problemami szkolnymi*

- W starszych klasach szkoły podstawowej słabe wyniki w nauce i wagary;
- Odrzucenie ze strony kolegów szkolnych z powodu agresywności;
- Słaby związek ze szkołą, niepoświęcanie czasu na naukę, brak chęci do dalszej nauki.

#### *Czynniki związane z osobniczymi cechami i postawą*

- Od dzieciństwa nadpobudliwość i jednocześnie agresywność;
- W wieku dorastania odrzucanie ogólnie przyjętych wartości i norm, buntowniczość;
- Wchodzenie w kontakty towarzyskie z młodzieżą palącą, pijącą, odurzającą się; akceptowanie takich zachowań.<sup>14</sup>

Podsumowując podstawowe informacje o środkach uzależniających można stwierdzić, że młodzi ludzie:

- zamiast uczyć się radzenia sobie z problemami życia, szukają ucieczki od tych problemów w używaniu „hamujących” środków, które tłumią przykre doznania i niezaspokojone potrzeby,
- zamiast uczenia się stawiania sobie realnych celów i uczyć się umiejętności umożliwiających osiągnięcie ich, używają środków dopingujących by doraźnie zwiększyć swą wydolność

<sup>13</sup> Dimoff T., Carper S.: „Jak rozpoznać, czy dziecko sięga po narkotyki”, Elma Bobks, W-wa 1993.

<sup>14</sup> Woynarowska B., Jodkowska M.: „Nastolatek też jest ważny”; Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1995r., s.47

psychiczną i fizyczną,

- zamiast rozwijać ciekawe, fascynujące życie używają środków zmieniających świadomość.<sup>15</sup>

<sup>16</sup>

### Cel pracy

Badanie miało na celu przede wszystkim pomiar natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych. Podstawowymi pytaniami badawczymi były zatem pytania o liczby młodych ludzi, którzy mieli doświadczenia z tego typu substancjami oraz o stopień nasilenia tych doświadczeń. Czy istnieją różnice między wielkością uzależnienia wśród młodzieży ze szkół położonych na terenie miasta i poza miastem, a także jak dane zebrane podczas badań odnoszą się do wyników badań na terenie kraju.

### Material i metoda badań

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, z zastosowaniem techniki ankiety, a narzędziem był autorski kwestionariusz ankiety (w załączeniu). Badania przeprowadzono w październiku 2007r. Przed wypełnieniem ankiety respondenci zostali poinformowani o sposobie wypełniania kwestionariusza. Udział w badaniu był dobrowolny. Uczniowie wypełniali ankietę przy zachowaniu pełnej anonimowości i przy zapewnieniu, że uzyskane wyniki posłużą tylko i wyłącznie do celów badawczych. W celu zapewnienia uczniom anonimowości wypełnianie ankiet odbywało się bez obecności nauczyciela w klasie w trakcie badania, osoba przeprowadzająca badanie nie chodziła po klasie, by nie przeszkadzać i nie zaglądać uczniom w kwestionariusze, zastosowano też specjalną procedurę zwrotu wypełnionego kwestionariusza, polegającą na umieszczeniu go przez ucznia w urnie.

Badaniami objęto 100-osobową grupę młodzieży z gminy Grajewo, z czego 57% stanowili chłopcy i 43% dziewczęta. 50 ankietowanych uczniów, to młodzież uczęszczająca do Gimnazjum w Danówku (gmina Grajewo), co stanowi około 25% ogółu młodzieży uczącej się w tej szkole. Pozostała część respondentów to uczniowie Zespołu Szkół w Wojewodzinie. W tej grupie 18 osób to maturzyści, a pozostałe, 32 osoby to uczniowie ostatniej klasy zasadniczej szkoły zawodowej. Przedstawiciele szkoły średniej, to około 12, 5% uczniów tej szkoły.

Tabela 1.  
Rodzaj szkoły badanych.

Rodzaj szkoły	Dziewczęta		Chłopcy	
Gimnazjum	23	23%	27	27%
Technikum	8	8%	10	10%
Zasadnicza szkoła zawodowa	12	12%	20	20%
<b>Razem</b>	<b>43</b>	<b>43%</b>	<b>57</b>	<b>57%</b>

Źródło: badania własne.

Z tabeli wynika, że w badaniu młodzież gimnazjum stanowiła 50%, technikum (maturzyści) to 18%, a szkoły zawodowej - 32%.

<sup>15</sup> Woynarowska B.: „Uczeń a narkotyki. Jak zapobiegać i pomóc”; Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2001r.

<sup>16</sup> Dimoff T., Carper S.: „Jak rozpoznać, czy dziecko sięga po narkotyki”; Elma Bobks, Warszawa 1993r.

Tabela 2.  
Miejsce zamieszkania badanych.

Rodzaj szkoły	Miasto		Wieś	
	Dz	Ch	Dz	Ch
Gimnazjum	-	-	23	27
Technikum	3	6	5	4
Zasadnicza szkoła zawodowa	3	12	9	8

*Zródło: badania własne.*

Większość młodzieży biorącej udział w badaniu zamieszkuje na terenie wsi (76%). Uczniowie gimnazjum w 100% pochodzą z terenu wiejskiego. Natomiast 24% ankietowanych uczniów szkoły ponadgimnazjalnej zamieszkuje w mieście.

### Wyniki badań

Do palenia papierosów przyznało się 53% badanej młodzieży, z tego ankietowanych dziewcząt 18 i 35 chłopców. Poza tym 27% podało, że tylko próbowało, a 20% nigdy nie paliło. 12% wszystkich ankietowanych przyznaje się, że jest pod wpływem nałogu nikotynowego. (tab.3)

Tabela 3.  
Palenie papierosów przez badanych.

Palenie papierosów	Badana młodzież (n=100)				Razem	
	Dziewczeta (n=43)		Chłopcy (n=57)		DZ	CH
	Gimn	Ponadgimn	Gimn	Ponadgimn		
Nigdy	11	5	2	2	16	4
Jeden raz, spróbowałem	6	3	7	11	9	18
Sporadycznie	6	8	9	9	14	18
Często	-	2	6	1	2	7
Nałogowo	-	2	3	7	2	10

*Zródło: badania własne.*

Z udzielonych odpowiedzi wynika, że 26% badanej młodzieży miało pierwszy kontakt z papierosem w wieku 7-10 lat, przy czym przeważają tu chłopcy-23 osoby, co stanowi 40,3% badanych chłopców, był to przedział wiekowy najczęściej wskazywany, jako pierwszy kontakt z papierosem. W wieku 10-13 lat pierwszego papierosa zapaliło 21% ankietowanych, z czego przeważają w tej grupie wiekowej dziewczęta (13) i stanowi to 30,2% badanych dziewcząt. (tab.4)

Tabela 4.  
Kontakt z pierwszym papierosem przez badanych uczniów.

Wiek	Badana młodzież (n=100)				Razem	
	Dziewczeta (n=43)		Chłopcy (n=57)		DZ	CH
	Gimn	Ponadgimn	Gimn	Ponadgimn		
7 – 10 lat	3	-	10	13	3	23
10 – 13 lat	7	6	6	2	13	8
13 – 16 lat	2	6	5	4	8	9
16 – 18 lat	-	3	-	9	3	9

*Zródło: badania własne.*

Najczęściej wskazywanym miejscem, gdzie sięgnęła po pierwszego papierosa badana młodzież to imprezy towarzyskie - 40% oraz wyjazdy wakacyjne - 14%. (tab.5)

Tabela 5.

Okoliczności wypalenia pierwszego papierosa przez badaną młodzież.

Miejsce	Badana młodzież(n=100)				Razem	
	Dziewczeta(n=43)		Chłopcy(n=57)		DZ	CH
	Gimn	Ponadgimn	Gimn	Ponadgimn		
Dom	-	3	2	4	3	6
Przerwa w szkole	2	-	3	6	2	9
Wyjazd wakacyjny	4	4	3	3	8	6
Imprezy towarzyskie	6	10	11	13	16	24
Nie podaje	11	3	8	4	14	12

Źródło: badania własne.

21 dziewcząt, co stanowi 48,8% badanej grupy dziewcząt i 36 chłopców, co stanowi 63,1% badanych chłopców stwierdza, że sięgnęli po papierosa pod wpływem namowy kolegów i koleżanek, w sumie 57% badanej młodzieży.(tab.6)

Tabela 6.

Kto namówił badaną młodzież do „pierwszego papierosa”.

	Gimnazjum		Szkoła ponadgimnazjalna	
	Dz	Ch	Dz	Ch
Koledzy, koleżanki	10 (23%)	18 (31,5%)	11 (25,5%)	18 (31,5%)
Rodzice	0	0	0	0
Rodzeństwo	0	0	1 (2%)	4 (7%)
Inni	2 (4%)	2 (3%)	1 (2%)	6 (10,5%)

Źródło: badania własne.

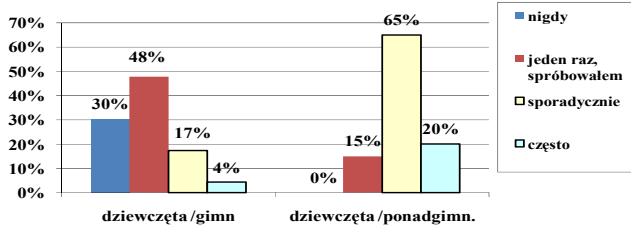
Jak pokazuje tabela 7 oraz ryciny 1 i 2, grupa 83,7% ankietowanych dziewcząt i 89,5% ankietowanych chłopców miało już kontakt z alkoholem. Przy czym 74% młodzieży gimnazjalnej, biorącej udział w ankiecie, próbowało już picia alkoholu. Tylko 13 % wszystkich respondentów nigdy nie spożywało alkoholu, a 25% badanej młodzieży spożywa alkohol często, przy czym najczęściej chłopcy w szkole ponadgimnazjalnej.

Tabela 7.

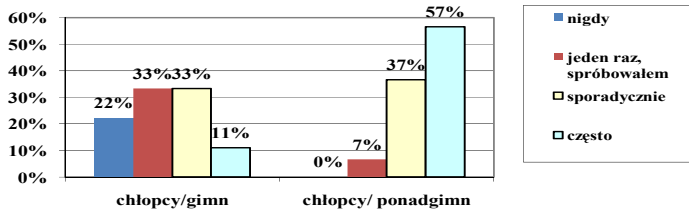
Spożycie alkoholu przez badaną młodzież.

	Badana młodzież(n=100)				Razem	
	Dziewczeta (n=43)		Chłopcy (n=57)		DZ	CH
	Gimn	Ponadgimn	Gimn	Ponadgimn		
Nigdy	7	-	6	-	7	6
Jeden raz, tylko spróbowałem	11	3	9	2	14	11
Sporadycznie	4	13	9	11	17	20
Często (raz w tygodniu)	1	4	3	17	5	20

Źródło: badania własne.



Rycina 1. Spożycie alkoholu przez badane dziewczęta.



Rycina 2. Spożycie alkoholu przez badanych chłopców.

Pierwszy kontakt z alkoholem badana młodzież miała najczęściej w wieku 13-16 lat, 57% ankieterowanych (w tym 23 dziewcząt i 34 chłopców). W młodszym wieku sięgnęło po alkohol 8 dziewcząt (18, 6 % badanych dziewcząt) i 15 chłopców (26, 3 % badanych chłopców). (tab.8)

Tabela 8.  
Wiek respondentów, w którym mieli pierwszy kontakt z alkoholem.

Wiek	Badana młodzież (n=100)				Razem	
	Dziewczęta (n=43)		Chłopcy (n=57)		DZ	CH
	Gimn	Ponadgimn	Gimn	Ponadgimn		
7 – 10 lat	-	-	-	-	-	-
10 – 13 lat	8	-	5	10	8	15
13 – 16 lat	8	15	16	18	23	34
16 – 18 lat	-	5	-	2	5	2
Nie podaje	7	0	6	0	7	6

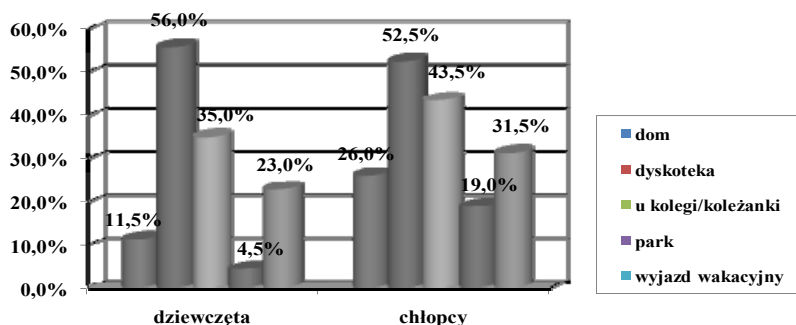
Źródło: badania własne.

Z przedstawionej tabeli 9 i ryciny 3 wynika, że najczęstszym miejscem gdzie młodzież spożywa alkohol jest dyskoteka (54% ankietowanych), spotkania towarzyskie „u kolegi” (40%), jak również wyjazdy wakacyjne (28%).

Tabela 9.  
Miejsce i okoliczności, w których badana młodzież najczęściej spożywa alkohol.

Miejsce	Badana młodzież (n=100)				Razem	
	Dziewczęta		Chłopcy		DZ	CH
	Gimn	Ponadgimn	Gimn	Ponadgimn		
W domu	-	5	2	13	5	15
Na dyskotecce	8	16	6	24	24	30
U kolegi	6	9	10	15	15	25
W parku	-	2	4	7	2	11
Wyjazd wakacyjny	3	7	6	12	10	18

Źródło: badania własne.



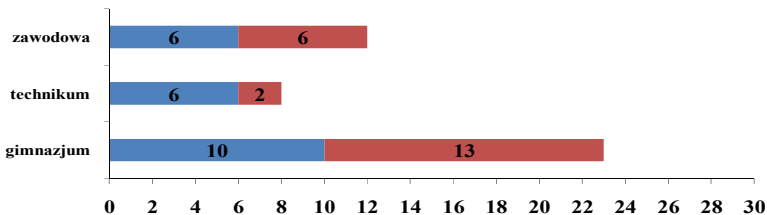
Rycina 3. Miejsce, w którym młodzież ankietowana najczęściej spożywa alkohol, w podziale na płeć.

Na postawione pytanie: „W jakich okolicznościach piłeś w domu, jeśli ci się to zdarzyło?” -41% respondentów odpowiedziało, że z okazji urodzin, 30% z okazji świąt. (tab.10) W obecności rodziców do picia alkoholu przyznaje się 51% z ankietowanych dziewcząt (rycina 4) i 54,3% ankietowanych chłopców (rycina 5).

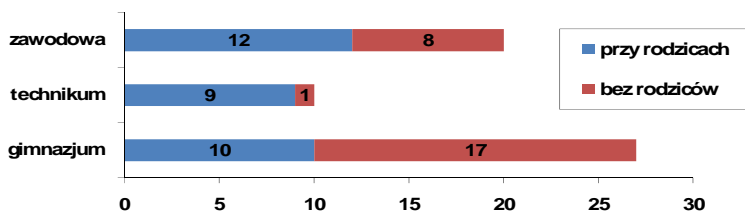
Tabela 10.  
Okoliczności spożywania alkoholu w domu przez badanych.

Miejsce (dom)	Badana młodzież (n=100)				Razem	
	Dziewczęta (n=43)		Chłopcy (n=57)		DZ	CH
	Gimn	Ponadgimn	Gimn	Ponadgimn		
Imieniny	1	4	4	15	5	19
Urodziny	2	15	6	18	17	24
Święta	1	8	5	16	9	21
Odwiedziny znajomych	2	3	5	14	5	19
Bez okazji	2	1	2	12	3	14

Źródło: badania własne.



Rycina 4. Spożywanie alkoholu przez dziewczęta w obecności rodziców, podział wg szkół.



Rycina 5. Spożywanie alkoholu przez chłopców w obecności rodziców, podział wg szkół.

Niepokojąco jest zjawisko spożycia alkoholu w ciągu ostatniego tygodnia -40 odpowiedzi, w tym 27, 9 % wszystkich dziewcząt i 49, 1% wszystkich chłopców, najczęściej ze szkoły ponadgimnazjalnej. Natomiast w ciągu miesiąca przed przeprowadzeniem ankiety alkohol degustowało około 34, 8% badanych uczennic i 31, 5% badanych uczniów.(tab.11)

Tabela 11.

Częstotliwość spożywania alkoholu przez badaną młodzież.

Spożywanie alkoholu	Badana młodzież(n=100)				Razem	
	Dziewczęta		Chłopcy		DZ	CH
	Gimn	Ponadgimn	Gimn	Ponadgimn		
W ciągu ostatnich 7 dni	3	9	8	20	12	28
W ciągu 30 dni	7	8	10	8	15	18

Źródło: badania własne.

Na postawione pytanie: Czy kiedykolwiek używałeś narkotyków?- 79% badanej młodzieży odpowiedziało „nigdy”; 37 uczennic (86%) i 42 uczniów (74%). Natomiast 5 dziewcząt i 14 chłopców odpowiedziało twierdząco, co stanowi 19% grupy badanej. (tab.12)



Tabela 12.  
Używanie narkotyków przez badaną młodzież.

	Badana młodzież(n=100)				Razem	
	Dziewczęta (n=43)		Chłopcy (n=57)		DZ	CH
	Gimn	Ponadgimn	Gimn	Ponadgimn		
Nigdy	22	15	21	21	37	42
Jeden raz zdarzyło mi się	1	3	4	3	4	7
Sporadycznie	-	1	1	6	1	7
Często	-	-	-	-	-	-

Źródło: badania własne.

Analizując powyższe dane widzimy, że wraz w wiekiem ankietowanych zwiększa się procent używania przez młodzież substancji nielegalnych. Według podziału na płeć zjawisko to jest częściej spotykane u chłopców (25%) niż dziewcząt (9%).

Najczęściej wymienianym narkotykiem była marihuana (5 dziewcząt i 10 chłopców), następnym - sterydy, stosowane wyłącznie przez chłopców ćwiczących na siłowni (6 osób). Amfetamina i LSD były najrzadziej wymieniane. (tab.13)

Tabela 13.  
Narkotyki, z którymi najczęściej eksperymentuje badana młodzież.

	Badana młodzież (n=100)				Razem	
	Dziewczęta (n=43)		Chłopcy (n=57)		DZ	CH
	Gimn	Ponadgimn	Gimn	Ponadgimn		
Amfetamina	-	-	1	2	-	3
Marihuana	1	4	4	6	5	10
Anaboliki (sterydy)	-	-	2	4	-	6
Halucynogeny (LSD)	-	-	2	2	-	4

Źródło: badania własne.

Młodzież nie ma problemów z nabyciem narkotyków, doskonale wiedzą gdzie można je kupić. Najczęściej wskazywanym miejscem, gdzie jest łatwy dostęp do narkotyków to dyskoteka, bar - 33% badanych tak wskazało, na osiedlu- 19%, szkoła - 13%. (tab.14)

Tabela 14.  
Miejsce nabywania narkotyków wskazywane przez respondentów.

Miejsce	Badana młodzież(n=100)				Razem	
	Dziewczęta (n=43)		Chłopcy (n=57)		DZ	CH
	Gimn	Ponadgimn	Gimn	Ponadgimn		
Szkoła	-	2	5	6	2	11
Dyskoteka, bar	7	9	8	9	16	17
Osiedle, na którym mieszka	2	7	-	10	9	10
Inne	1	1	4	3	2	7

Źródło: badania własne.

Według ankietowanych najczęstszym powodem, dla którego młodzież sięga po narkotyki to ciekawość-tak odpowiedziało 40% ankietowanych, oraz namowa kolegów, na co wskazały 23 osoby. Odpowiedzi takich najczęściej udzielała młodzież gimnazjum (58,4% odpowiedzi), w tym dziewczęta.(tab.15)

Tabela 15.

Powód, dlaczego młodzież sięga po narkotyki, według respondentów.

	Badana młodzież(n=100)				Razem	
	Dziewczęta (n=43)		Chłopcy (n=57)		DZ	CH
	Gimn	Ponadgimn	Gimn	Ponadgimn		
Cheć odreagowania	1		1	1	1	2
Cele towarzyskie	2	3	-	1	5	1
Ciekawość	14	8	9	9	22	18
Poprawa nastroju		2	1	2	2	3
Namowa kolegów	10	4	7	2	14	9

Źródło: badania własne.

Najczęściej wskazywanym skutkiem zdrowotnym stosowania środków psychoaktywnych według ankietowanych są nowotwory oraz choroby układu oddechowego, ale młodzież również wskazuje jako skutki zdrowotne zachowania agresywne.(tab.16)

Tabela 16.

Świadomość szkodliwości stosowania substancji psychoaktywnych wskazywane przez badaną młodzież.

Skutki zdrowotne	Gimnazjum		Technikum		Z.S.Zawodowa		Razem	
	Dz n=23	Ch n=27	Dz n=8	Ch n=10	Dz n=12	Ch n=20	Dz n=43	Ch n=57
Nowotwory	17	14	10	10	7	12	34	36
Choroby uk.krążenia	8	10	9	8	6	8	23	26
Choroby uk. oddechowego	13	14	11	8	7	10	31	32
Zaburzenia rozwoju fizycznego	11	12	6	7	6	10	23	29
Trudności w koncentracji	10	14	6	8	6	6	22	28
Zachowania agresywne	13	12	11	7	8	8	32	27
Zaburz. trawienia, przemiany materii	6	6	5	9	4	8	15	23

Źródło: Badania własne.

### Omówienie wyników i dyskusja

Analiza zjawiska używania substancji psychoaktywnych przez młodzież w prezentowanych badaniach obejmowała dwie grupy młodzieży – uczniów trzecich klas gimnazjum (15-16-latków) oraz trzecich klas szkoły ponadgimnazjalnej (18-latków). W analizie zostaną porównane otrzymane wyniki powyższych respondentów z informacjami dotyczącymi używania substancji psychoaktywnych podanych w ogólnokrajowych badaniach ESPAD w 2003 roku, jak też badań przeprowadzonych w tym samym czasie co badanie autorskie, wśród gimnazjalistów grajewskich przedstawione w raporcie miasta Grajewo.

Prezentacja wyników będzie dotyczyć rozpowszechnienia używania różnych substancji psychoaktywnych: tytoniu, napojów alkoholowych oraz pozostałych środków, w tym nielegalnych.

#### *Palenie papierosów*

Porównując wyniki własnych badań z wynikami badań ESPAD<sup>17</sup> z 2003 roku oraz z wynikami badań młodzieży gimnazjalnej ze szkół na terenie miasta Grajewo w zakresie rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych można zauważyć szereg podobieństw.

Ogólnopolskie badania przeprowadzone wśród młodzieży w 2003 roku donoszą, że jakiegokolwiek doświadczenia z paleniem papierosów w czasie całego życia miało 63,7% uczniów klas trzecich gimnazjów i 78,2% uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych. Wśród uczniów, którzy podejmowali próby palenia można wyróżnić grupę osób, które sporadycznie paliły. Należy do niej 23,3% uczniów gimnazjum i 21,3% uczniów szkół ponadgimnazjalnych.

Wyniki badań przeprowadzone wśród młodzieży na terenie gminy Grajewo pokazują, że próbę palenia tytoniu podjęło 53% ankietowanej młodzieży, z czego wśród gimnazjalistów do inicjacji nikotynowej przyznaje się 48% ankietowanych (24 osoby). W starszej grupie badanych do zapalenia papierosa choćby jeden raz przyznaje się 86% ankietowanych. Zarówno w starszej i młodszej grupie respondentów wśród palaczy większość stanowili chłopcy (Tabela 3).

Dla porównania w tym samym czasie zostały też przeprowadzone badania na temat używania środków psychoaktywnych wśród młodzieży uczącej się w gimnazjach na terenie miasta Grajewo.<sup>18</sup>

Tabela 17.

Palenie papierosów wśród gimnazjalistów grajewskich.

Odpowiedzi uczniów	Gimnazjum kl.III	
	Chłopcy	Dziewczęta
Nie palę	45%	60%
Spróbowałem tylko raz palenia	38%	29%
Czasami palę	7%	11%
Pale codziennie	10%	0%

Źródło: *Raport miasta Grajewo*.

Warto także zwrócić uwagę na wskaźnik procentowy uczniów palących regularnie papierosy. Wśród młodzieży uczącej się na terenie gminy Grajewo często i nałogowo pali 21% badanych, a 12% wszystkich ankietowanych przyznaje się, że jest pod wpływem nałogu nikotynowego (6% młodszych i 24% starszych respondentów). W skali kraju wynosi to odpowiednio: 28, 1% z młodszej i 44, 4% z grupy starszej. Ta grupa młodzieży to osoby, których doświadczenie z paleniem przekroczyło fazę eksperymentowania.

Problem regularnego palenia wśród grajewskiej młodzieży gimnazjalnej dotyczy wyłącznie chłopców - 10%, a czasami pali 7% uczniów i 11% dziewcząt.

Analizując wyniki badań można dostrzec, że młodzież z terenu gminy Grajewo w większym stopniu jest zagrożona nikotynizmem niż uczniowie z grajewskich szkół, jednak w porównaniu z młodzieżą badaną na terenie kraju, zjawisko to jest mniej nasilone.

Z badania autorskiego wynika, że 47, 8% ankietowanych gimnazjalistek i 7,4% ankietowanych gimnazjalistów nigdy nie próbowało palenia papierosów. W skali kraju - 38%

<sup>17</sup> Sierosławski J.: „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzieży szkolną. Wyniki ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2003 r.” W: Alkohol a zachowania problemowe młodzieży. Opinie i badania. Wydawnictwo Edukacyjne PARPA, Warszawa 2004.

<sup>18</sup> [http://www.e-grajewo.pl/wiadomosci,6092,Szkoda\\_zdrowia\\_na\\_picie.html](http://www.e-grajewo.pl/wiadomosci,6092,Szkoda_zdrowia_na_picie.html), z dnia 05.01.2008

młodszych i 16, 9% starszych chłopców nigdy nie próbowało palenia papierosów, oraz 34, 5% 15-letnich i 28% starszych uczniów. Natomiast w gimnazjach grajewskich 45% chłopców i 60% badanych dziewcząt nie rozpoczęło jeszcze palenia (Tabela 17).

Tabela 18.

Palenie tytoniu wg płci-badanie ESPAD 2003

poziom klasy		Chłopcy	Dziewczęta
Trzecie klasy gimnazjum	Nigdy nie palił	38,0	34,5
	1-2 razy	14,0	13,8
	3-5 razy	7,9	5,4
	6-9 razy	3,4	4,6
	10-19 razy	7,2	6,9
	20-39 razy	4,5	3,4
	40 razy lub więcej	25,0	31,4
Drugie klasy szkół pogimnazjalnych	Nigdy nie palił	16,9	28,1
	1-2 razy	10,4	10,7
	3-5 razy	5,1	8,2
	6-9 razy	4,2	6,8
	10-19 razy	5,3	6,8
	20-39 razy	5,3	5,7
	40 razy lub więcej	52,8	33,8

Źródło: Raport ESPAD 2003.

W badaniach krajowych bardzo ciekawie przedstawiają się wyniki dotyczące inicjacji tytoniowej. Co piąta uczennica (23%), zarówno trzeciej klasy gimnazjalnej, jak i drugiej ponadgimnazjalnej, zapaliła pierwszego papierosa w wieku 14 – 15 lat. Analogiczne wyniki dla chłopców wynoszą 14% i 16%.

Odpowiedzi respondentów z okolic Grajewa wskazują na to, że większość uczniów (26%) swojego pierwszego papierosa wypala w okresie szkoły podstawowej (7-10 lat). W młodszej grupie wiekowej, chłopcy częściej (37% gimnazjalistów) niż dziewczęta wcześniej rozpoczynają swoją przygodę z papierosem. Różnice w tym zakresie można dostrzec pomiędzy dziewczynkami a chłopcami w wieku 10-13 lat – 21% ankietowanych uczniów zapaliło papierosa, w tym 30% badanych uczennic.

Bardzo wczesny wiek inicjacji nikotynowej młodzieży świadczy o łatwej dostępności do wyrobów tytoniowych osób niepełnoletnich i nieskuteczności Ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, a szczególnie w zakresie art.6 dotyczącego zakazu sprzedaży wyrobów tytoniowych osobom do lat 18.<sup>19</sup>Przeglądając wyniki obu badań, można dostrzec, że codziennie po papierosy w równym stopniu sięgają chłopcy, jak też i dziewczęta.

Najczęściej wskazywanymi przez uczniów okolicznościami wypalenia pierwszego papierosa były imprezy towarzyskie, tak podaje 40% badanych oraz wyjazdy wakacyjne – 14% ankietowanych (Tabela 5). Aż 49% badanych dziewcząt i 63% chłopców stwierdza, że sięgnęli po papierosa pod wpływem namowy kolegów i koleżanek (Tabela 6).

Według badań CBOS z 2003 roku regularne palenie papierosów jest zachowaniem najczęściej występującym w zasadniczych szkołach zawodowych, co również pokazują wyniki badań przeprowadzone na terenie gminy Grajewo.

<sup>19</sup> (Dz.U.Nr.96 poz.1107 z dnia 3 grudnia 1999r.)Ustawa z dnia 5 listopada1999r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

*Picie alkoholu.*

Picie napojów alkoholowych przez młodzież szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych stało się już bardzo powszechnym zjawiskiem w skali całego kraju.

Tabela 19.  
Picie napojów alkoholowych- badanie ESPAD 2003.

Poziom klasy		2003r.
Trzecie klasy gimnazjum	Kiedykolwiek w życiu	92,5%
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	84,9%
	W czasie 30 dni przed badaniem	65,8%
Drugie klasy szkół ponadgimnazjalnych	Kiedykolwiek w życiu	96,7%
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	93,4%
	W czasie 30 dni przed badaniem	78,9%

Źródło: Raport ESPAD 2003.

Tabela 20.  
Picie napojów alkoholowych wg płci- badanie ESPAD 2003.

Poziom klasy		Chłopcy	Dziewczęta
Trzecie klasy gimnazjum	Kiedykolwiek w życiu	93,7%	91,4%
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	87,5%	82,5%
	W czasie 30 dni przed badaniem	71,5%	60,3%
Drugie klasy szkół ponadgimnazjalnych	Kiedykolwiek w życiu	96,6%	96,9%
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	94,2%	92,6%
	W czasie 30 dni przed badaniem	84,6%	73,2%

Źródło: Raport ESPAD 2003.

Jak wynika z badań ogólnopolskich próby picia ma za sobą 92, 5% gimnazjalistów z klas trzecich, oraz 97 % uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych.

Na tym tle wyniki uczniów gminy Grajewo nieznacznie różnią się od uzyskanych w innych polskich miastach, 83,7% ankietowanych dziewcząt i 89,5% ankietowanych chłopców miało już kontakt z alkoholem (Tabela 7).

Wśród młodzieży gimnazjalnej biorącej udział w ankiecie, 74% próbowało już picia alkoholu, w tym 69,5% gimnazjalistek i prawie 77,7% gimnazjalistów. Tylko 13 % respondentów nigdy nie spożywało alkoholu. Jak pokazują wyniki badania, wśród piętnastolatków picie alkoholu stało się normą, przynajmniej w sensie statystycznym.

A tak przedstawiają się wyniki badań przeprowadzonych w grajewskich szkołach: grajewscy rówieśnicy ponad dwukrotnie rzadziej podejmują pierwsze próby wypicia alkoholu 33% (chłopcy) i 30% (dziewczęta).

Prezentowane wyniki badań własnych wskazują, że wśród starszej grupy respondentów nie było abstynentów. Większość uczniów z tych klas w momencie badania była już pełnoletnia lub zbliżała się do pełnoletniości. Wyniki ukazują, że w tej grupie sporadycznie spożywa alkohol 65% dziewcząt i 36,6% chłopców, a do częstego spożywania alkoholu przynajmniej 20% dziewcząt i 56,6% chłopców (Tabela7).

Tabela 21.

Spożywanie alkoholu wśród gimnazjalistów grajewskich.

Odpowiedzi uczniów	Gimnazjum kl.III	
	chłopcy	dziewczęta
Nigdy nie piłem alkoholu	19%	38%
Spróbowałem tylko raz	33%	30%
Czasem sięgam po alkohol	40%	32%
Często pije alkohol, nawet raz w tygodniu	8%	0%

Źródło: Raport miasta Grajewo, badania gimnazjalistów.

Za wskaźnik względnie częstego używania alkoholu przyjęto picie raz w tygodniu, a czterokrotny lub częstszy kontakt z alkoholem w miesiącu poprzedzającym badanie kwalifikuje do grupy regularnie pijących.

Picie napojów alkoholowych jest na tyle powszechne, że w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem piło 65,8% piętnasto-szesnastolatków (71,5% dziewcząt i 60,3% chłopców) według raportu ESPAD (Tabela 21).

Wśród ankietowanych z gminy Grajewo, do spożywania alkoholu w ciągu miesiąca przed badaniem przyznaje się 34% gimnazjalistów (30,4% dziewcząt i 37% chłopców), gdy spośród uczniów grajewskich gimnazjów tylko 8% potwierdza, że często pije alkohol i zjawisko to dotyczy wyłącznie chłopców (Rycina 7,8). W ponadgimnazjalnej szkole dotyczy to 40% uczennic i 26% uczniów.

Częste picie alkoholu w starszej grupie dotyczy 32 % ankietowanych, a na terenie kraju 83% siedemnasto-osiemnastolatków. Niepokojące jest zjawisko spożycia alkoholu w ciągu ostatniego tygodnia przed badaniem. Odpowiedzi twierdzącej, jeśli chodzi o spożycie alkoholu w ciągu tygodnia poprzedzającego badania ankietowe udzieliło 40 respondentów, w tym 45 % dziewcząt starszych i 66,6% starszych chłopców (Tabela 1).

Przez wszystkie lata płęć jest zmienną różnicującą zarówno rozpowszechnienie abstynencji, jak i regularnego używania alkoholu. W 2003 roku, w badaniach CBOS<sup>20</sup>, 11% chłopców i 22% dziewcząt w ogóle nie piło, natomiast regularne picie deklarowało 48% chłopców i 26% dziewcząt. Zauważyć można wyraźny trend zmniejszania się różnic między dziewczętami a chłopcami, co potwierdzają również przedstawiane badania.

W badaniach CBOS z roku 2003 typ szkoły nie pełnił już roli zmiennej różnicującej postawy wobec alkoholu. W 2003 roku rozpowszechnienie regularnego picia w liceach dotyczyło 37% uczniów, a w szkołach zawodowych 32%.

Różnice w rozpowszechnieniu picia alkoholu wśród uczniów z różnych typów szkół potwierdzają także badania młodzieży z gminy Grajewo. Regularnie pijących wśród maturzystów jest 33% (chłopcy stanowią 50%) i 44% uczniów kończących zasadniczą szkołę zawodową konsumujących systematycznie alkohol, z czego w większości to chłopcy-60%.

W badaniu zapytano o wiek inicjacji alkoholowej. Wykazano, że najczęściej pierwszy kontakt z alkoholem następuje w wieku 13-16 lat, co podaje 53% uczennic i 59, 5% uczniów. W młodszym wieku inicjacja alkoholowa dotyczy 18, 5% dziewcząt i 26% chłopców.

Pytając o kontakt z alkoholem chciano uzyskać informacje na temat miejsc spożywania alkoholu przez ankietowanych. Wyniki odpowiedzi przedstawia tabela 9, z której wynika, że najczęściej jest to dyskoteka - 54% ankietowanych (56% dziewcząt i 52, 5% chłopców), w tym 28% to młodszy respondenci; spotkania towarzyskie "u kolegi" - 40% (35% uczennic i 43,5% uczniów), oraz wyjazdy wakacyjne - 28% respondentów. Dom, jako miejsce spożywania alkoholu przez młodzież wskazało 11, 6% badanych dziewcząt i 26, 3% badanych chłopców, a okoliczności, jakie temu towarzyszyły to najczęściej urodziny - 41% oraz święta 30% (Tabela

<sup>20</sup> <http://www.cbos.pl/> z dnia 05.12.2007

10). Badania zwracają uwagę na niepokojący problem przyzwalania rodziców na picie alkoholu przez swoje dzieci, na co wskazuje 13% uczennic i 26% uczniów biorących udział w badaniu.

Grajewscy uczniowie podają natomiast, że najczęściej alkohol pije na podwórku – 17%, a 15% respondentów przyznaje, że zazwyczaj alkohol spożywa na uroczystościach rodzinnych. Tylko 7% adwersarzy wskazuje inne miejsca, w których najczęściej rozpija alkohol, są to: wakacje, imprezy, w pobliżu sklepu, bar, przygodne miejsca, w towarzystwie kolegi lub koleżanki; 4% uczniów próby twierdzi, że alkohol spożywa na dyskotecę.

Tabela 22.

Miejsce spożywania alkoholu podawane przez grajewskich gimnazjalistów.

Podwórko	17%
Uroczystości rodzinne	15%
Wakacje, imprezy, bar, w pobliżu sklepu, w towarzystwie kolegów, koleżanek	7%
Dyskoteka	4%
Dom	3%
Szkoła	1%

Źródło: Raport miasta Grajewo - badanie gimnazjalistów.

W badaniach ogólnokrajowych ESPAD, uczniowie klas trzecich gimnazjów pili najczęściej u kogoś w domu lub na świeżym powietrzu, najrzadziej zaś w restauracji. Uczniowie starsi najczęściej pili w dyskotecę, u kogoś w domu względnie w barze lub pubie. Widać jak wraz z wiekiem rośnie rola picia w miejscach „publicznych”. Potwierdzeniem tej tezy jest też wzrost wraz z wiekiem odsetka pijących w dyskotecę (Tabela 23).

Młodszy chłopcy w największym odsetku piją na wolnym powietrzu, młodsze dziewczęta zaś u kogoś w domu. Chłopcy z klas drugich szkół pogimnazjalnych piją przede wszystkim na wolnym powietrzu (na ulicy, w parku, na plaży, itp.), dziewczęta zaś w barze.

Akceptacja społeczna dla sprzedaży alkoholu nieletnim oraz coraz niższy wiek inicjacji alkoholowej sprawia, że zasięg problemów związanych z piciem młodzieży staje się coraz szerszy. Dostęp coraz młodszych dzieci do alkoholu świadczy o nie skuteczności ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, art.15 us.1 pkt2 mówiącej o zakazie sprzedaży alkoholu osobom do lat 18, młodzież w jakiś sposób zdobywa niedozwolone „trunki”<sup>21</sup>.

Badania ESPAD mówią, że blisko 90 proc. młodych Polaków między 11 a 17 rokiem życia podejmuje próby picia. W młodzieżowych mediach lansowany jest model człowieka przebojowego, niezależnego. Niestety, żeby zachowywać się tak „trendy”, być na topie, trzeba się napić. Alkohol przecież rozluźnia, dodaje animuszu, staje się dla młodego człowieka „niezbędny”, bez którego nie potrafi się już dobrze bawić.

Alkohol pity przez młodą osobę czyni nieodwracalne zmiany w mózgu, degraduje, zatruwa ciało. Psychika nie kształtuje się prawidłowo, mogą nastąpić zmiany osobowościowe. Porównując badania z wcześniejszych lat stwierdzić można, że alkohol pije coraz więcej dziewcząt, niemal tyle samo, co chłopców. A ponieważ coraz młodsze dziewczyny sięgają po alkohol, skutki tego popijania będą o wiele bardziej tragiczne niż u dorosłych. W dodatku w mediach coraz częściej podawane są wiadomości o fakcie trafiań do szpitala lub izby wytrzeźwień nastoletników, w tym też i dziewcząt. W pokoleniu nastoletnich dziewcząt nie ma

<sup>21</sup> Ustawa z dnia 26 października 1982 r o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Dziennik Ustaw Nr 35 poz 230.

mowy o wstydzie towarzyszącym upijaniu się. Ostatnio media szokowały nas informacjami o narodzinach pijanych noworodków, a raczej kobiet rodzących w stanie upojenia alkoholowego.

Tabela 23.

Miejsce spożywania alkoholu przez młodzież-podział wg płci-badanie ESPAD 2003.

poziom klasy		Chłopcy		Dziewczęta	
		Tak	Nie	Tak	Nie
III klasy gimnazjum	Nigdy nie piłem alkoholu	9,4	90,6	8,4	91,6
	U siebie w domu	21,2	78,8	27,9	72,1
	W domu u kogoś	24,3	75,7	32,4	67,6
	Na ulicy, w parku, na plaży,	36,8	63,2	29,4	70,6
	W barze lub w pubie	12,5	87,5	18,3	81,7
	W dyskotecce	10,8	89,2	15,3	84,7
	W restauracji	2,1	97,9	1,5	98,5
	W innym miejscu	22,2	77,8	11,5	88,5
poziom klasy		Chłopcy		Dziewczęta	
		Tak	Nie	Tak	Nie
Kl. II szkół ponadgimnazja lnych	Nigdy nie piłem alkoholu	3,1	96,9	2,5	97,5
	U siebie w domu	26,3	73,7	28,8	71,2
	W domu u kogoś	31,7	68,3	31,3	68,7
	Na ulicy, w parku, na plaży,	37,0	63,0	18,7	81,3
	W barze lub w pubie	33,6	66,4	37,8	62,2
	W dyskotecce	31,7	68,3	30,2	69,8
	W restauracji	2,0	98,0	7,6	92,4
	W innym miejscu	9,8	90,2	8,6	91,4

Źródło: Badania ogólnokrajowe ESPAD 2003.

### Narkotyki.

Na szeroką grupę innych niż alkohol i tytoń substancji psychoaktywnych składają się takie substancje legalne jak leki przeciwbólowe i nasenne, sterydy anaboliczne czy substancje wziewne oraz szeroka gama substancji nielegalnych. Pod pojęciem substancji nielegalnych rozumiemy tu substancje, których produkcja i obrót nimi są czynami zabronionymi przez prawo. W badaniu substancje te nazywać będziemy narkotykami.

Dane w zakresie stosowania substancji uzależniających przez nastoletnią młodzież podaje raport z badań ESPAD z 2003 roku. Według badań CBOS w 2003 roku, w grupie osób deklarujących kontakt z nimi prawie 86% wymienia marihuanę, 23% amfetaminę, ponad 8% ekstazy.

Według zaprezentowanych danych w tabeli 24 na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia eksperymentowania znajdują się marihuana i haszysz. Jakikolwiek doświadczenia z nimi zostały zebrane przez 25% uczniów młodszych i 41% uczniów starszych. Na drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia ułożyły się leki uspokajające i nasenne przyjmowane bez zalecenia lekarza (22% w młodszej kohorcie i 23% w starszej), a na trzecim – amfetamina (7% w młodszej kohorcie i 18% w starszej). Wśród gimnazjalistów na czwartym



miejscu są substancje wziewne, a na piątym ecstasy. Wśród starszych uczniów ta kolejność jest odwrócona.

Tabela 24.

Badania ogólnopolskie ESPAD 2003. Używanie narkotyków wśród ankietowanej młodzieży.

poziom klasy		Tak	Nie
III kl. gimnazjum	Marihuana lub haszysz	25,3	74,7
	Substancje wziewne	6,7	93,3
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	21,5	78,5
	Amfetamina	7,4	92,6
	LSD lub inne halucynogeny	2,2	97,8
	Crack	0,7	99,3
	Kokaina	1,8	98,2
	Heroina	2,2	97,8
	Ecstasy	4,7	95,3
	Grzyby halucynogenne	1,6	98,4
	Alkohol razem z marihuaną	16,7	83,3
	Sterydy anaboliczne	1,8	98,2
Kl.II szkół ponadgimnazjalnych	Marihuana lub haszysz	41,4	58,6
	Substancje wziewne	6,3	93,7
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	22,6	77,4
	Amfetamina	18,1	81,9
	LSD lub inne halucynogeny	4,9	95,1
	Crack	2,1	97,9
	Kokaina	3,2	96,8
	Heroina	2,5	97,5
	Ecstasy	12,4	87,6
	Grzyby halucynogenne	3,3	96,7
	Alkohol razem z marihuaną	28,9	71,1
	Sterydy anaboliczne	6,3	93,7

Źródło: Badania ESPAD 2003.

W badaniu młodzieży z terenu gminy Grajewo, na postawione pytanie: Czy kiedykolwiek używałeś narkotyków?- 79% badanej młodzieży odpowiedziało „nigdy”; 37 uczennic (86%) i 42 uczniów (74%). Natomiast 5 dziewcząt i 14 chłopców odpowiedziało twierdząco, co stanowi 19% grupy badanej. W młodszej grupie problem używania narkotyków dotyczy 5 gimnazjalistów (12% ankietowanych gimnazjalistów), w starszej 26% badanej młodzieży (Tabela 12). Analizując te dane widzimy, że wraz w wiekiem ankietowanych zwiększa się procent używania substancji nielegalnych wśród młodzieży. Według podziału na płeć zjawisko to jest częściej spotykane u chłopców (25%) niż dziewcząt -9% (Rycina 14 i 15).

W badaniach grajewskich gimnazjalistów można uznać, że problem sięgania przez nich po środki psychoaktywne jest relatywnie znikomy – zaledwie 3% uczniów klas III i podobnie jak w większości badań problem ten dotyczy w znacznym stopniu chłopców. Co 19 uczeń

gimnazjum grajewskiego jest już po inicjacji narkotykowej (ogółem 5% populacji), 95% młodzieży gimnazjalnej nigdy nie próbowało narkotyków. W III klasie zauważalny jest wzrost zainteresowania narkotykami zarówno wśród chłopców, jak też i dziewcząt (chłopcy – 9%, dziewczęta – 7%). Mimo to, wskaźniki dotyczące zażywania substancji psychoaktywnych zdecydowanie są niższe od wskaźników z badań ogólnopolskich.

Jak wynika z danych ogólnopolskich najpopularniejszą substancją są przetwory konopi (Tabela 25). Według ESDAP 2003, w klasach trzecich gimnazjów używa tego środka blisko 19% uczniów, w klasach drugich szkół pogimnazjalnych – 30%. Na drugim miejscu znajdują się leki uspokajające i nasenne przyjmowane bez przepisu lekarza (13% w młodszej kohorcie i 11% w starszej). Kolejne miejsca zajmują, amfetamina i ecstazy.

Najczęściej używaną substancją nielegalną wśród grajewskich gimnazjalistów jest marihuana, 6% badanych uczniów potwierdza jej stosowanie; 3% badanej populacji przyznaje, że eksperymentowało z substancjami wziwnymi takimi jak rozpuszczalniki i kleje, 1% ankietowanych przyznaje, że zażywało amfetaminę i 1% próbowała LSD.

Wyniki ankiety przeprowadzonej na terenie gminy, również potwierdzają popularność wśród młodzieży marihuany. Do stosowania tego środka przyznaje się 15% ankietowanych; 5 dziewcząt (11, 5%) i 10 chłopców (17, 5%). Następną, najczęściej wymienianą substancją są sterydy stosowane wyłącznie przez chłopców ćwiczących na siłowni- 6 uczniów. Amfetamina i LSD były najrzadziej wymieniane (Tabela 13).

Tabela 25.

Używanie narkotyków wśród gimnazjalistów grajewskich szkół.

Odpowiedzi uczniów	Gimnazjum kl. III	
	Chłopcy	Dziewczęta
Nigdy nie próbowałem narkotyków	91%	93%
Spróbowałem, ale tylko raz	7%	6%
Czasami sięgam po narkotyki	0%	0%
Regularnie stosuję narkotyki	2%	1%

Źródło: Raport miasta Grajewo-badania gimnazjalistów.

Młodzież nie ma problemów z nabyciem narkotyków, doskonale wiedzą, gdzie można je kupić. Najczęściej wskazywanym miejscem przez ankietowanych, gdzie jest łatwy dostęp do narkotyków to dyskoteka, bar, według 33% ankietowanych. W miejscu zamieszkania może kupić narkotyki około 19% ankietowanych. Również szkoła wskazywana jest przez uczniów, jako miejsce gdzie można zdobyć narkotyki, podaje tak 4% gimnazjalistów i 22% uczniów szkoły ponadgimnazjalnej. Jako inne źródła dystrybucji narkotyków 9% ankietowanych podaje znajomych i kolegów, „gdzieś na mieście” (Tabela 14).

W opinii uczniów grajewskich gimnazjów, teren szkoły (budynek, boisko) jest na ogół postrzegany jako miejsce bezpieczne - z dala od narkotyków (97%). Tylko 3% badanych podało, że zdarzyło się im w szkole być nakłanianym do zażycia narkotyków. Najczęściej narkotyki proponowane są jednak uczniom poza terenem szkoły, co na własnym przykładzie potwierdza 10% uczniów namawianych raz lub kilkakrotnie.

Zarówno w badaniach ogólnokrajowych jak i badaniach własnych, najczęściej wymienianym powodem sięgnięcia po jakiś środek była ciekawość – 19% wśród piętnastolatków i 33,3% wśród siedemnasto-osiemnastolatków (Tabela 15). Badanie w terenie ukazuje, niepokojąco wzrastające zaciekawienie tym, jak działają narkotyki, na co wskazują odsetki osób mających kontakt z nimi z tego właśnie powodu - 40% ankietowanych (w tym 46% młodszej grupy i 34% starszej). Namowie kolegów do eksperymentowania z narkotykami uległoby 34% gimnazjalistów i 12% wśród starszych uczniów. W celach towarzyskich 12% badanych skłonny jest zażyć narkotyki.

Większość młodzieży jest dobrze zorientowana, co do ryzyka szkód zdrowotnych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (Tabela 16). Używanie substancji nielegalnych spotyka się generalnie z większym potępieniem niż picie alkoholu czy palenie tytoniu. Sporadyczne picie jest powszechnie akceptowane. Marihuana i haszysz są przez młodzież traktowane bardziej liberalnie niż inne substancje nielegalne.

Nawet sporadyczne picie alkoholu przez młodych ludzi jest częstą przyczyną pogorszenia się wyników w szkole, konfliktów z rodzicami czy przyjaciółmi, może też doprowadzić do wystąpienia różnego rodzaju szkód i zachowań ryzykownych. Dane uzyskane z Komendy Powiatowej Policji w Grajewie wskazują, że w I półroczu 2007 roku zwiększyła się prawie dwukrotnie, w stosunku do 2006 r., liczba nieletnich zatrzymanych palących papierosy w miejscu publicznym. Odnotowano również zatrzymanie przez Policję 32 osoby nieletnie pod wpływem alkoholu, a za łamanie przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii zatrzymano 6 osób w wieku 13-16 lat i 10 osób w wieku 17- 20 lat.

### Wnioski

Badania nad rozpowszechnieniem środków psychoaktywnych wśród uczniów w gimnazjum w Danówku i ZS w Wojewodzinie w roku 2007 wykazały, że wśród młodzieży z terenu gminy Grajewo występuje znaczne rozpowszechnienie substancji psychoaktywnych. Wykazały one, że inicjację nikotynową ma za sobą 86% ankietowanych, w tym 62% dziewcząt (27) i 92% chłopców (53). Na szczęście, często i nałogowo pali 24 % badanych, a 12% wszystkich ankietowanych przyznaje się, że jest pod wpływem nałogu nikotynowego. Porównując do badań ogólnokrajowych ESPAD 2003 wyniki są podobne. Uwagę zwraca bardzo wczesny wiek inicjacji nikotynowej wśród badanej młodzieży, 26% młodzieży miało pierwszy kontakt z papierosem w wieku 7-10 lat, przy czym przeważają tu chłopcy-23 osoby. W wieku 10-13 lat pierwszego papierosa zapaliło 21% ankietowanych, z czego przeważają w tej grupie wiekowej dziewczęta, a rzadziej chłopcy. W porównaniu z badaniami ogólnokrajowymi wiek inicjacji wśród badanej młodzieży jest niższy. Podobnie jak w innych badaniach, zjawisko palenia papierosów częściej dotyczy chłopców niż dziewcząt.

Prezentowane wyniki badań w zakresie używania alkoholu przez młodzież wskazują, że próbę picia alkoholu podjęło 86% ankietowanych dziewcząt i 95% ankietowanych chłopców miało już kontakt z alkoholem. Przy czym 74% młodzieży gimnazjalnej, biorącej udział w ankiecie, próbowało już picia alkoholu, a w starszej grupie prawie 100% respondentów. Jak wynika z badań ogólnopolskich próby picia ma za sobą 92, 5% gimnazjalistów z klas trzecich i 97% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych. Niepokojące jest zjawisko nasilenia bieżących kontaktów z alkoholem, gdyż w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie dotyczyło to 33, 5% gimnazjalistów (30% dziewcząt i 37 % chłopców) oraz 40% uczennic i 26% uczniów szkoły ponadgimnazjalnej. Proporcje te są inne, jeśli chodzi o spożycie alkoholu na 7 dni przed badaniem; 13% dziewcząt i 30% chłopców z gimnazjum oraz 45% uczennic i 66% uczniów szkoły średniej. Są to wyniki prawie dwukrotnie wyższe niż uzyskane w badaniu ESPAD 2003. Spośród uczniów grajewskich gimnazjów tylko 8% potwierdza, że często pije alkohol i zjawisko to dotyczy wyłącznie chłopców. Z badań wynika, że w badanej grupie, najczęściej pierwszy kontakt z alkoholem następuje w wieku 13-16 lat, co podaje 53% uczennic i 59, 5% uczniów. Respondenci, jako miejsce, w którym najczęściej pili alkohol wymienili dyskotekę, bar (54% ankietowanych). Zaskakująca jest skala spożywania przez uczniów alkoholu w domu, w obecności rodziców (13% z ankietowanych dziewcząt i 26% ankietowanych chłopców).

Na postawione pytanie: Czy kiedykolwiek używałaś narkotyków? - 37 uczennic

odpowiedziało „nigdy” (86%) i 42 uczniów (74%). Natomiast 5 (11%) dziewcząt i 14 (24%) chłopców odpowiedziało twierdząco, co stanowi 19% grupy badanej. Badania krajowe podają, że spośród uczniów trzecich klas gimnazjów, choć raz w życiu paliło marihuanę 22% chłopców oraz 17% dziewcząt. Dla uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych analogiczne wskaźniki wynoszą już 42% dla chłopców i 23% dla dziewcząt.

Badani w większości orientują się, gdzie można kupić środki nielegalne. Odsetek badanych znających takie miejsca jest wyższy wśród starszej młodzieży (94%) niż młodszej (54%). Najczęściej wymieniano w tym kontekście dyskotekę lub bar (33%) oraz szkołę (13%), miejsce w pobliżu zamieszkania (19%). Według ankietowanych najczęstszym powodem, dla którego młodzież sięga po narkotyki to ciekawość-tak odpowiedziało 40% ankietowanych, oraz „namowa kolegów”, co wskazały 23 osoby.

### Literatura

1. Kulik T.B.: Edukacja zdrowotna w rodzinie i w szkole. Wyd.Nauk Społecznych KUL. Stalowa Wola 1997, s. 100-165.
2. Dudkiewicz K., Kamińska K.: Edukacja zdrowotna. Wyd. Nasza księgarnia 2001r.
3. Kulik T.B., Latański M.: Zdrowie publiczne. Wyd. Czelej, Lublin 2002, s. 253
4. Gromadzka-Ostrowska J., Włodarek D., Toeplitz Z.: Edukacja prozdrowotna. Wyd. SGGW, W-wa 2003, s.300 - 312
5. Wojdyło E., Osiatyński W.: Alkohol i inne substancje odurzające. Promocja zdrowia. W-wa 1992
6. Woynarowska B., Jodkowska M.: Nastolatek też jest ważny. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1995r., s.46
7. Zatoński W.: Jak rzucić palenie? Centrum Onkologii- Instytut w Warszawie 1999, s. 7-34
8. Pac-Kozuchowska E.: Czynniki ryzyka chorób układu krążenia dzieci i młodzieży. Kardiologia Zapobiegawcza PTBnM., Szczecin 2003
9. Żolnierczuk-Kieliszek D.: Zachowania zdrowotne. Zdrowie Publiczne. Latański M., Wyd. Akademii Medycznej. Lublin 1999, s. 89-121.
10. Gromadzka-Ostrowska J.: Uzależnienia i metody zapobiegania im. W: Edukacja prozdrowotna. Gromadzka-Ostrowska J. i in. Wyd. SGGW, W-wa 2003
11. Wielkoszyński T., Bodzek D.: Palenie tytoniu a miażdżycza- aktualne przeglądy. Czynniki Ryzyka 2001, 1-2, s.39-50
12. Woynarowska B., Mazur J.: Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce: wyniki badań HBSC 2002. Zdrowie Publiczne 2004, s.158-167
13. Kulisiewicz T.: Uzależnienie alkoholowe. PZWL, Warszawa 1982 r.
14. Kulisiewicz T.: Zespół uzależnienia od alkoholu W: Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne, (red.) I.Walda, Warszawa 1986 r, str 215-218
15. Wald I.: Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne. PWN, W-wa 1986r.
16. Ewing A. J.: Czynniki predysponujące i chroniące w dziedzinie używania i nadużywania alkoholu. W: Alkoholizm i uzależnienia lekowe we współczesnym świecie. (red.) T.Kulisiewicz, Warszawa 1983, str 32-59
17. Deptuła M.: Komentarz do wyników badania ESPAD. W: A.Szymanowska (red.): Alkohol a zachowania problemowe młodzieży. Opinie i badania PARPA, W-wa 2004r.
18. Olesińska A.: Zjawisko alkoholizmu wśród dzieci i młodzieży. Psychologia i rzeczywistość, 2003, 2.
19. Kamińska-Buško B.: Profilaktyka w szkole, Poradnik dla nauczycieli. CMPPP MEN, Warszawa 2005r.

20. Pacian A.: Opieka medyczna w szkole w ramach zdrowia publicznego. W: Zdrowie publiczne red. Kulik T.B., Latański M., Wyd. Czelej, Lublin 2002, s.252
21. Dimoff T., Carper S.: Jak rozpoznać czy dziecko sięga po narkotyki. Wyd. ELMA BOOKS, W-wa 1993
22. Woynarowska B., Jodkowska M.: Nastolatek też jest ważny. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1995r., s.47
23. Woynarowska B.: Uczeń a narkotyki, Jak zapobiegać i pomóc. Instytut Matki i Dziecka,
24. Dimoff T., Carper S.: Jak rozpoznać, czy dziecko sięga po narkotyki. Elma Books, Warszawa 1993r.
25. Sierosławski J.: Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzieży szkolną. Wyniki ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2003 r. W: Alkohol a zachowania problemowe młodzieży. Opinie i badania. Wydawnictwo Edukacyjne PARPA, Warszawa 2004.
26. (Dz. U. Nr 96 poz. 1107 z dnia 3 grudnia 1999 r.) USTAWA z dnia 5 listopada 1999 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.
27. (Dz. U. Nr 60 poz. 610 z dnia 13 czerwca 2001 r.) USTAWA z dnia 27 kwietnia 2001 r. o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Internet:

1. [http://www.e-grajewo.pl/wiadomości,6092,Szkoda\\_zdrowia\\_na\\_picie.html](http://www.e-grajewo.pl/wiadomości,6092,Szkoda_zdrowia_na_picie.html), z dnia 05.01.2008
2. <http://www.cbos.pl/> z dnia 05.12.2007
3. <http://pl.wikipedia.org/>

## Aktywność fizyczna jako element stylu życia

Beata Żoch – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży  
Ewa Falkowska - Pijagin – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

### Streszczenie

*„Ruch jest w stanie zastąpić prawie każdy lek.  
Ale wszystkie leki razem wzięte nie zastąpią ruchu”*

*dr Andrzej Oczko*

Kondycja biologiczna i sprawność fizyczna polskiego społeczeństwa budzi wiele kontrowersji i nie jest po prostu dobra. Głównymi przyczynami takiego stanu jest styl życia i niedostateczna aktywność fizyczna.

Istotnym wydaje się fakt, że postawy Polaków wobec własnego zdrowia są wysoce niepokojące. Około 75 proc. osób dorosłych twierdzi, że nie dba o zdrowie tak długo, jak długo nie czują się chorzy. Tymczasem stwierdzenie: „ruch to zdrowie” znajduje obecnie potwierdzenie w nowoczesnych badaniach patofizjologicznych i klinicznych. Jeżeli ruch jest czynnikiem zdrowia, to brak ruchu jest czynnikiem usposabiającym do choroby. Człowiek powinien być aktywny ruchowo przez całe życie. Co najmniej 50 proc. różnych schorzeń można by było wyeliminować, gdyby społeczeństwo chciało i potrafiło żyć zdrowo. Niska aktywność fizyczna budzi więc uzasadniony niepokój społeczny.<sup>1</sup>

W stylu życia zdominowani zostaliśmy przez bierny ruchowo tryb życia. Większość czasu spędzamy przy komputerze, przed telewizorem, w samochodzie lub odpoczywając po mało aktywnej ruchowo pracy zawodowej w wygodnym fotelu. W ten sposób wykorzystujemy tylko niewielką część potencjalnych możliwości naszego organizmu.

Niekorzystne zmiany dla organizmu w wyniku braku ruchu:

- brak ruchu prowadzi do rozległego zaniku i postępującego osłabienia czynnościowego całego organizmu;
- występują skłonności do dysfunkcji, braków czynnościowych i wyraźne zwiększenie podatności na zachorowania;
- w zakresie układu mięśniowego stwierdza się narastającą atrofię, która prowadzi do rozległego osłabienia siły mięśniowej;
- mięśnie tułowia stają się niezdolne do utrzymania swojej naturalnej pozycji napięciowej, co nie pozostaje bez wpływu na układ krążenia, narząd oddychania i miednicę;
- z powodu słabości mięśni stopy i podudzia powstaje niemożność naturalnego wysklepienia stopy, co przy zwiększonym obciążeniu ciężarem ciała powoduje płaskostopie;
- niedostateczny ruch prowadzi do serca słabego czynnościowo, charakterystycznego dla schorzeń cywilizacyjnych;
- niedobór treningu fizycznego prowadzi do obniżenia pojemności tlenowej i zdolności wysiłkowej całego organizmu;
- niedobór ruchu i ćwiczeń prowadzi do zaniku i obniżenia wydolności układu oddechowego.<sup>2</sup>

Optymalna aktywność fizyczna wpływa korzystnie na:

- metabolizm lipidów i węglowodanów,
- procesy krzepnięcia krwi,
- przemiany biochemiczne mięśnia sercowego i ścian naczyń krwionośnych,

---

<sup>1</sup> Drabik J.: Aktywność fizyczna a zdrowie. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 1994

<sup>2</sup> Tamże

- układ hormonalny,
- układ nerwowy, przywracając równowagę psychiczną,
- bezpośrednio na układ krążenia, usprawniając jego funkcje,
- układ oddechowy, zwiększając jego wydolność,
- układ ruchowy, doskonaląc jego budowę i funkcje.<sup>3</sup>

Aktywność fizyczna musi stanowić istotny element stylu życia człowieka i powinna towarzyszyć człowiekowi na co dzień i możliwie przez całe życie, jeśli zależy nam na długim życiu w sprawności i bez chorób.

**Słowa kluczowe:** aktywność fizyczna, styl życia

## Wprowadzenie

„Nic tak nie niszczy organizmu, jak długotrwała fizyczna bezczynność” - zapisał przed wiekami Arystoteles. Sprawność i ruch to wartości pożądane. Różne formy aktywności ruchowej odgrywają ważną rolę biologiczno-zdrowotną w życiu każdej populacji. Udowodniono, że efekty aktywności ruchowej mają bezpośredni wpływ na stabilizację ustroju i samopoczucie. Ruch to lekarstwo z wyboru o bardzo szerokim i wszechstronnym zakresie działania.<sup>4</sup>

Istotnym wydaje się fakt, że postawy Polaków wobec własnego zdrowia są wysoce niepokojące. Około 75 proc. osób dorosłych twierdzi, że nie dba o zdrowie tak długo, jak długo nie czują się chorzy. Tymczasem stwierdzenie: „ruch to zdrowie” znajduje obecnie potwierdzenie w nowoczesnych badaniach patofizjologicznych i klinicznych. Jeżeli ruch jest czynnikiem zdrowia, to brak ruchu jest czynnikiem usposabiającym do choroby. Człowiek powinien być aktywny ruchowo przez całe życie. Co najmniej 50 proc. różnych schorzeń można by było wyeliminować, gdyby społeczeństwo chciało i potrafiło żyć zdrowo. Niska aktywność fizyczna budzi więc uzasadniony niepokój społeczny.<sup>5</sup>

W stylu życia zdominowani zostaliśmy przez bierny ruchowo tryb życia. Większość czasu spędzamy przy komputerze, przed telewizorem, w samochodzie lub odpoczywając po mało aktywnej ruchowo pracy zawodowej w wygodnym fotelu. W ten sposób wykorzystujemy tylko niewielką część potencjalnych możliwości naszego organizmu.

## Analiza aktywności fizycznej

W odniesieniu do świata organicznego możemy powiedzieć, że to właśnie aktywność jako proces, działanie jest przejawem życia. To właśnie aktywność dokonuje formalnego podziału na świat ożywiony oraz świat martwy. Dlatego też często używa się sformułowania aktywność życiowa podkreślając tym, że między aktywnością i życiem możemy postawić znak równości. Mając to na uwadze można stwierdzić, że życie to proces ciągłej aktywności zmieniającej się cyklicznie. Takie ujęcie aktywności jest słuszne na każdym poziomie organizacji budowy organizmu, gdyż zarówno pojedyncza komórka przejawia swoją aktywność życiową jak i wysoce wyspecjalizowany organizm.<sup>6</sup>

Odnosząc to wszystko do człowieka możemy powiedzieć, że u podstaw naszego życia leży aktywność. Nieprzerwanie aktywna jest każda nasza komórka, każdy narząd, każdy układ, aż dojdziemy do poziomu naszego organizmu stwierdzając, że jesteśmy aktywni- żyjemy. Jest to ujęcie czysto fizyczne, a przecież człowieka nie można sprowadzać tylko do zbioru wyspecjalizowanych komórek, gdyż pominięciem się całą sferę metafizyczną tworzącą nasze ja – osobowość.

<sup>3</sup> Cendrowski Z.: Życie sto lat. Warszawa 1988.

<sup>4</sup> Drabik J.: Aktywność fizyczna a zdrowie. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 1994

<sup>5</sup> Tamże

<sup>6</sup> Drabik J.: Aktywność fizyczna w treningu zdrowotnym osób dorosłych. AWF, Gdańsk, 1996

Aktywność fizyczna w ujęciu zwyczajowym wpływa na cały organizm. Dlatego uważa się ją jako wyznacznik zdrowia oraz pewien środek, za pomocą którego możemy wpływać na stan naszego zdrowia. Pojęcie zdrowia jest przez nas doskonale rozumiane. Chyba nie ma człowieka, który nie potrafiłby wyczerpująco zdefiniować pojęcia zdrowia.

WHO (World Health Organisation), definiuje jako „pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka, a nie wyłącznie brak choroby i niedomagania”.<sup>7</sup>

Sensem tej definicji jest ukazanie człowieka w sposób kompleksowy. To już nie tylko prawidłowy stan organizmu pod względem fizycznym decyduje o zdrowiu, ale również dobrostan psychiczny i społeczny. Wskazuje to oczywiście na fakt spoglądania na własnego siebie w sposób przede wszystkim kompleksowy, czyli taki, w którym nie wyróżniamy aktywności fizycznej jako czegoś samo istniejącego, nie oddzielamy psychiki od ciała, a łączymy wszystko w jedno pełne spojrzenie zawierające wszystkie elementy budowy fizycznej jak i psychicznej. Według powyższego spojrzenia musimy sobie uzmysłowić, że zwiększając aktywność fizyczną poprzez ćwiczenia, wpływamy nie tylko na układ ruchu, ale również na pozostałe układy ciała fizycznego jak i na stan naszej psychiki. Dlatego też znaczenie zwiększania aktywności fizycznej w naszym życiu jest bardzo ważne, ponieważ spełnia ono rolę zarówno profilaktyczną, oraz w pewnych sytuacjach może doskonale spełniać rolę leczniczą.

Aktywność fizyczna ma również zbawienne znaczenie dla innego naszego układu, jakim jest układ oddechowy. Optymalne wysiłki zwiększają wszystkie parametry oddechowe np.: zwiększają pułap tlenowy, zwiększają zdolność wiązania tlenu przez tkanki, polepszają wentylację płuc. Intensywne zajęcia wychowania fizycznego, oraz trening sportowy o optymalnym obciążeniu mają korzystny wpływ na budowę i czynności przysadki mózgowej, odgrywając w ten sposób rolę czynnika intensyfikującego rozwój fizyczny, a w późniejszym wieku także zajęcia sportowo-rekreacyjne mogą zapobiegać przedwczesnemu starzeniu się.

Kiedy przedni płat przysadki mózgowej zwiększa ilość wydzielanych hormonów odbija się to natychmiast na czynnościach innych gruczołów wydzielania wewnętrznego tj. kory nadnerczy, tarczycy i gonad. Systematyczna praca fizyczna i aktywność fizyczna wpływa pozytywnie na przrost masy mięśniowej, a w konsekwencji zapobiega otyłości.<sup>8</sup>

Nie bez znaczenia pozostaje wpływ aktywności fizycznej na nasz układ mięśniowy. Ruch, ćwiczenia siłowe, oraz sposób odżywiania się są najważniejszymi czynnikami modelującymi budowę i czynności mięśni. Najwłaściwsze podczas wysiłku są ćwiczenia o charakterze dynamicznym i wytrzymałościowym. Powodują one bowiem zwiększenie intensywności metabolizmu tłuszczowego, obniżenia poziomu cholesterolu, lepsze ukrwienie mięśni szkieletowych, zwiększenie pojemności mięśniowych rezerwuarów tlenu, przez zwiększenie mioglobiny w tkance mięśniowej. Systematyczne uprawianie ćwiczeń fizycznych usprawnia czynności układu nerwowego, pozytywnie wpływa na nasze analizatory, pozwala na lepszą orientację i zachowanie się człowieka w środowisku zewnętrznym.

### **Aktywność fizyczna jako element stylu życia**

Kondycja biologiczna i sprawność fizyczna polskiego społeczeństwa budzi wiele kontrowersji i nie jest po prostu dobra. Głównymi przyczynami takiego stanu jest styl życia i niedostateczna aktywność fizyczna.

Aktywność fizyczna jako warunek pozytywnego pojmowania zdrowia jest jedną z podstawowych potrzeb człowieka, w każdym okresie życia, szczególnego znaczenia nabiera jednak w dzieciństwie i młodości kiedy jest niezbędna dla prawidłowego rozwoju. Uaktywnienie ruchowe dziecka wpływa nie tylko na rozwój motoryczny ale i pozostałe sfery rozwoju i funkcjonowania jego organizmu. W sferze biologicznej kształtuje zdrową, sprawną fizycznie i odporną na negatywne wpływy środowiska jednostkę doskonałą funkcjonowanie ustroju. Aktywność fizyczna ma korzystny wpływ na szereg właściwości nie tylko fizjologicznych,

<sup>7</sup> Kasperczyk T.: Poziom sprawności i aktywności fizycznej a zdrowie. Nowa Medycyna, 2000

<sup>8</sup> Bielski J.: Życie jest ruchem. Warszawa, 1996.



ale i odpornościowych, adaptacyjnych, a także na prawidłowy przebieg szeregu procesów metabolicznych i hormonalnych rosnącego ustroju. Wpływa na mineralizację kości, powoduje zwiększenie się masy aktywnych tkanek ustroju i zmniejszenie się tkanki tłuszczowej, co ma istotne znaczenie w profilaktyce otyłości – zjawiska narastającego również w populacji w wieku rozwojowym. W sferze psychicznej i społecznej pomaga uzyskać szereg cech niezbędnych w życiu dorosłego człowieka, takich jak równowaga emocjonalna, hart psychiczny, odporność na stresy, umiejętność psychicznej adaptacji do zmieniających się warunków. Kształtuje ponadto poczucie odpowiedzialności, zdyscyplinowania, wytrwałość w pokonywaniu trudności, sprzyja przyswajaniu norm społecznych i internalizacji wartości kulturowych. Na okres młodości przypada najintensywniejsze dojrzewanie fizjologiczne i psychiczne, a także rozpoczyna się społeczne. Dla młodzieży właściwie użyty i dozowany ruch łagodzi przebieg procesów rozwojowych, zwiększa odporność fizjologiczną, koryguje zniekształcenia postawy, kształtuje pozytywne nawyki ruchowe. Jeżeli tak nie jest rozpoczyna się proces powstawania przewlekłych chorób cywilizacyjnych (w tym choroby wieńcowej).<sup>9</sup>

Aktywność fizyczna ma ponadto modyfikująco pozytywny wpływ na inne zachowania zdrowotne składające się na styl życia. Najbardziej aktywni fizycznie sportowcy właściwie się odżywiają, nie palą, śpią odpowiednią ilość godzin itd. Wreszcie o wiele prościej stać się aktywnym fizycznie, np. systematycznie chodzić na długie wieczory niż obniżyć poziom innych czynników ryzyka chorób np. nadciśnienia tętniczego krwi, stężenia „złych” frakcji cholesterolu, nadmiernej masy ciała. Nie bez powodu z myślą o poprawie zdrowia publicznego uznano zwiększenie aktywności fizycznej ludności jako pierwszy cel operacyjny Narodowego Programu Zdrowia.

Aktywność fizyczna musi być wtopiona w styl życia, nie może być czymś od czasu do czasu, czymś odświętnym, ale powinna towarzyszyć człowiekowi na co dzień i możliwie przez całe życie. W ten sposób pojmowanym aktywnym, zdrowym stylu życia należy szukać przyczyny tak wydatnego zwiększenia liczby osób uprawiających „sport dla wszystkich”, sięgającego w wielu krajach imponujących procentów uczestnictwa rządu 60-90% populacji, ponieważ z taką aktywnością ludzie światli wiążą oczekiwania i motywacje pro zdrowotne.<sup>10</sup>

Regularny trening fitness zawierający dwa komponenty: zdrowotno-kondycyjny i sprawnościowo-techniczny, opiera się na zwiększonej aktywności fizycznej i dozowanym wysiłku umiarkowanym, częstym, najlepiej codziennym, w miarę strukturalizowanym, nie spontanicznym.

Jeśli chodzi o zmieniające się wartości sportu na tle zmian społecznych, na świecie obserwuje się trzy tendencje:

- 1) wzmagającą się potrzebę kontaktów społecznych i partnerstwa przez sport, koleżeństwo, sąsiedztwo,
- 2) wzrastającą potrzebę dbałości o ciało, o jego sprawne funkcjonowanie i wygląd (kultura somatyczna),
- 3) coraz częstszą potrzebę podróżowania (turystyka, sporty przestrzenne). Przyniesione tendencje odpowiadają nowoczesnej definicji zdrowia WHO, która opiera się na dobrostanie bio-psycho-społecznym.<sup>11</sup>

Motywacja zdrowotna stała się główną przyczyną podejmowania regularnej aktywności fizycznej nieraz po wieloletniej przerwie. Generalnie można powiedzieć, że wzrasta świadomość społeczna zdrowotnej wartości ruchu, że motywacja zdrowotna w prewencji pierwotnej i wtórnej wielu chorób bywa jednym z głównych powodów zwiększonej i systematycznej aktywności fizycznej. Wprawdzie trudno jest przezwyciężyć powszechnie przekonanie, że o zdrowiu rozstrzyga przemysł farmaceutyczny, ale jednocześnie jest wiele dowodów naukowych na to,

<sup>9</sup> Kałucka S, Ruszkowska J, Drygas W.: Aktywność fizyczna, wciąż niedoceniony element profilaktyki zdrowotnej. *Polska Medycyna Rodzinna*, 2002

<sup>10</sup> Kuński H.: Ruch i zdrowie. PZWL, Łódź, 1987

<sup>11</sup> Tamże

że brak lub niedostateczna aktywność fizyczna jest istotnym czynnikiem zagrożenia wieloma chorobami metabolicznymi, ale wiedza o tym nie tkwi mocno w świadomości społecznej.

Do tego jeszcze inne przyzwyczajenia jak palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, narkotyki, a z drugiej strony wyglądające mniej groźnie lenistwo ruchowe, siedzący tryb życia, mało aktywny sposób spędzania wolnego czasu przy telewizorze, komputerze, kufle piwa, dopełniają obraz zagrożeń współczesnego człowieka. Tymczasem, jak donoszą wyniki badań i obserwacje praktyków społecznych, umiarkowana, dozowana aktywność fizyczna w wymiarze co najmniej 30 minut dziennie, wpleciona w styl życia, jest istotnym czynnikiem wzmacniania zdrowia. Promując ćwiczenia i aktywność fizyczną tworzymy ważną argumentację i szansę zjednania nowych zwolenników aktywności fizycznej nie tylko w postaci sportu, wychowania fizycznego i turystyki, ale też użytkowej aktywności fizycznej jak poruszanie się pieszo, korzystanie z roweru zamiast samochodu, pracy na działce, używania narzędzi mechanicznych zamiast automatycznych, jeżeli jest to możliwe itp., które mogą służyć zdrowiu, spełniając minimum niezbędnej aktywności fizycznej. Warto więcej uwagi poświęcić turystycznym formom rekreacji, turystyce aktywnej i kwalifikowanej jako wartościowym i atrakcyjnym sposobom spędzania weekendów i wakacji. Turystyka cieszy się większą popularnością w skali populacyjnej w porównaniu z rekreacją fizyczną lub sportem.

Wyniki badań sondażowych na temat uczestnictwa Polaków, nawet tych w wieku największej aktywności fizycznej, są zastanawiająco niskie. Mamy świadomość, że dostępność uczestnictwa w „sporcie dla wszystkich” jest uwarunkowana wieloma czynnikami sprzyjającymi i ograniczającymi. Wymienić można stopień zorganizowania społeczeństwa m.in. w różnego rodzaju stowarzyszeniach sportowych i turystycznych, stopień zagospodarowania osiedli i miejsc wypoczynkowych w infrastrukturę sportowo-rekreacyjną, wreszcie zamożność gospodarstw domowych, która pozwala na zakup sprzętu sportowego i turystycznego. Sondaże pokazują, że uczestnictwo dorosłych Polaków w „sporcie dla wszystkich” jest nikłe, sporadyczne, od czasu do czasu, a stronienie od aktywności fizycznej nie spotyka się z dezaprobatą w większości środowisk.<sup>12</sup>

### Wysiłek fizyczny a żywienie

Zasady żywienia podczas wzmożonego wysiłku fizycznego w dużym stopniu zależą od jego rodzaju.

Niektóre osoby uprawiają sport dla zdrowia i szczupłej sylwetki, inne traktują go wyczynowo i ich celem jest osiągnięcie jak najwyższej formy sportowej. Stwierdzono, że umiarkowany wysiłek fizyczny zmniejsza ryzyko zachorowania na chorobę niedokrwienną serca, dzięki zwiększeniu „dobrego” cholesterolu HDL, a zmniejszeniu „złego” LDL.<sup>13</sup>

Wyróżnia się ogólnie trzy typy wysiłku:

- szybkościowy, np. biegi na krótkie dystanse,
- długotrwały, np. biegi narciarskie,
- turystykę oraz sporty zręcznościowe, które charakteryzują się zwiększonym obciążeniem układu nerwowego.

Ogólne zasady żywienia nie odbiegają tu w znacznym stopniu od diety osób o przeciętnym wysiłku fizycznym. Większe są natomiast wymagania pod względem zawartości w diecie energii i niektórych składników odżywczych, zwłaszcza u osób uprawiających sport wyczynowo. Wzrost wysiłku wiąże się bowiem ze wzrostem zapotrzebowania na składniki odżywcze wskutek zwiększenia wydalania wody, elektrolitów i składników mineralnych oraz konieczności odnowy biologicznej.

Podczas dużego wysiłku fizycznego zapotrzebowanie na energię gwałtownie rośnie. Długie wycieczki piesze czy rowerowe mogą prowadzić do zwiększenia zapotrzebowania na energię nawet do 5000 kcal. Należy wtedy na bieżąco pokrywać straty energii przez spożywanie

<sup>12</sup> Drozdowski Z.: Antropologia sportowa. PWN Warszawa – Poznań, 1994

<sup>13</sup> <http://zdrowie.flink.pl/aktywnosc>

pokarmów o dużej zawartości węglowodanów. Przy ekstremalnych wysiłkach fizycznych, takich jak wyczynowe uprawianie sportów typu biegi narciarskie, do wyrównania bilansu energetycznego dochodzi dopiero po kilku lub kilkunastu dniach! Na zapotrzebowanie energetyczne wpływa również płeć, masa ciała oraz temperatura otoczenia. Przyjmuje się, że wysoka i niska temperatura otoczenia zwiększa zapotrzebowanie na energię o około 20%.<sup>14</sup>

Badania medyczne jasno stwierdzają, że spożywanie wymaganej ilości pożywienia jest dużo zdrowsze od niedojadania i chodzenia głodnym. Nieumiejętne stosowanie się do typowej rady dietetyków aby spożywać 3 planowane posiłki, w celu zmniejszenia ilości tkanki tłuszczowej w organizmie, faktycznie może odwrócić proces odchudzania w proces przybywania na wadze. Zgodnie z najnowszymi badaniami przeprowadzonymi przez naukowców z Uniwersytetu Georgia w Stanach Zjednoczonych osoby, które ograniczają dostarczanie kalorii ciału poprzez jedzenie rzadziej i mniej wytwarzają w swoim organizmie dużo większe umiejętności do odkładania tłuszczu jako materiału energetycznego. Amerykańskie czasopismo „*Medicine and Science in Sports and Exercise*” opublikowało raport badań wykonanych na 62 sportowcach klasy międzynarodowej (42 gimnastyków oraz 20 lekkoatletów) - sportowcach dla których trening i dieta opracowane są na najwyższym poziomie.<sup>15</sup>

Badania wykazały że sportowcy spożywający posiłki nieregularnie mają większy współczynnik procentowy tkanki tłuszczowej w ciele niż sportowcy zjadający posiłki regularnie. Główny lekarz dr Benardot prowadzący badania uważa, że utrzymywanie niewielkiego ale systematycznego deficytu kalorii w organizmie daje lepsze efekty niż drastyczne ograniczenia. Przykładowo w łatwy sposób można zmniejszyć zapotrzebowanie organizmu na energię przez rozdzielenie jednego dużego śniadania na dwa posiłki o zmniejszonej ilości kalorii spożyte w odstępie czasowym. Ideałem według dr Benardot jest system sześciu w miarę niskotłuszczowych, posiłków dziennie dostarczanych organizmowi w równych odstępach czasowych. Według specjalistów z Georgii koncepcja „3 posiłków” może mieć negatywny wpływ na przemiany metaboliczne, a nawet sprzyjać gromadzeniu tkanki tłuszczowej przez ciało. Praktyczną konkluzją powyższego artykułu jest zwrócenie uwagi ćwiczącym na relacje pomiędzy systematycznym spożywaniem posiłków a procentowym udziałem tkanki tłuszczowej w organizmie. Opierając się na badaniach przeprowadzonych w USA można wysnuć wniosek, że spożywanie posiłków regularnie (co dwie, trzy godziny przez cały dzień) czyli nie dopuszczaniu do deficytu kalorii jest dużo bardziej skuteczne od drastycznych i długotrwałych ograniczeń w dostarczaniu energii.

### **Dieta a aktywność fizyczna**

Węglowodany - dostarczają 55-60% energii. Są całkowicie metabolizowane i lekko strawne. Ich spożycie wpływa na ilość gromadzonego w organizmie glikogenu. Ten związek zapasowy podczas wysiłku fizycznego rozpada się na glukozę. Szybkość i ilość wytwarzanej glukozy wpływa z kolei na zdolność organizmu do podjęcia wysiłku. Ma to ogromne znaczenie w dyscyplinach wymagających wytrzymałości, np. w gimnastyce.<sup>16</sup>

Węglowodany powinny być dostarczane zarówno w postaci węglowodanów złożonych, jak i prostych - najlepiej korzystać z przetworów owocowych.

Tłuszcze - powinny dostarczać około 20-25% energii. Maksymalną wartością, która niestety jest zbyt często przekraczana, jest 30%. Energia pochodząca z tego źródła nie jest tak szybko dostępna, jak energia z węglowodanów. Tłuste potrawy spowalniają motorykę przewodu pokarmowego. Może to powodować zaleganie pokarmów w żołądku, jest niekorzystne podczas treningu, wycieczek czy zawodów.

<sup>14</sup> Demel M.: Kultura fizyczna w aspekcie zdrowia. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 1992

<sup>15</sup> Drzewoski J.: Otyłość – choroba przewlekła. Diabetyk, 2004

<sup>16</sup> Tamże

Spożywany tłuszcz powinien być głównie pochodzenia roślinnego, bogaty w wielonienasycone kwasy tłuszczowe, tzn. oleje i miękkie margaryny zamiast smalcu i masła. Wystarczająca ilość tłuszczu zwierzęcego dostarczana jest bowiem z produktami mięsnymi i mlecznymi. Ważną pozycję w jadłospisie sportowca powinny stanowić ryby, które dostarczają nie tylko wartościowego białka, ale i kwasów tłuszczowych z rodziny omega-3, których udział w ogólnej puli energii powinien wynosić ok. 2%.

Białko - zapotrzebowanie na nie u osób o umiarkowanym wysiłku fizycznym wynosi średnio 0,8 g/kg masy ciała. Podczas treningu lub wycieczek może wzrastać do 1,5 g/kg masy ciała, a w niektórych dyscyplinach sportowych nawet do 2,5 g/kg masy ciała. Przyjmuje się, że białko powinno dostarczać około 15% energii racji pokarmowej. Duża ilość białka w diecie jest niezbędna do zwiększenia masy mięśni oraz w dyscyplinach wymagających dużej wytrzymałości, długotrwały wysiłek prowadzi bowiem do znacznego zwiększenia zużycia białek tkankowych. Młodzi zawodnicy, których organizm ciągle się rozwija, potrzebują białka także do wzrostu.<sup>17</sup>

Zaleca się, aby stosunek białka zwierzęcego i roślinnego wynosił 1: 2. Jego źródłem powinny być chude gatunki mięsa i wędlin, jaja, produkty mleczne. Wskazane jest ograniczenie tłustych mięs i wędlin oraz konserw. Białko roślinne powinno być czerpane głównie z produktów zbożowych.

Witaminy są bardzo ważne. Biorą one udział w procesie uzyskiwania energii z pożywienia, dlatego ich podaż w diecie sportowców powinna być znacznie zwiększona. Szczególnie ważne są witaminy z grupy B, niezbędne przy prawidłowym metabolizmie węglowodanów. Odgrywają również ogromną rolę w dyscyplinach zręcznościowych, gdyż mają wpływ na funkcjonowanie układu nerwowego. Wzrasta także zapotrzebowanie na witaminy antyoksydacyjne (β-karoten, witaminy C i E), które chronią organizm przed szkodliwym działaniem wolnych rodników. Witamina C jest niezbędna do syntezy kolagenu oraz zwiększa wchłanianie żelaza w przewodzie pokarmowym.<sup>18</sup>

Wysiłek fizyczny wiąże się z dużą utratą wody i składników mineralnych dlatego powinno się dużo pić! Przy intensywnym wysiłku zawodnik może tracić kilka litrów wody na dobę. Konieczne jest uzupełnienie tych strat w ciągu 24 godzin. Dlatego zaleca się picie 3-4 litrów dziennie, w tym do każdego posiłku 2 szklanki napoju, najlepiej soków owocowo-warzywnych oraz wody mineralnej nie gazowanej. Między posiłkami wskazane jest również uzupełnianie strat wody w zależności od wysiłku. Napoje należy pić wolno, małymi łykami. Nie poleca się napojów o dużej zawartości cukrów oraz alkoholowych, które powodują wzmożone wydzielanie moczu i ograniczenie koordynacji ruchowej.<sup>19</sup>

### **Intensywne ćwiczenia, a wykorzystanie substratów energetycznych**

Stosunkowy udział tłuszczów i węglowodanów w wytwarzaniu energii zależy od intensywności wysiłku. Mało intensywne rodzaje aktywności, np. chodzenie silnie pobudzają lipolizę w obwodowych komórkach tłuszczowych, natomiast trójglicerydy zgromadzone w mięśniach mają niewielki udział w całkowitym wydatku energetycznym lub nie uczestniczą w nim wcale. Małe jest również zużycie węglowodanów: zapotrzebowanie na węglowodany zaspokaja głównie glukoza we krwi, natomiast zapasy glikogenu w mięśniach pozostają nienaruszone w ogóle lub tylko w niewielkiej części. Najwięcej kwasów tłuszczowych pojawia się w osoczu podczas mało intensywnych wysiłków, w miarę intensyfikacji wysiłku-ich ilość maleje.

Utlenianie tłuszczu jest natomiast najbardziej nasilone podczas aktywności umiarkowanej, np. podczas swobodnego biegu. Przy takiej intensywności wysiłku wolne kwasy

<sup>17</sup> Drzewoski J.: Otyłość – choroba przewlekła. Diabetyk, 2004

<sup>18</sup> Tamże

<sup>19</sup> Kasperczyk T.: Poziom sprawności i aktywności fizycznej a zdrowie. Nowa Medycyna, 2000

tłuszczowe w surowicy i triglicerydy w tkance mięśniowej w równym stopniu przyczyniają się do całkowitego utleniania tłuszczów. W czasie bardzo intensywnego wysiłku całkowite utlenianie tłuszczu słabnie głównie dlatego, że kwasy tłuszczowe przestają pojawiać się w osoczu. Intensyfikacji wysiłku z 65% do 85% nie towarzyszy zwiększenie lipolizy triglicerydów zgromadzonych w mięśniach. Nie dotyczy to osób uprawiających sport rekreacyjnie, ponieważ większość z nich nie jest w stanie ćwiczyć intensywnie dłużej niż 10-15 minut: akumulacja dużych ilości kwasu mlekowego w pracujących mięśniach i we krwi jest przyczyną uczucia dyskomfortu, które sprawia, że zaprzestają ćwiczeń.

Przedłużanie się mało intensywnego wysiłku ponad 90 minut nie powoduje istotnych zmian udziału substratów energetycznych w stosunku do pierwszych 20-30 minut. Podobnie jest w przypadku wysiłku umiarkowanie intensywnego: po dwóch godzinach biegania lub jazdy na rowerze całkowity udział spalanych tłuszczów lub węglowodanów jest podobny jak podczas pierwszych 30 minut. Na tym poziomie aktywności dochodzi jednak do postępującej mobilizacji kwasów tłuszczowych z obwodowych adipocytów do osocza. Tak więc gdy umiarkowanie intensywny wysiłek trwa dłużej niż 90 minut, udział substratów pochodzących z tkanki mięśniowej (triglicerydów i glikogenu) w całkowitym wydatku energetycznym prawdopodobnie maleje.

### Metody żywienia, które zmieniają metabolizm

Endogenne rezerwy węglowodanów są ograniczone, a zużycie glikogenu wątrobowego i mięśniowego podczas wysiłków wytrzymałościowych i wielu gier zespołowych często zbiega się w czasie z wystąpieniem uczucia zmęczenia. Działania nasilające utlenianie tłuszczów i sprzyjające zachowaniu zapasów węglowodanów mogą więc poprawiać wydolność wysiłkową. Osiągnięciu tego celu służą zarówno treningi wytrzymałościowe, jak i metody żywienia.

Wpływ treningu wytrzymałościowego na przemianę tłuszczową jest dobrze udowodniony: nasila całkowite utlenianie kwasów tłuszczowych zwiększając zawartość triglicerydów w mięśniach i maksymalne uwalnianie kwasów tłuszczowych. Procesy te pozwalają zachować zapasy węglowodanów i wydłużyć intensywny wysiłek.<sup>20</sup>

W zakresie metod żywienia badano możliwości zwiększenia utylizacji tłuszczów za pomocą wielu tzw. środków ergogenicznych. Należą do nich kofeina, L-karnityna, triglicerydy o pośredniej długości łańcucha węglowego; podobną rolę pełnią diety bogato-tłuszczowe i ubogo-węglowodanowe. Wiadomo, że wzmożony wysiłek fizyczny powoduje większe zapotrzebowanie na energię. Organizm ludzki potrzebuje energii w postaci węglowodanów, które są głównym jej źródłem dla pracujących mięśni. Należy to uwzględnić przy układaniu jadłospisu dla sportowca. Węglowodany powinny dostarczyć jego organizmowi 60%, tłuszcze zaś 20-30% całkowitego dobowego zapotrzebowania na energię. Niestety, złe zwyczaje żywieniowe całego społeczeństwa, prowadzą bardzo często do zmniejszenia (procentowego) spożycia węglowodanów. Potwierdzają to badania, z których wynika, że nawet osoby uprawiające sport, a więc prowadzące zdrowszy niż przeciętnie tryb życia, spożywają za mało mleka oraz owoców i warzyw.<sup>21</sup>

Regularny wysiłek sprzyja wzrostowi masy mięśniowej. Głównym ich materiałem budulcowym jest białko. W żywieniu człowieka białka nie można zastąpić innymi składnikami pokarmowymi. Badania potwierdzają zwiększone zapotrzebowanie na białko u ludzi aktywnych fizycznie w porównaniu z osobami prowadzącymi siedzący tryb życia. Dlatego tak istotny jest udział tego składnika odżywczego, szczególnie pełnowartościowego białka pochodzenia zwierzęcego, w diecie osób uprawiających sport. Jego niedobór sprawia, że wiele czynności organizmu ludzkiego nie przebiega prawidłowo i zmniejsza się jego wydolność.

<sup>20</sup> Jatzak S.: Kształtowanie prawidłowej postawy ciała dla profilaktyki chorób przeciążeniowych kręgosłupa. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 2002

<sup>21</sup> Pawłucki A.: Zdrowie i miłość. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 2005

Wzmożona aktywność fizyczna powoduje też wzrost zapotrzebowania na witaminy, głównie z grupy B, a także C, E i beta-karoten. Procesy fizjologiczne związane ze znacznym wysiłkiem fizycznym wymagają też zwiększenia dziennego zapotrzebowania na składniki mineralne, szczególnie że następuje ich większa strata z wydzielanym potem. Niedobory i straty składników mineralnych oraz witamin wyrównuje się zazwyczaj przez podawanie odpowiednio wzbogaconych napojów lub odżywek.<sup>22</sup>

### Aktywność fizyczna a zdrowie

Nikomu z nas nie trzeba tłumaczyć, jak ważnym elementem naszego życia jest ruch. Słyszemy o tym ciągle z radia, telewizji, w niemal każdej kobiecej gazecie znaleźć można jakiś zestaw ćwiczeń. Jednak z obserwacji i statystyk wynika, że większość ludzi, którzy nie pałają zbytnim zapalem do sportu, wykręca się brakiem czasu, zmęczeniem, złym samopoczuciem itp.

Sport to najtańszy i najprostszy sposób zapobiegania wielu schorzeniom. Lekarze ostrzegają, że obecny tryb życia („siedząca” praca, spędzanie wolnego czasu przed telewizorem lub komputerem, ogólny brak ruchu) w sposób zdecydowanie negatywny wpływa nie tylko na samopoczucie, ale przede wszystkim na zdrowie człowieka. Ćwicząc, sprawiamy, że nasze życie staje się lepsze, bo lepszy staje się nasz organizm. Oprócz niewątpliwych korzyści dla naszego organizmu, trening fizyczny czy jakikolwiek przejaw aktywności ruchowej jest wspaniałą formą odpoczynku psychicznego. W trakcie ćwiczeń zapominamy o całym świecie i swoją uwagę poświęcamy wyłącznie treningowi. Wszelkie problemy dnia codziennego odsuwamy na dalszy plan, na parę chwil możemy oderwać się od stresu, na jaki jesteśmy narażeni cały czas (w szkole, pracy) niejednokrotnie nawet nie zdając sobie z tego sprawy. I nie jest to bynajmniej naiwne spostrzeżenie. Okazało się bowiem, że nawet chorzy uprawiający ćwiczenia fizyczne czują się lepiej, co oznacza, że aktywność fizyczna nie tylko wpływa korzystnie na nasze ciało, ale również wprowadza nas w dobry nastrój i poprawia samopoczucie, np. pomaga w leczeniu depresji. Znana już w starożytności prawda - „w zdrowym ciele zdrowy duch” - znajduje potwierdzenie w badaniach współczesnych medyków.<sup>23</sup>

Sport rzeczywiście jest bardzo ważny dla naszego zdrowia i powinien stać się nieodłącznym elementem życia każdego człowieka. Należy ubolewać, że tak niewielu ludzi w dzisiejszych czasach prowadzi aktywny tryb życia, co ma odzwierciedlenie w ilości zachorowań na np. miażdżycę, otyłość. Jednak jak każda inna dziedzina życia ma również swoje ciemne strony, np. środki dopingujące, poważne, niebezpieczne urazy. Należy więc pamiętać aby do ćwiczeń podchodzić jak do każdej innej czynności w życiu w sposób przemyślany i z wczesniejszym przygotowaniem. Wtedy na pewno wyjdzie nam to na korzyść.

Oto jakie mogą być niekorzystne zmiany dla organizmu w wyniku braku ruchu:

- brak ruchu prowadzi do rozległego zaniku i postępującego osłabienia czynnościowego całego organizmu;
- występują skłonności do dysfunkcji, braków czynnościowych i wyraźne zwiększenie podatności na zachorowania;
- w zakresie układu mięśniowego stwierdza się narastającą atrofie, która prowadzi do rozległego osłabienia siły mięśniowej;
- mięśnie tułowia stają się niezdolne do utrzymania swojej naturalnej pozycji napięciowej, co nie pozostaje bez wpływu na układ krążenia, narząd oddychania i miednicę;
- z powodu słabości mięśni stopy i podudzia powstaje niemożność naturalnego wysklepienia stopy, co przy zwiększonym obciążeniu ciężarem ciała powoduje płaskostopie;
- niedostateczny ruch prowadzi do serca słabego czynnościowo, charakterystycznego dla schorzeń cywilizacyjnych;

<sup>22</sup> Kasperczyk T.: Poziom sprawności i aktywności fizycznej a zdrowie. Nowa Medycyna, 2000

<sup>23</sup> Drabik J.: Aktywność fizyczna a zdrowie. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 1994

- niedobór treningu fizycznego prowadzi do obniżenia pojemności tlenowej i zdolności wysiłkowej całego organizmu;
- niedobór ruchu i ćwiczeń prowadzi do zaniku i obniżenia wydolności układu oddechowego.<sup>24</sup>

### **Choroby wynikające z braku aktywności fizycznej**

O tym jakie zagrożenie stanowi brak ruchu, najlepiej świadczy fakt, że jest to w podobnym stopniu niebezpieczne dla naszego zdrowia jak palenie papierosów.

Brak aktywności fizycznej zwiększa ryzyko następujących schorzeń:

- choroby serca
- nadciśnienie tętnicze
- otyłość
- osteoporoza
- udar mózgu
- depresja
- rak jelita grubego<sup>25</sup>

Wszystkie te schorzenia znacząco zwiększają ryzyko przedwczesnego zgonu.

1. Choroby serca i udar mózgu- regularne ćwiczenia fizyczne są korzystnym sposobem zapobiegania i jednym z elementów leczenia choroby niedokrwiennej serca. Prowadzą do poprawy wydolności serca, obniżenia poziomu cholesterolu, obniżenia ciśnienia tętniczego krwi i poprawy przepływu krwi przez narządy. Aktywność fizyczna powinna być zawsze ustalana przez lekarza. Osoby, które nigdy nie ćwiczyły powinny zacząć od wysiłków trwających kilka minut dziennie, np. krótkich 10-minutowych spacerów wydłużanych stopniowo do 30 minut. Jeśli taki trening okaże się zbyt męczący można ćwiczyć 3 razy dziennie po 10 minut. Oprócz spacerów polecane są ćwiczenia na ruchomej bieżni, pływanie, jazda na rowerze. Dla bezpieczeństwa treningu można zawsze przerwać ćwiczenia i skontaktować się z lekarzem jeśli wystąpią bóle w klatce piersiowej, zawroty głowy lub nieregularne bicie serca.
2. Nadciśnienie tętnicze - regularny umiarkowany wysiłek fizyczny zapobiega nadciśnieniu tętniczemu, natomiast u osób z nadciśnieniem obniża skurczowe i rozkurczowe ciśnienie krwi. Do obniżenia ciśnienia krwi przyczynia się również obniżenie podwyższonego poziomu cholesterolu (jest przyczyną nasilenia miażdżycy i wzrostu ciśnienia krwi).
3. Cukrzyca typu II - wysiłek fizyczny zwiększa wrażliwość tkanek na insulinę, przez co zmniejsza się zapotrzebowanie na insulinę. Ponadto ułatwia utratę masy ciała, co sprzyja kontroli poziomu cukru we krwi
4. Otyłość- odpowiednio dobrane ćwiczenia fizyczne wraz z dietą stanowią podstawę terapii. Ćwiczenia fizyczne odpowiednio dobrane do indywidualnych możliwości nie tylko przyspieszają i ułatwiają utratę masy ciała, ale pomagają również utrzymać uzyskany efekt.
5. Bóle kręgosłupa i dolegliwości stawowe- regularne ćwiczenia wzmacniają mięśnie pleców i kręgosłupa, przyczyniają się do utrzymania lepszej postawy. Odpowiednio dobrane ćwiczenia, najlepiej z odciążeniem stawów (np. pływanie), ułatwiają chudnięcie. Nawet niewielka utrata 5-10 kg nadmiernej masy ciała przyczynia się do zmniejszenia bólów stawów biodrowych i kolanowych.
6. Osteoporoza - ćwiczenia fizyczne, szczególnie z obciążeniem kości kończyn, sprzyjają uwapnieniu kości i zapobiegają osteoporozie.
7. Żyłaki kończyn dolnych – jeżeli odpowiednio wcześniej zadba się o stan swoich nóg, można zahamować rozwój choroby. Aktywność fizyczna np. spacer, pływanie, jazda na rowerze – pobudza krążenie krwi poprzez pracę mięśni, co zapobiega powstawaniu żyłaków.

<sup>24</sup> Tamże

<sup>25</sup> Kuś W.M., Zaremba Z.: Dbaj o swoją kondycję. PZWL, W-wa 1980

8. Rak piersi – Bostońscy naukowcy dowiedli, że pływanie, jazda na rowerze, bieganie a nawet szybki marsz obniża poziom estrogenu. Jak wiadomo hormon ten jest odpowiedzialny za wzrost komórek piersi i ich rakowacenie. Z badań wynika, że godzina sportu dziennie, uprawianego konsekwentnie przez wiele lat, obniża ryzyko wystąpienia raka piersi o 20 proc.
9. Przeziębienia – aktywność fizyczna wzmacnia działanie układu immunologicznego organizmu, przez co stajemy się bardziej odporni na przeziębienia i inne choroby.<sup>26</sup>

### Aktywność fizyczna a urazy

Ludzie, którzy lubią sport, aktywny wypoczynek, biorą udział w różnych zajęciach ruchowych, często wybierają pracę wymagającą aktywności fizycznej, dyspozycyjności przez wiele godzin, są narażeni na wystąpienie zmian przeciążeniowych narządu ruchu. Część tych zmian może być skutkiem nieprawidłowego, niesystematycznego, jednostronnego czy nadmiernego wysiłku. A więc zalecana przez lekarzy aktywność ruchowa jest receptą na zdrowie, ale po spełnieniu pewnych warunków. W przeciwnym razie może być również źródłem problemów. Podjęte w niedzielne popołudnie postanowienie - od jutra gimnastyka! - może spowodować kontuzje i ogólne problemy zdrowotne, np. u osoby z nieujawnioną chorobą wieńcową.

Wielu pacjentów w gabinecie ortopedycznym to klienci klubów fitness czy siłowni ćwiczący niesystematycznie, za to intensywnie. Taki człowiek przez 45 tygodni w roku wykonuje pracę siedzącą, a następnie postanawia w szybkim terminie nadrobić zaległości i w ciągu 3-4 tygodni przygotować się do sezonu narciarskiego, zbić wagę, wzmocnić mięśnie i jeździć przez dwa tygodnie 10 godzin dziennie. Jeśli jest młody, sprawny i ogólnie zdrowy, zazwyczaj mu się udaje. Gorzej, gdy ostry trening rozpoczyna czterdziestolatek, ogólnie zdrowy, ogólnie sprawny, przed laty bardzo aktywny. W takim przypadku możliwości fizyczne zazwyczaj nie odpowiadają wyobrażeniom o nich. Dochodzi do kontuzji, zniechęcenia i zaniechania aktywności. A w większości przypadków można tego uniknąć. Podstawowym problemem w sporcie są zmiany przeciążeniowe stawu kolanowego, największego stawu człowieka, łączącego długie dźwignie kości udowej i piszczelowej. Człowiek aktywny wykonuje ponad trzy miliony kroków rocznie, a więc elementy składowe stawu kolanowego pracują kilka tysięcy razy dziennie.<sup>27</sup>

Nie trzeba wypadku na stoku narciarskim, aby doznać kontuzji stawu kolanowego, a nie zaleczona kontuzja ma zawsze swoje konsekwencje. Jeśli dopuścimy do niestabilności stawu skokowego lub bólu kolana, człowiek w „chwili krytycznej” ma tendencję do przenoszenia ciężaru ciała na zdrową nogę, wobec tego wykonuje dodatkowo ok. 120-200 wznosów na mocniejszej nodze dziennie i po jakimś czasie mamy do czynienia z problemem dotyczącym obu nóg.

Najczęściej powodem wizyty w gabinecie lekarskim są konsekwencje urazu powodującego uszkodzenie kolanowych „amortyzatorów” jakimi są łąkotki. Przewlekłe uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej - bardzo częsta, społeczna choroba - powoduje zmianę sposobu chodzenia polegającą na pokonywaniu wysokości na nie całkiem prostujących się, ugiętych i koślawych kolanach.<sup>28</sup>

Problemem dotyczącym ludzi zachowujących dużą aktywność ruchową są przeciążenia stawu kolanowego wynikające z treningu. Aby korzystać (w sensie zdrowotnym) z aktywności ruchowej należy rozważnie podchodzić do ćwiczeń i wykonywać je precyzyjnie, najlepiej pod czujnym okiem trenera. Nawet niewielka różnica w technice ćwiczenia oznacza duże zmiany w rozkładzie naprężeń w stawie kolanowym. Rzeczą o zupełnie podstawowym znaczeniu jest

<sup>26</sup> Kasperczyk T.: Poziom sprawności i aktywności fizycznej a zdrowie. Nowa Medycyna, 2000

<sup>27</sup> Kuński H.: Ruch i zdrowie. PZWL, Łódź, 1987.

<sup>28</sup> [http://zdrowie.flink.pl/aktywnosc\\_fizyczna.php](http://zdrowie.flink.pl/aktywnosc_fizyczna.php)



więc zapewnienie płynnej, harmonijnej pracy mięśni stabilizujących staw kolanowy, pomagających dynamicznie łątkom i aparatowi więzadłowemu.

Często z siłowni, z zajęć fitness korzystają ludzie zmęczeni po całym dniu pracy, zestresowani. Wykonują obciążające stawy ćwiczenia niedokładnie, czasami bez konsultacji z instruktorem, czasami z nadmiernym obciążeniem. Należy pamiętać, że ćwiczenie na nadmiernie obciążonym, zgiętym i skoślawionym kolanie, w którym oś mechaniczna kończyny przebiega z boku stawu kolanowego, może poważnie uszkodzić staw.

Czasami dolegliwości nie pojawiają się na sali ćwiczeń, tylko w domu. Często dolegliwość ma postać „kolana kinomana” - po dłuższym siedzeniu ze zgiętymi nogami nie można ich od razu wyprostować. Tacy ludzie nie lubią kłęzczeć, w górach łatwiej im wchodzić pod górę niż długo schodzić, nie tolerują siedzenia ze zgiętymi nogami ponad 20-30 minut. Innym znowu problemem są konsekwencje wykonywania niezwykle intensywnego treningu na siłowni przez młodych ludzi z niezaleczonymi, przewlekłymi stanami podrażnienia kolan czy stawów skokowych. Dotyczy to głównie sportowców, ale nie tylko.

Drugim (po kolanie) miejscem, gdzie najczęściej dochodzi do kontuzji, jest staw skokowy. Sporo osób ma problemy z powodu „skreconej” nogi - o taką kontuzję jest naprawdę łatwo, zaś ćwiczenie na niestabilnym stawie skokowym z „umykaniem bocznym pięty” może prowadzić do uszkodzenia ścięgna Achillesa i zapalenia tkanek otaczających ścięgno, pogrubienia i choroby ścięgna piętowego.

### **Aktywność fizyczna dzieci i młodzieży**

Aktywność fizyczna jest jeszcze ciągle nie doceniana, chociaż odgrywa ona ogromną rolę jako przeciwwaga mało ruchliwego trybu życia współczesnych społeczeństw. W trakcie aktywności ruchowej ujawniają się potencjalne możliwości dziecka związane ze sprawnością i wydolnością fizyczną oraz zdolnością przystosowania się. Potrzeba zajęć ruchowych uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych jest większa niż przewiduje to program nauczania, główną przyczyną jest niedostateczna ilość zorganizowanych zajęć ruchowych, brak czasu wolnego wynikający z przeciążenia nauką oraz niedostatek wiedzy o potrzebie rekreacji.

Ruch to najważniejszy po odżywianiu czynnik determinujący zdrowie. W doskonaleniu autosystemów regulacyjnych organizmu stawiany jest bezsprzecznie na pierwszym miejscu. Aktywność ruchowa jest czynnikiem modelującym w sposób najbardziej korzystny stan morfologiczny i funkcjonalny organizmu.

Przemiany cywilizacyjne, szczególnie rozwój przemysłu w XIX wieku sprawiły, że młodzi ludzie stali się wygodni, a współczesne warunki życia przyczyniają się do coraz większego jego unieruchomienia. Wielogodzinna praca siedząca (nauka, komputery, Internet), lub o niewielkim nakładzie wysiłku fizycznego pozbawia człowieka konieczności używania własnych i tak słabo rozwiniętych mięśni.

„Codzienna aktywność fizyczna dzieci i młodzieży jest na ogół zbyt niska pod względem intensywności i zbyt mała objętościowo, by znacząco kształtować funkcje układu krążeniowo – oddechowego (...).”<sup>29</sup>

W związku z powyższym trudno się dziwić, że taka aktywność fizyczna szczególnie przed okresem dojrzewania oraz po jego zakończeniu nie oddziałuje w znaczący sposób na wydolność fizyczną dzieci, a także na powysiłkową i spoczynkową częstość skurczów serca, uważaną za wczesny efekt ćwiczeń wytrzymałościowych.

Dopiero odpowiednia intensywność, częstotliwość i długotrwałość aktywności fizycznej może istotnie i pozytywnie korelować z pułapem zużycia tlenu, stężeniem HDL, negatywnie zaś z ciśnieniem skurczowym krwi, tętnem spoczynkowym, z tkanką tłuszczową.<sup>30</sup>

<sup>29</sup> Kasperczyk T.: Poziom sprawności i aktywności fizycznej a zdrowie. Nowa Medycyna, 2000

<sup>30</sup> Demel M.: Kultura fizyczna w aspekcie zdrowia. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 1992

Czynniki ryzyka choroby wieńcowej u dzieci i młodzieży dotyczą najczęściej lipidów krwi, ciśnienia tętniczego krwi, stopnia otluszczenia ciała oraz małej aktywności fizycznej.

Wiele badań wskazuje, że proces miażdżycy rozpoczyna się w dzieciństwie i postępuje wraz z wiekiem. Istnieje dowód na wpływ poziomu cholesterolu w dzieciństwie na występowanie miażdżycy tętnic wieńcowych w wieku dorosłym:

- w krajach o wysokim spożyciu tłuszczów nasyconych i cholesterolu pokarmowego, dzieci i młodzież mają wyższe poziomy cholesterolu we krwi,
- większość dzieci z najwyższymi poziomami cholesterolu ma również 20 lat później najwyższe jego stężenie,
- badania pośmiertne wykazują, że wczesne zmiany miażdżycowe w tętnicach wieńcowych mają często początek w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym.
- poziom cholesterolu we krwi koreluje z rozległością wczesnych zmian miażdżycowych w aorcie i w tętnicach wieńcowych u młodzieży i młodych dorosłych<sup>31</sup>

Najważniejszy mechanizm profilaktyczny przeciw chorobie wieńcowej, wynikający z regularnej, typu wytrzymałościowego, aktywności fizycznej wiąże się prawdopodobnie z redukcją złóż tłuszczu i masy ciała.

Wyniki badań przeprowadzone przez Instytut Matki i Dziecka przedstawiają zatrważający obraz - wykazują u 40% dzieci i młodzieży wady w rozwoju fizycznym.<sup>32</sup> W znacznym stopniu spowodowane jest to brakiem ćwiczeń fizycznych. Najwyraźniej widać to u dziewcząt 15-18 letnich, gdzie obserwuje się nadwagę i otyłość. Takie właśnie dziewczęta były poddane badaniom ankietowym.

Aktywność ruchowa tylko 25% dzieci i młodzieży jest zadowalająca, u 60% niska, a 15% bardzo niska, co nie zostaje obojętnym dla zdrowia.

Według WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) aktywność fizyczna definiowana jest jako wszystkie czynności w codziennym życiu człowieka związane z ruchem, włączając w to pracę, odpoczynek, ćwiczenia i uprawianie sportu. Podkreśla się, że efekty zapobiegawcze i rehabilitacyjne regularnej aktywności są korzystniejsze gdy wzorce kształtowane są we wczesnym okresie życia.

Ponieważ choroby i ułomności wieku średniego i starczego zaczynają się już w młodości, zapobieganie im, aby było skuteczne, musi rozpoczynać się w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym. Zatem odpowiedzią na nasze bieżące potrzeby zdrowotne będzie prewencja, nie zaś leczenie.

To, jakim będzie dojrzały człowiek zależy od wielu czynników, które determinują jego osobniczy rozwój, sprawność i zdrowie. Są to czynniki genetyczne i zewnątrzpochodne - środowiskowe, społeczno - ekonomiczne oraz styl życia człowieka - w tym jego aktywność ruchowa. W obecnym czasie warunki zewnętrzne nie stwarzają współczesnemu człowiekowi naturalnych bodźców, które mogą doprowadzić do najkorzystniejszych dla zdrowia stanów równowagi. Szczególnie siedzący tryb życia i przebywanie w zadymionych pomieszczeniach nie sprzyjają uruchamianiu naturalnych systemów odpornościowych.

Dobrze przystosowany do życia człowiek - to człowiek zdrowy i radosny, odporny na zachorowania, sprawny fizycznie, wyposażony w niezbędny zasób nawyków i umiejętności życiowych, mający zaufanie do własnych sił, przystosowany do środowiska materialnego, zdolny do pokonywania trudności.

### **Aktywność fizyczna u dorosłych**

O ogromnej wartości zdrowia uświadamiamy sobie zazwyczaj wówczas, gdy je tracimy. Naukowcy stwierdzili, iż to „rozwój cywilizacji przyczynił się do fizycznego osłabienia

<sup>31</sup> Jodkowska M., Wrocławska M.: Styl życia młodzieży w wieku 15-19 lat. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 2005

<sup>32</sup> <http://www.vulcan.pl>

człowieka i utracenia przez niego psychicznej odporności na choroby”. Uznali oni również, że „najlepszym sposobem na wszelkie choroby nie jest leczenie ich, lecz zapobieganie im w aktywny sposób, poprzez nieustanną mobilizację ochronnych sił organizmu oraz wzmacnianie jego zdolności do obrony”<sup>33</sup>

Każdy człowiek jest „kowalem swego losu”, odnosi się to również do naszego zdrowia. Odpowiednio dozowany wysiłek fizyczny to najlepszy, naturalny „lek” pozwalający zachować zdrowie, a w przypadku jego utraty odzyskać oraz wzmocnić. Doskonalenie sprawności funkcjonowania układu nerwowego jest równoznaczne ze wzmocnieniem fizycznym oraz psychicznym organizmu człowieka. Uczeni dostrzegli, iż „ruch jako lek nie ma substancji ani opakowania, a substancją tego leku jest pomysł zrodzony z nauki i doświadczenia. Przekazanie go choremu wraz z osobowością i sercem czyni ten lek niezastąpionym”<sup>34</sup>.

Problem bólów krzyża ma obecnie cechy choroby społecznej, dlatego wczesne wykrycie przyczyn oraz właściwa profilaktyka pozwalają na zmniejszenie częstości jego występowania. Dolegliwości bólowe mogą pojawić się po długotrwałej pracy w pozycji siedzącej czy pochylonej, wielogodzinnej jeździe samochodem, po wyjściu z kina, mogą też powstać nagle podczas dźwignięcia ciężaru, gwałtownego ruchu tułowia lub raptownych szarpnięć.

Przystosowanie się człowieka do nowego trybu życia we współczesnej cywilizacji prowadzi do przeciążeń w dolnym odcinku kręgosłupa z równoczesnym osłabieniem elementów dynamicznych, które stanowią fizjologiczną barierę w tej części ciała.

Ruch i ćwiczenia fizyczne jako bodźce naturalne oddziałują na cały organizm, wpływając korzystnie na czynność wszystkich narządów. Powszechnie stosowane ćwiczenia fizyczne kręgosłupa mają charakter profilaktyczny, gdyż nie dopuszczają do występowania większych zniekształceń i zapobiegają pojawieniu się bólów kręgosłupa wywołanych przedwczesnym powstawaniem zmian zwyrodnieniowych.<sup>35</sup>

Zadaniem profilaktyki jest zatem kształtowanie umiejętności i nawyku dbania o prawidłową postawę ciała, oraz wyrobienie nawyku regularnej aktywności ruchowej.

Jest to bardzo ważne zważywszy, iż liczba osób cierpiących na bóle kręgosłupa wzrasta w szybkim tempie, a także z uwagi na to, że dość szybko obniża się wiek powstawania dolegliwości bólowych ze strony kręgosłupa. Sposób spędzania czasu wolnego ma zatem ważne znaczenie dla profilaktyki chorób przeciążeniowych kręgosłupa. Z tego względu konieczne jest popularyzowanie w społeczeństwie zasad biomechaniki częściej uprawianych zajęć sportowych, czy też określonych ćwiczeń. Chodzi o to, aby sport czy rekreacja były profilaktyką, a nie przyczyną zmian przeciążeniowych kręgosłupa.<sup>36</sup>

W ostatnim dziesięcioleciu nastąpił jednak gwałtowny spadek aktywności fizycznej w życiu człowieka.

Podczas gdy jeszcze na początku ubiegłego wieku około 90% energii wydatkowanej przez ludzi w czasie pracy przypadało na pracę mięśni, dzisiaj, w krajach wysoko rozwiniętych, wskaźnik ten wynosi od 1 do 10%. Równocześnie zaczęła systematycznie rosnąć zapadalność na choroby układu krążenia i przemiany materii. Dzisiaj u około 70% dorosłych mieszkańców krajów zamożnych stwierdza się występowanie tzw. zespołu metabolicznego w postaci nadwagi, nadciśnienia i cukrzycy<sup>37</sup>.

Dzięki podejmowanej regularnie aktywności następuje obniżenie ciśnienia skurczowego i rozkurczowego, poprawia się kurczliwość serca, a także wydolność wysiłkowa, objawiająca się w niektórych przypadkach zmniejszeniem częstości bólów wieńcowych. Obserwuje się ponadto

<sup>33</sup> Kałucka S, Ruszkowska J, Drygas W.: Aktywność fizyczna, wciąż niedoceniony element profilaktyki zdrowotnej. Polska Medycyna Rodzinna, 2002

<sup>34</sup> Drabik J.: Aktywność fizyczna w treningu zdrowotnym osób dorosłych”. AWF, Gdańsk, 1996

<sup>35</sup> Jatzcak S.: Kształtowanie prawidłowej postawy ciała dla profilaktyki chorób przeciążeniowych kręgosłupa. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 2002

<sup>36</sup> Jatzcak S.: Kształtowanie prawidłowej postawy ciała dla profilaktyki chorób przeciążeniowych kręgosłupa. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 2002

<sup>37</sup> Drzewoski J.: Otyłość – choroba przewlekła. Diabetyk, 2004

obniżenie poziomu „złego” cholesterolu (LDL- cholesterolu) oraz zwiększenie jego „dobrej” frakcji (HDL- cholesterolu). Nierzadko, realizowana w konsekwentny sposób, aktywność fizyczna, przyczynia się do spowolnienia tętna (u osób ze zwiększonym tętnem spoczynkowym). Natomiast, u osób zaadaptowanych do wysiłku, tętno powysiłkowe szybciej powraca do wartości spoczynkowej.

Naukowcy nie mają wątpliwości, że regularnie podejmowana aktywność fizyczna i umysłowa, odpowiednia dieta, badania profilaktyczne są w stanie przedłużyć młodość poza jej biologiczny czas. Problem tkwi jednak w umiejętności narzucenia sobie dyscypliny, zwłaszcza, że wokół czyha na nas tyle pokus. Z reguły to, co najprzyjemniejsze, jest niezdrowe. Mimo to, wprowadzenie w życie pewnych ograniczeń, zdecydowanie się oplaca.

Nikt nie zachęca do kowania się godzinami na siłowni, ale regularne uprawianie ćwiczeń przynajmniej przez 20 – 60 minut dziennie – 3 razy w tygodniu pozwoli zachować dobrą postawę i samopoczucie przez całe życie.

Znaczna część naszego społeczeństwa, również młodzież, z niechęcią ustosunkowuje się do jakiegokolwiek aktywności fizycznej. Ludzie ci nie mają świadomości, iż wraz z wiekiem ubywa masy mięśniowej, przybywa zaś masy „tłuszczowej”. Nasila się również proces wiotczenia mięśni, zmniejsza tempo metabolizmu, zwiększa zaś tendencja do odkładania tkanki tłuszczowej. Powoduje to dalszy spadek ogólnej sprawności fizycznej i wydolności organizmu. Jeśli dodamy do tego nieprawidłowe odżywianie się, to droga do różnego rodzaju schorzeń wydaje się wyjątkowo prosta.

O ile w porę nie zareagujemy i nie zaczniemy temu przeciwdziałać, to wcześniej czy później wszystko co złe (np. arterioskleroza), zacznie dawać o sobie znać. Najbardziej efektywnym sposobem zapobiegania skutkom hipokinezy, jest jej odwrotność, czyli aktywność fizyczna, np. w postaci ćwiczeń siłowych i wydolnościowych. W porównaniu do innych dyscyplin sportu umożliwiają one nie tylko w miarę szybkie odzyskanie masy mięśniowej, lecz także sukcesywne zwiększanie tej masy – kosztem tkanki tłuszczowej.<sup>38</sup>

Zgodnie z maksymą starożytnych Greków „Nie przestajemy ćwiczyć, dlatego że się starzejemy, ale starzejemy się dlatego, że przestajemy ćwiczyć”.

Nie można również pominąć wpływu ćwiczeń fizycznych na sferę zdrowia psychicznego. Pod wpływem wysiłku fizycznego wydzielają się bowiem substancje z grupy opiatów (endorfyny, enkefaliny), które nie tylko uzależniają w sposób pozytywny od aktywności fizycznej, ale mają działanie poprawiające, w naturalny sposób, samopoczucie oraz zwiększają tolerancję organizmu na stres.

W dzisiejszych czasach bardzo popularne są medytacje oraz ćwiczenia jogi, które pozwalają odprężyć ciało i wyciszyć umysł po nierzadko morderczym wysiłku, a także pomagają wzmocnić zdrowie, a nawet wydłużyć życie.

### **Aktywność fizyczna ludzi starszych**

O tym, że ciało z wiekiem starzeje się, wiedzą wszyscy. Proces ten zaczyna się już w dniu narodzin, ale dopiero po 35 roku życia zdecydowanie się nasila. Polega on w głównej mierze na zmniejszaniu się zdolności adaptacyjnej organizmu oraz na pogarszaniu się sprawności tkanek i narządów. W organizmie następuje wiele, często niekorzystnych zmian, których powodem są pojawiające się z wiekiem zakłócenia w metabolizmie białek. Z czasem pogarsza się ukrwienie narządów i tkanek (szczególnie mięśni), osłabia się ogólny stan fizyczny i kondycja. Zmiany te można opóźnić lub znacznie zmniejszyć ich natężenie, warunkiem jest jednak regularna aktywność fizyczna.

W „trzecim wieku życia” jej wpływ jest także bardzo istotny. Wydłuża się średnia wieku życia w Polsce, więc żeby cieszyć się życiem warto zadbać o swoje zdrowie, warto zacząć się ruszać.

---

<sup>38</sup> Kasperczyk T.: Poziom sprawności i aktywności fizycznej a zdrowie”. Nowa Medycyna, 2000

Wszyscy na pewno zdajemy sobie sprawę z tego, że ruch, aktywność korzystnie wpływają na nasz organizm. Korzyści wg WHO odnoście wpływu aktywności fizycznej na organizm człowieka w wieku podeszłym:

- Poprawa ogólnego samopoczucia (dostarcza przyjemności i radości),
- Poprawa zdrowia fizycznego i psychicznego,
- Składnik wspomaganie prewencji pierwotnej i wtórnej określonych stanów (np.: stres) i chorób (np.: cukrzyca, otyłość, miażdżyca czy choroba zwyrodnieniowa stawów),
- Minimalizacja skutków niesprawności, stanów bólowych,
- Zmiana stereotypowych perspektyw wieku podeszłego oraz zachowanie niezależnego trybu życia.

Badania naukowe udowodniły, że systematyczne ćwiczenia fizyczne wykonywane przez osoby starsze wywierają istotny wpływ na wydolność fizyczną, koordynację nerwowo - mięśniową, utrzymując zakres ruchów przydatnych w życiu codziennym.

Warto wiedzieć jakie są proponowane formy aktywności osobom starszym<sup>39</sup>. Oto kilka propozycji:

- taniec i ruch przy muzyce,
- gimnastyka,
- pływanie,
- jazda na rowerze,
- spacer lub marsz (np.: z kijami).

Aktywny styl życia pomaga utrzymać osobom starszym niezależność czynnościową, pozwala na aktywne uczestnictwo w społeczeństwie.

Wg WHO istnieje potrzeba stałej strategii rozwoju aktywności fizycznej we wszystkich grupach ludzi starszych. Poparta powinna być polityką prozdrowotną podkreślającą znaczenie kultury fizycznej w trzecim okresie życia.

### Aktywność fizyczna rodzin

Aktywność ruchowa rodzin jest zagadnieniem ważnym, wymagającym rozważenia i nagłośnienia. Czym jest rodzinna aktywność ruchowa? Jest z pewnością wspólnym spędzaniem wolnego czasu, akceptacją przyzwyczajzeń naszych bliskich, próbą umocnienia nadwątlonych codzienną bieganią, więzi rodzinnych.

Czas wolny to z kolei ten moment, który możemy przeznaczyć na zajęcia dowolne - zabawę, zdobywanie wiedzy, oddawanie się swoim pasjom. Ważne jest, aby poświęcić go rodzinie, najbliższym. Dobrze jest, gdy wówczas nie ucieka się od siebie, nie tłumaczy się, że najlepszy jest wypoczynek bierny. Czas, który pozostaje człowiekowi po wypełnieniu obowiązków zawodowych, sprzyja odpężeniu, refleksji, służyć też powinien rekreacji, a to wymaga od całej rodziny odpowiedzialności, cierpliwości, szacunku, wzajemnej akceptacji.

Zainteresowania i potrzeby człowieka zmieniają się wraz z wiekiem, postępem technicznym, miejscem zamieszkania. Podobnie jest w rodzinie, gdzie zmiany następują wraz z jej rozwojem, pomysłowością, predyspozycjami zdrowotnymi i finansowymi członków rodziny.

Nie ma wątpliwości, że istnieje potrzeba zaktywizowania rodziny w dziedzinie kultury fizycznej i rekreacji. Należy agitować rodzinę, by sport stał się tradycją przekazywaną z pokolenia na pokolenie. Ma to przecież wpływ na zdrowie i dobre samopoczucie wszystkich jej członków w przyszłości ma szansę zaprocentować dobrą kondycją całego społeczeństwa.

Rekreacja, o której ostatnio coraz więcej się mówi, to pojęcie niemal równoznaczne z „aktywnymi formami ruchowymi”. Wywodzi się ono od łacińskiego słowa „recreo” i oznacza przywrócenie do życia, wzmocnienie, pokrzepienie. Już sama etymologia i znaczenie słowa napawają optymizmem.

---

<sup>39</sup> Drabik J.: Aktywność fizyczna a zdrowie. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 1994

Istnieje wiele możliwości korzystania z przyjemnych form spędzania wolnego czasu. Wystarczą dobre chęci, odrobina zapału i świadomość, że zdrowe ciało i duch zależą od nas samych.<sup>40</sup>

Obecnie nastała moda na piękne i smukłe ciało, aby takie utrzymać, potrzebna jest nie tylko dieta, ale przede wszystkim ruch, aktywny tryb życia, wysiłek fizyczny, obcowanie z naturą.

Rezygnując z odpoczynku na świeżym powietrzu nie korzystamy z pozytywnego oddziaływania na organizm bodźców fizycznych, zdolnych wywołać reakcje ruchowe, intelektualne i emocjonalne. Naukowcy udowodnili, że człowiek jest tworem środowiska, w którym wzrastał od początku istnienia i pozostaje z nim nadal w ścisłym związku. Nienaturalne jest więc izolowanie się od niego, próba udowodnienia, że możemy funkcjonować w oderwaniu od natury. I tu ogromna rola rodziny, która polega na wzajemnej motywacji-przekonywaniu o słuszności wyjścia z domu, o potrzebie spędzenia wspólnie wolnego czasu, z dala od codziennych obowiązków, o konieczności „naładowania akumulatorów” przed kolejnym dniem pracy. A najlepiej uczynić to poprzez uprawianie, wybranej przez siebie i rodzinę, ulubionej dyscypliny sportowej.

Badania dowodzą, że aktywny wypoczynek nie jest powszechnie uprawiany przez polskie rodziny.

Próba przełamania tej bariery jest dość trudna. Mimo rozwijającej się infrastruktury, wzbogacanej oferty rekreacyjno-turystycznej i różnego rodzaju akcji promujących zdrowy tryb życia, trudno zachęcić dzieci i młodzież do czynnego spędzania czasu wolnego. Źródeł tych niepowodzeń można doszukać się w przyczynach obiektywnych - braku wolnego czasu, trudnościach finansowych, niekorzystnym usytuowaniu obiektów. Wyraźną przeszkodą w promowaniu aktywnego wypoczynku jest brak tradycji rodzinnych w uprawianiu sportów. W świadomości wielu ludzi panuje przekonanie o zaletach biernej regeneracji sił po intensywnym wysiłku.

Wzorzec ten nie jest pozytywnym drogowskazem dla młodego pokolenia, które przejmuje taki właśnie - bierny - model postępowania. Należy więc reklamować aktywny wypoczynek rodzinny jako najlepszą formę terapii, mającą na celu polepszenie samopoczucia, wzmocnienie organizmu i umocnienie więzi rodzinnych.

Wychowanie młodego pokolenia w przeświadczeniu, że aktywne spędzanie wolnego czasu powinno być zadaniem nadrzędnym, spoczywa na rodzinie. Pomocne przy tym są akcje organizowane przez szkoły (wycieczki, rajdy, półkolonie, kolonie). Ale to rodzina kształtuje postawę, zamiłowania i nawyki, wyposaża człowieka w określone wiadomości i umiejętności, pozwala na udział w sporcie, turystyce i rekreacji, mobilizuje do zdrowo pojętej rywalizacji, umacnia w przekonaniu, że warto żyć aktywnie, bowiem jest to gwarancją dobrego samopoczucia i prawidłowego rozwoju.

Ważne jest tutaj kształtowanie motywacji do czynnego wypoczynku - gwarancji siły i zdrowia.

Problematyka aktywności ruchowej rodzin, czynnie spędzany czas wolny, troska o ekologię mają ze sobą wiele wspólnego. Rekreacja i turystyka kultywowane w rodzinie kreują ludzi, zaspokajają potrzeby ruchowe, umacniają rodzinę, uświadamiają zależność człowieka i natury.

Rodzinną rekreacją, wspólna aktywność ruchowa, mogą być dla każdego uczestnika niezapomnianą przygodą i wyzwaniem, szansą sprawdzenia możliwości organizacyjnych i sprawnościowych, poszerzeniem horyzontów myślowych dzieci.

Wspólne wyprawy wzbogacają wiedzę o kraju, zaspokajają potrzeby emocjonalne, rozwijają umiejętności o charakterze technicznym i wiedzę o bezpiecznym poruszaniu się w terenie.

Problematyka związana z aktywnym wypoczynkiem rodzin, spędzaniem czasu wolnego i dbałością o zdrowie mają ze sobą wiele wspólnego. Przed rodziną stawiają wiele wyzwań, ale

---

<sup>40</sup> <http://zdrowie.flink.pl>

dają też wiele możliwości. Rodzinę czynią odpowiedzialną za prawidłowy rozwój fizyczny i psychiczny dzieci, za motywację do uprawiania sportu w czasie wolnym, za uświadomienie roli ćwiczeń fizycznych w pozytywnym kształtowaniu i ciała, i osobowości.

Ruch może być cudownym lekiem na wszystko, swoistego rodzaju „eliksirem młodości”. Aktywność fizyczna pozwala nam przeżyć życie w dobrej fizycznej i psychicznej formie.

Również żywienie obok aktywności fizycznej powinno stanowić bardzo istotny element promocji zdrowia. Przemawia za tym wiele powodów, a do najważniejszych należą: wysokie współczynniki zgonów spowodowanych metabolicznymi chorobami cywilizacyjnymi, wzrost uzależnienia młodzieży od alkoholu, tytoniu czy też innych używek. Należy również pamiętać, iż jedynie prawidłowo skomponowana dieta odpowiednia do aktywności fizycznej umożliwia człowiekowi prawidłowe funkcjonowanie w różnych warunkach i stanach fizjologicznych.

Jest to bardzo ważne w obecnych czasach pełnych motoryzacji, komputerów, telewizji i ciągle zbyt małą ilością miejsc do uprawiania sportu i rekreacji, ale także i zbyt małego propagowania stylu życia uwzględniającego aktywność fizyczną.

### Literatura

1. [http://zdrowie.flnk.pl/aktywnosc\\_fizyczna.php](http://zdrowie.flnk.pl/aktywnosc_fizyczna.php)
2. <http://www.vulcan.pl>
3. <http://www.vulcan.pl/przegladoswiatowy/archiwum/2004/14/aktywnosc.html>
4. Drabik J.: Aktywność fizyczna w treningu zdrowotnym osób dorosłych. AWF, Gdańsk, 1996.
5. Kasperczyk T.: Poziom sprawności i aktywności fizycznej a zdrowie. Nowa Medycyna. 2000.
6. Drabik J.: Aktywność fizyczna a zdrowie. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne 1994.
7. Kałucka S., Ruskowska J., Drygas W.: Aktywność fizyczna, wciąż niedoceniony element profilaktyki zdrowotnej. Polska Medycyna Rodzinna 2002.
8. Demel M.: Kultura fizyczna w aspekcie zdrowia. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 1992.
9. Drzewoski J.: Otyłość – choroba przewlekła. Diabetyk 2004/2.
10. Jatzak S.: Kształtowanie prawidłowej postawy ciała dla profilaktyki chorób przeciążeniowych kręgosłupa. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 2002.
11. Pawłucki A.: Zdrowie i miłość. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 2005.
12. Fox B.: Encyklopedia zdrowego żywienia. Wydawnictwo FILAR.
13. Talaga Jerzy.: Sprawność fizyczna ogólna. Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2002.
14. Kuś W.M., Z. Zaremba.: Dbaj o swoją kondycję. PZWL W-wa 1980.
15. Bielski J.: Życie jest ruchem. Warszawa 1996.
16. Drozdowski Z.: Antropologia sportowa. PWN Warszawa. Poznań 1994.
17. Kuński H.: Ruch i zdrowie. PZWL, Łódź. 1987.
18. Kwilecka M., B.J. Kunicki .: Ścieżka zdrowia. CRZZ W- wa 1978.
19. Cendrowski Z.: Żyć sto lat. Warszawa 1988.
20. Jodkowska M., Wrocławska M.: Styl życia młodzieży w wieku 15-19 lat. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 2005.
21. Grabowski H.: Powody, przejawy i uwarunkowania aktywności fizycznej człowieka i ich związek z wychowaniem fizycznym. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 2005.

# Alkohol i jego wpływ na zdrowie

*Danuta Kozłowska - Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży*  
*Ewa Falkowska-Pijagin - Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży*

## Streszczenie

Na stan zdrowia człowieka wpływają zarówno czynniki wewnętrzne jak i zewnętrzne. Wśród czynników zewnętrznych istotną rolę odgrywają tzw. używki, w tym alkohol, którego działanie może prowadzić do wystąpienia powikłań zdrowotnych, zarówno somatycznych (fizycznych) jak i psychicznych (psychiatrycznych). Osobnicze reakcje na alkohol mogą być różne i zależą od szeregu czynników fizycznych jak i psychicznych.

Toksyczne działanie alkoholu etylowego i produktów jego przemiany (metabolitów) na narządy i układy, nieprawidłowe odżywianie, a także niedobory i zaburzenia wchłaniania witamin spowodowane nadużywaniem alkoholu powodują występowanie różnego rodzaju powikłań somatycznych. Najczęstsze skutki dla organizmu człowieka ze strony alkoholu to patologie w obrębie układu pokarmowego, nerwowego, hormonalnego, krążeniowego, oddechowego, a także choroba alkoholowa. U osób, które piją intensywnie spotykamy jednocześnie większą podatność na infekcje i choroby zakaźne, częste urazy czaszki, większą wypadkowość oraz większą liczbę samobójstw.

**Słowa kluczowe:** alkohol, wpływ alkoholu na organizm człowieka, choroba alkoholowa

## Wprowadzenie

Zdrowie definiowane jest jako dobry stan fizyczny i psychiczny umożliwiający człowiekowi naukę, dobre funkcjonowanie bądź wykonywanie pracy oraz dający mu optymalną satysfakcję społeczną i kulturową. Na stan zdrowia wpływają zarówno czynniki wewnętrzne jak i zewnętrzne. Wśród czynników zewnętrznych istotną rolę odgrywają tzw. używki, w tym alkohol, którego działanie może prowadzić do wystąpienia powikłań zdrowotnych, zarówno somatycznych (fizycznych) jak i psychicznych (psychiatrycznych). Osobnicze reakcje na alkohol mogą być różne i zależą od szeregu czynników fizycznych jak i psychicznych.

Następstwa nieumiarkowanego picia alkoholu (bepośrednie bądź pośrednie) dotyczą wielu milionów ludzi, a to jest też konsekwencją tego, że z powodu picia w najbliższym otoczeniu cierpią też inne osoby. Idąc dalej dzieje się tak, że konsekwencją picia są różnego rodzaju niepowodzenia w życiu osobistym, rodzinnym, zawodowym, społecznym. A to wszystko wpływa na ogólny stan zdrowia człowieka pijącego, a szczególnie nadużywającego alkoholu.

Choroba alkoholowa jest niewątpliwie chorobą społeczną, nieuleczalną i śmiertelną. Uderza w rodzinę, w której żyje i funkcjonuje alkoholik. Katastroficzną konsekwencją jest rozpad więzi rodzinnych, a potem rodziny i małżeństwa. Alkoholizm jednego z małżonków jest najczęstszą przyczyną rozwodów. W rodzinie alkoholowej często dochodzi do przemocy fizycznej czy psychicznej ze strony alkoholika, braku odpowiedzialności, destrukcji roli rodzica, zdrady małżeńskiej. To wszystko rzutuje na stan zdrowia alkoholika i jego rodziny jako całości, czyli zależnego od siebie systemu. Poważny deficyt pojawia się również w sferze uczuciowej. Alkoholicy mają poważne trudności w rozpoznawaniu, nazywaniu i okazywaniu swoich uczuć, a to powoduje duże trudności w kontaktach z innymi ludźmi, a szczególnie bliskimi. Choroba alkoholowa jest chorobą śmiertelną, ponieważ powoduje stopniową degradację organizmu jak też prowadzi do zaburzeń na tle emocjonalnym, czego konsekwencją są np. samobójstwa. Nieodpowiedzialne zachowania pod wpływem alkoholu prowadzą do nieszczęśliwych wypadków przy pracy, bądź komunikacyjnych.



### Właściwości alkoholu

Alkohol etylowy (etanol) jest cieczą lżejszą od wody i przezroczystą o charakterystycznej woni i piekącym smaku. W warunkach normalnych występuje w organizmie człowieka jako alkohol fizjologiczny w stężeniu nieprzekraczającym 0,15 promila. Wchłanianie rozpoczyna się natychmiast po wprowadzeniu alkoholu do organizmu, tj. już w jamie ustnej. Szybkość wchłaniania zależy m.in. od tempa przesuwania się treści pokarmowej z żołądka do dwunastnicy i jelit. Jelita są miejscem, gdzie najwięcej alkoholu przenika do krwi, natomiast najwyższe jego stężenie występuje w ślinie, moczu, krwi, żółci i płynie mózgowo-rdzeniowym.

Stężenie alkoholu osiąga swój szczyt w ciągu 30-45 minut po spożyciu. Proces metabolizowania przebiega wolniej niż proces jego wchłaniania. [23]

Alkohol jest biologicznie aktywną substancją i spożywany wywołuje w każdym organizmie specyficzne i przewidywalne efekty fizjologiczne. Długotrwale spożywanie alkoholu prowadzi do patologicznych zmian w całym organizmie.

#### Wpływ alkoholu na poszczególne narządy i układy organizmu człowieka.

Toksyczne działanie alkoholu etylowego i produktów jego przemiany (metabolitów) na narządy i układy, nieprawidłowe odżywianie, a także niedobory i zaburzenia wchłaniania witamin powodują występowanie różnego rodzaju powikłań somatycznych. U osób, które piją intensywnie spotykamy jednocześnie większą podatność na infekcje i choroby zakaźne, częste urazy czaszki, większą wypadkowość oraz większą liczbę samobójstw. Wszystkie te czynniki wpływają na obniżenie średniej długości życia osób uzależnionych od alkoholu w porównaniu z populacją ogólną. [23]

#### Wpływ alkoholu na układ nerwowy.

Układ nerwowy jest szczególnie podatny na działanie alkoholu. W nim właśnie najwcześniej i najwyraźniej ujawniają się zmiany. W obwodowym układzie nerwowym na plan pierwszy wysuwa się zapalenie wielonerwowe, czyli polineuropatia (zaburzenia czucia, nerwobóle, osłabienie i brak odruchów ścięgniastych, „nogi jak z waty”), prowadzące niejednokrotnie do wystąpienia niedowładów, a nawet porażeń. Przewlekłe spożywanie alkoholu może również spowodować poważne problemy ze wzrokiem będące wynikiem toksycznego uszkodzenia pozagałkowej części nerwu wzrokowego oraz retinopatię siatkówkowo-naczyniówkową.

Zmianom w obwodowym układzie nerwowym towarzyszą prawie zawsze zmiany mięśniowe (osłabienie i zanik mięśni, osłabienie siły skurczu mięśni gładkich, m.in. macicy i jelit). W ośrodkowym układzie nerwowym tomografia komputerowa wykazuje w 50-90% przypadków zmiany zanikowe mózdzku i mózgu (poszerzenie układu komorowego oraz zaniki korowe, głównie w okolicach skroniowych i czołowych). Ze zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym związane jest występowanie drgawkowych napadów abstynencyjnych (tzw. padaczka alkoholowa).

Wynikiem toksycznego działania alkoholu przy jednoczesnym niedoborze witamin (głównie wit.B1) jest encefalopatia Wernickiego, przejawiająca się porażeniem mięśni okoruchowych, nieźornością, zaburzeniami świadomości, nierzadko ruchami mimowolnymi, a także zapaleniem wielonerwowym i spastycznym zapaleniem kończyn.

W autonomicznym układzie nerwowym wynikiem działania alkoholu może być neuropatia nerwu błędnego, którego uszkodzenie powoduje porażenie podniebienia miękkiego, gardła i krtani. [22]

#### Wpływ alkoholu na układ pokarmowy.

Po wypiciu, alkohol przechodzi przez kolejne odcinki przewodu pokarmowego, gdzie może powodować zaburzenia ich struktury lub funkcji. Przewód pokarmowy jest miejscem wchłaniania alkoholu i jego metabolizmu. Bezpośredni kontakt napojów alkoholowych z błoną śluzową może powodować wiele zmian, mogących prowadzić do jej zniszczenia. Zmiany

funkcjonalne i uszkodzenie śluzówki jelit upośledza trawienie i wchłanianie substancji odżywczych nasilając niedożywienie i utratę masy ciała. Uszkodzenia śluzówki spowodowane alkoholem, szczególnie w górnym odcinku jelita cienkiego, pozwalają na przenikanie do krwioobiegu toksyn, które szkodliwie działają na wątrobę i inne organy.

#### **Uszkodzenia jamy ustnej i przełyku.**

Jama usta i przełyk narażone są na działanie alkoholu natychmiast po jego wypiciu, a więc w stanie nierozcieńczonym. Przewlekłe nadużywanie alkoholu uszkadza gruczoły ślinowe, co może manifestować się hipertrofią ślinianek przyusznych. Osoby nadużywające alkoholu często cierpią na zapalenie języka i jamy ustnej, próchnicę, choroby dziąseł i częściej dochodzi u nich do utraty uzębienia.

Na przełyk alkohol oddziałuje, upośledzając perystaltykę i osłabiając działanie mięśnia zwieracza przełyku, w rezultacie dochodzi do refluksu, czyli zarzucania kwaśnej treści żołądkowej do przełyku, co może przejawiać się zgagą i zapaleniem przełyku. Długotrwałe nadużywanie alkoholu prowadzi do zapalenia błony śluzowej przełyku. [21]

#### **Uszkodzenia jelit.**

Wiele badań wykazało, że alkohol zaburza wchłanianie jelitowe. Długotrwałe nadużywanie alkoholu prowadzi do znamienego zmniejszenia wchłaniania wody i sodu w jelicie czczym i krętym. U osób nadużywających alkoholu stwierdza się zmniejszoną przyswajalność węglowodanów, białek i tłuszczów w dwunastnicy, oraz przyswajalność kwasu foliowego. Niedobór kwasu foliowego może być przyczyną niedokrwistości, jednak zwykle dochodzi do niego na skutek zbyt małej jego zawartości w diecie, a nie złego wchłaniania. Alkohol upośledza pracę mięśniówki jelit, co powoduje biegunkę, często występującą u alkoholików. Alkohol może też wpływać na aktywność wielu enzymów niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania jelit, np. laktazy, powodując objawy nietolerancji pewnych pokarmów. [21]

#### **Uszkodzenia żołądka.**

Nawet małe ilości alkoholu powodują uszkodzenie błony śluzowej oraz zaburzają wydzielanie kwasu żołądkowego i perystaltykę jelit. Stwierdzono, że wpływ alkoholu na wydzielanie żołądkowe uzależniony jest od jego stężenia. Napoje do 5% pobudzają wydzielanie kwasu żołądkowego, podczas gdy napoje o większym stężeniu nie wywierają żadnego działania lub mają działanie lekko hamujące. Długotrwałe nadużywanie alkoholu powoduje zanik błony śluzowej żołądka i osłabienie jego funkcji wydzielniczej. Upośledzone wytwarzanie kwasu żołądkowego zmniejsza jego zdolność do niszczenia bakterii i ułatwia zakażenie górnej części jelita cienkiego mikroorganizmami znajdującymi się w pożywieniu. [14, 21]

W połączeniu z nieregularnym, niepełnowartościowym odżywianiem się, a także różnymi sytuacjami stresującymi, w które obfituje życie każdego pijącego bez umiaru, prowadzi do nieżyty żołądka i choroby wrzodowej. Nieżyty te objawiają się bólami w nadbrzuszu, wymiotami-czasem krwawymi, wzdęciami brzucha i innymi zaburzeniami trawiennymi. Powtarzające się ostre stany nieżytowe po „przepiciu” prowadzą w końcu do utrwalenia się zmian patologicznych i powstania tzw. przewlekłego nieżyty żołądka, który jest stanem nieodwracalnym.

#### **Uszkodzenia trzustki.**

Związek pomiędzy nadużywaniem alkoholu a uszkodzeniem trzustki został stwierdzony już w 1878 roku. Alkoholowe zapalenie trzustki jest potencjalnie śmiertelną chorobą mającą przebieg ostry lub przewlekły. Chociaż wokół zależności między ostrym a przewlekłym zapaleniem powstało wiele kontrowersji, aktualnie badania potwierdzają hipotezę, że powtarzające się epizody ostrego zapalenia trzustki doprowadzają do przewlekłego zapalenia

tego organu. Częstość rozpoznawania nadużywania alkoholu jako przyczyny zapalenia trzustki waha się od 5 do 90%.

Przewlekłe zapalenie trzustki przebiega z postępującym niszczeniem tkanki i upośledzeniem funkcji zewnątrz i wewnątrzwydzielniczej trzustki. W ciągu około 5-6 lat od początku choroby może doprowadzać do cukrzycy (z powodu niedostatecznej produkcji insuliny) i zaburzeń trawienia (z powodu niedostatecznej produkcji enzymów trawiennych).[21]

### **Uszkodzenia wątroby.**

Związek między chorobami wątroby a nadużywaniem alkoholu stwierdzono już ponad 200 lat temu. Do ciężkiego uszkodzenia wątroby dochodzi u dużego odsetka osób pijących alkohol w nadmiernych ilościach, choć podatność na wystąpienie tych zmian zależy w dużej mierze od takich czynników jak: płeć, cechy dziedziczne, dieta i współwystępujące choroby wątroby. Wątroba jest szczególnie podatna na uszkodzenie, ponieważ jest głównym miejscem metabolizowania alkoholu. W procesie tym uwalnianych jest szereg toksycznych produktów takich jak: aldehyd octowy i wolne rodniki. Prawdopodobnie produkty te bardziej niż sam alkohol przyczyniają się do uszkodzenia komórek wątroby. Proces ten może być spotęgowany przez wtórne zmiany zapalne, a także działanie toksyn bakteryjnych.

Można wyróżnić trzy fazy alkoholowej choroby wątroby: stłuszczenie, alkoholowe zapalenie wątroby i marskość wątroby. U pacjentów często występują zmiany obejmujące więcej niż jedną fazę choroby, np. stłuszczenie i alkoholowe zapalenie wątroby lub zapalenie i marskość. [21]

### **Stłuszczenie wątroby.**

Pewne odkładanie tłuszczu w wątrobie występuje u prawie wszystkich osób pijących duże ilości alkoholu. Zjawisko to może też występować przejściowo u osób zwykle nienadużywających alkoholu, już po jednym epizodzie wypicia jego dużej ilości. Stłuszczenie wątroby jest stanem odwracalnym, który zwykle ustępuje po zaprzestaniu picia. [21]

### **Alkoholowe zapalenie wątroby.**

Stan ten charakteryzuje się rozległymi zmianami zapalnymi i destrukcją (martwicą) tkanki wątroby. Tkanka martwicza zastępowana jest przez zmiany bliznowate (zwłóknienie). Stan zapalny może być odwracalny po zaprzestaniu picia, ale w ciężkich przypadkach prowadzi do zgonu. Alkoholowe zapalenie wątroby występuje nawet u 50% osób nadużywających alkoholu.

### **Alkoholowa marskość wątroby.**

Jest to najbardziej zaawansowana forma uszkodzenia wątroby rozpoznawana u 15-30% osób nadużywających alkoholu. Stan ten charakteryzuje się zwłóknieniem zniekształcającym strukturę wewnętrzną wątroby, czego skutkiem jest ciężkie upośledzenie jej funkcji, co z kolei może prowadzić do wtórnego upośledzenia funkcji innych organów takich jak mózg i nerki. Pierwszym groźnym objawem bywa krwotok z przewodu pokarmowego, występują również wzdęcia brzucha, upośledzenie łaknienia, nudności, wymioty, stwierdza się też znaczny spadek wagi ciała, pojawiają się obrzęki w okolicy kostek u nóg. Alkoholowa marskość wątroby zwykle kończy się zgonem z powodu powikłań np. niewydolności nerek, jednak postępowanie tego procesu przy zachowaniu abstynencji można zwolnić.

### **Wpływ alkoholu na układ krążenia.**

Alkohol i produkty jego przemiany wywierają niekorzystny wpływ na układ krążenia. Zaburzenia akcji serca, gwałtowne rozszerzenie czy zwężenie naczyń krwionośnych, stymulowane jest przez wiele bodźców. Jednym z nich może być alkohol. Krótkotrwałe zaburzenia akcji serca spowodowane przez alkohol nie pozostawiają śladów. Długotrwałe zaś spowodowane nadużywaniem alkoholu, doprowadzają do trwałych uszkodzeń.

U ludzi nadużywających alkoholu występują różne dolegliwości serca i naczyń krwionośnych. Niektóre trwają krótko i sporadycznie. Są to dodatkowe skurcze serca, podwyższenie ciśnienia tętniczego krwi, bóle okolic serca o różnym natężeniu. Inne dolegliwości, będące oznaką ciężkich objawów niewydolności krążenia są stałe, uniemożliwiają normalne funkcjonowanie. Należy podkreślić, że ludzie z chorym sercem gorzej tolerują napoje alkoholowe, są mniej odporni, częściej zapadają na choroby infekcyjne.

Czynnikami, które mogą ujawnić chorobę bywają: zakażenie, duży wysiłek, stres psychiczny. Stan choroby zależy od długości okresu, w którym dana osoba nadużywa alkoholu. Dodatkowym czynnikiem sprzyjającym powstaniu zmian w mięśniu sercowym jest niedobór witaminy B1, zwanej tiaminą. Bardzo często u osób nadmiernie pijących, brak ten jest następstwem niedostatecznego odżywiania się, a więc również zmniejszonej podaży witamin, złego ich wchłaniania w przewodzie pokarmowym oraz spalonego metabolizmu tej witaminy w wątrobie.

Rokowanie wyleczenia jest pomyślne u tych osób, które nadużywały alkoholu przez krótki okres, a następnie przestały pić. Znaczną poprawę może dać leczenie we wczesnym okresie choroby oraz całkowita abstynencja. Natomiast długie i częste picie prowadzi do zmian zwyrodnieniowych komórek mięśnia sercowego. Pojawiają się masywne obrzęki, występuje sinica, duszność nie tylko po wysiłku, ale także w stanie spoczynku (praca serca, jest bowiem upośledzona, krew w płucach płynie wolniej, za mało się przy tym utlenia), co powoduje duszność. W końcu krążenie płucne ustaje, powstaje obrzęk płuc, częsty w stanie ostrego upojenia u osób uzależnionych od alkoholu od lat. Leczenie może wówczas okazać się bezskuteczne.

Wpływ alkoholu na naczynia krwionośne jest dość złożony. Bezpośrednio po wypiciu niewielkiej dawki alkoholu ciśnienie na krótko podwyższa się, po pewnym czasie obniża, a później wraca do normy. Jednak po okresie kilkudniowego picia alkoholu zwyczajne ciśnienie utrzymują się przez kilka dni. Może to doprowadzić do trwałego nadciśnienia tętniczego. Rozwija się choroba nadciśnieniowa. Chorują na nią ludzie zwłaszcza źle odżywiający się, otyli, palący papierosy, narażeni na częste napięcia nerwowe, chorujący na cukrzycę lub choroby nerek. Wahanie ciśnienia po wypiciu alkoholu mogą też zwłaszcza u ludzi starszych z miażdżycą i cierpiących na nadciśnienie prowadzić do pęknięcia ściany tętnicy i do bardzo groźnych krwotoków tętniczych. Gdy zdarza się to w mózgu, dochodzi często do udarów i porażań. Jeśli dana osoba przeżyje, pozostaje w najlepszym wypadku inwalidą. [14, 8, 24, 25]

### **Wpływ alkoholu na układ oddechowy.**

Większość ludzi nadmiernie pijących cierpi na różne schorzenia układu oddechowego. Alkohol osłabiając ogólną odporność ustroju człowieka stwarza warunki sprzyjające rozwojowi bakterii i wirusów. Powodują one przewlekłe zapalenie dróg oddechowych. Schorzeniom tym sprzyjają: palenie papierosów-często towarzyszące piciu alkoholu, niedobór witamin oraz przeziębienia, charakterystyczne dla ludzi nadużywających alkoholu. Nie jest prawdą, że alkohol jest środkiem rozgrzewającym-alkohol nie podnosi ogólnej temperatury ciała. Pozorne uczucie ciepła bezpośrednio po jego spożyciu wynika stąd, że alkohol rozszerza naczynia krwionośne znajdujące się bezpośrednio pod skórą i tym samym powoduje dopływ ciepłej krwi z wnętrza organizmu do naczyń krwionośnych skóry. Tam krew ochładza się, a ponieważ krąży cały czas w naczyniach, ochłodzone jej partie wędrują z powrotem do organizmu. Efektem tej całej wymiany jest ochłodzenie ustroju, a nie rozgrzanie jak się powszechnie sądzi. Ludzie po wypiciu alkoholu mają obniżoną zdolność odczuwania zmian temperatury. Ubierają się nieodpowiednio do panujących warunków atmosferycznych. Pijani zasypiają na ławkach w parkach, w przygodnych miejscach. Przeziębiamy się i chorujemy na przewlekłe zapalenia górnych dróg oddechowych. Przewlekłe zapalenia błon śluzowych, będące często następstwem licznych przeziębień, powodują uszkodzenia lub wręcz zniszczenie rzęsków. Zanika więc, mechanizm samooczyszczania dróg oddechowych. Drażniące i zakaźne czynniki nieusuwalne na zewnątrz

powodują większą podatność osób uzależnionych na zapalenie dróg oddechowych, oskrzeli i płuc.

Nadużywający alkoholu zapadają również na ostre i przewlekłe zapalenie nosogardzieli, zatok obocznych nosa oraz często na gruźlicę. Schorzenia te objawiają się uporczywymi bólami głowy, męczącym kaszlem, chrypką, stanami podgorączkowymi i gorączkowymi, dusznością, ogólnym osłabieniem, wzmożoną pobudliwością. Najczęściej dolegliwości te są przez osoby nadużywające alkoholu bagatelizowane i nieleczone. Doprowadza to do licznych groźnych powikłań.

Zapalenia płuc bakteryjne i wirusowe przebiegają u osób pijących szczególnie ciężko. Ich następstwem są często powikłania związane z układem krążenia i centralnym układem nerwowym. Najgroźniejsze w tym wypadku jest obciążenie układu krążenia, objawiające się ostrą centralną lub obwodową niewydolnością krążenia. Jeśli choroba nie kończy się zgonem, to w okresie ostrym występują różne powikłania: ropień lub zgorzel płuc, ropień opłucnej oraz rozległe zwłóknienia tkanki płucnej, ograniczające pojemność oddechową płuc. Alkoholizm stwarza dogodny podłoże do rozwoju gruźlicy płuc. Ta ciężka choroba zakaźna wywołana przez prątki Kocha została uznana za chorobę społeczną. [25]

### **Wpływ alkoholu na układ moczowy.**

Znane są przypadki ostrej niewydolności nerek spowodowane ich toksycznym uszkodzeniem przez alkohol. Nadużywaniu alkoholu może towarzyszyć wzrost stężenia kwasu moczowego we krwi i związane z tym objawy dny moczanowej (zapalenie stawów spowodowane gromadzeniem się złożeń moczanowych), a także odkładanie się złożeń magnezu w drogach moczowych. [24]

### **Zmiany skórne.**

Zwykle na podstawie samego wyglądu zewnętrznego można z mniejszym lub większym prawdopodobieństwem stwierdzić, że dany człowiek nadużywa alkoholu.

Wygląd to przede wszystkim powłoka ludzkiego ciała, czyli skóra, jak również włosy i paznokcie. Alkohol nie wywołuje specyficznego „alkoholowego” uszkodzenia skóry, a jednocześnie oczywisty i widoczny jest pośredni wpływ na nią alkoholu i produktów jego przemiany.

Zmiany skórne charakterystyczne dla alkoholowego zapalenia wątroby i marskości są często wcześniejsze niż objawy kliniczne czy wyniki analiz, które pozwalają postawić taką diagnozę. Występuje wtedy uporczywe swędzenie skóry, któremu nie towarzyszą żadne inne dolegliwości. Objaw ten jest przyczyną podwyższonego poziomu kwasów żółciowych we krwi, histaminy i innych substancji aktywnych biologicznie. Na skórze, która staje się cieńsza, pojawiają się małe purpurowe „pajęczki” w wyniku rozszerzenia drobnych naczyń krwionośnych. Przybiera ona charakterystyczny żółtawoszary kolor wskutek podwyższenia w komórkach poziomu pigmentów żółciowych. Cera staje się tłusta z powodu nadmiernego wydzielania gruczołów łojowych.

Alkohol rozszerza naczynia krwionośne, a z czasem dochodzi do uszkodzenia ścianek naczyń włosowatych. To zjawisko, w połączeniu z wolniejszym krążeniem krwi i zakrzepicą naczyń włosowatych odpowiedzialne jest za sine zabarwienie skóry nosa, występowanie charakterystycznego „motylka” na policzkach, siność płatków usznych, dłoni i stóp. [14]

W związku z zakłóceniami funkcjonowania gruczołów wydzielania wewnętrznego i zaburzeniem równowagi hormonalnej na skórze tworzą się białe plamy nieregularnych kształtów, twarz staje się nabrzmiąta wskutek obrzęku skóry, pojawiają się mnóstwo wągrów. Przy dużej niewydolności nadnerczy twarz przybiera kształt „księżycy w pełni”, a skóra ma ciemnoczerwone zabarwienie. Objaw ten występuje częściej u kobiet.

Najmocniej odbijają się na stanie skóry niedobory witamin i mikroelementów oraz awitaminozy. W chorobie alkoholowej najczęściej dochodzi do równoczesnego niedoboru

większości witamin. Przy długotrwałym nadużywaniu alkoholu, na twarzy i małżowinach usznych stwierdza się złuszczenie naskórka i przebarwienia, a w kącikach ust niegojące się zajady. Niekiedy pojawiają się tylko jesienią i wiosną –symetryczne przebarwienia skóry, którym towarzyszy pieczenie. W miejscach ucisku można często zauważyć czerwone kropki wokół cebulek włosowych. Skóra staje się szorstka, następuje zubożenie subtelnej mimiki twarzy.

Z powodu braku witaminy A, która w poważnym stopniu odpowiada za stan skóry, na całym ciele staje się ona przesuszona i łuszczy się, ponieważ naskórek nie jest dostatecznie natłuszczany. W konsekwencji dochodzi do jego uszkodzenia, a to ułatwia wnikanie w głąb organizmu różnorodnych infekcji. Natomiast utrzymujące się swędzenie dłoni i stóp z wysypką, a następnie złuszczenie, świadczy o niedoborze cynku w organizmie. Z tego też powodu u osób nadużywających alkoholu pięciokrotnie częściej stwierdza się choroby skórne, a spożywanie napojów alkoholowych prowadzi do ich zaostrzenia niezależnie od tego, na jakim tle powstały.

Czasami alkoholicy źle znoszą przebywanie na słońcu. U niektórych na odsłoniętych partiach skóry tworzą się pęcherze, zwiększa się podatność na skaleczenia, pojawia się „pomarańczowa skórka” w okolicy szyi i górnej części klatki piersiowej. Dziedziczne skłonności do tej choroby o nazwie skórna porfiria ujawniają się u dorosłych w 60% przypadków właśnie wskutek działania alkoholu.

Osoby często pijące często zapadają na owrzodzenia, egzemy i inne zapalenia skóry. Stwierdzono, że nasilenie zaburzeń dermatologicznych jest tym większe, im poważniejsze są uszkodzenia wątroby i trzustki. Leczenie utrudnia tu konieczność wykluczenia odpowiednich leków, z reguły źle wpływających na wątrobę. Z powodu zakłócenia przemiany materii w skórze ulegają uszkodzeniu jej mechanizmy obronne, dlatego nawet najmniejsze zadrapania długo się nie goją, nie mówiąc już o skaleczeniach czy ranach. Szybko dochodzi do infekcji, które utrzymują się długo i są odporne na leczenie.

Skóra posiada jednak ogromną zdolność regeneracji. Widać to zwłaszcza po odstawieniu alkoholu „odmładza się” i to tym szybciej, im wcześniej pacjent znacznie dobrze się odżywiać spożywając pokarmy bogate w potrzebne substancje odżywcze i witaminy.[14]

Również paznokcie osób pijących wskazują na zaburzenia przemiany materii. Często są one podobne do „szkiełka od zegarka”- zgrubiałe i wypukłe wskutek odkładania się kreatyniny, z której są zbudowane. Kolor paznokci zależy od stanu układu sercowo-naczyniowego (sinawe), wątroby (szarawo-żółtawe), niedoborów witamin:, gdy jest zbyt mało witaminy C paznokcie rozwarstwiają się, a gdy brakuje witamin z grupy B- tworzą się na nich podłużne fałdy, stają się matowe i łatwo się łamią.

Zaburzenia całej przemiany materii, spowodowane chronicznym alkoholizmem, mają bardzo duży, bezpośredni wpływ również na włosy, które łamią się, stają się cieńsze, przestają błyszczeć, rosną powoli.

Wszystkie wymienione zmiany patologiczne, jakie można zaobserwować u alkoholików, potwierdzają się w badaniach mikroskopowych: pod mikroskopem widać zanik naskórka i mieszków włosowych. Tak więc, niezależnie od tego, że sam alkohol etylowy bezpośrednio nie powoduje chorób skóry- musi ona mocno ucierpieć w wyniku różnorodnych zniszczeń w tkankach wszystkich organów i układów funkcjonujących w ciele człowieka. Jeżeli oczy są zwierciadłem duszy, to bez wątpienia można uważać skórę za zwierciadło, w którym odbija się ogólny stan organizmu. To, dlatego, tak łatwo rozpoznać typ wyglądu zewnętrznego, charakterystyczny dla osoby nadmiernie pijącej. [14]

### **Wpływ alkoholu na układ hormonalny.**

Intensywne spożywanie alkoholu powoduje nieprawidłowe wydzielanie hormonów- testosteronu i lutotropiny a także zmniejszenie ruchliwości plemników oraz uszkodzenie ich struktury.

U mężczyzn dochodzi czasami do hypogonadyzmu i feminizacji (m.in. powiększenie gruczołów piersiowych, zmiana typu owłosienia, osłabienie lub zanik zarostu na twarzy) a u kobiet do zaniku jajników i maskulinizacji (m.in. pojawienie się zarostu na górnej wardze

i grubego głosu). Często następstwem tych zmian są zaburzenia potencji i miesiączkowania, bezpłodność oraz przedwczesne przekwitanie.

Alkohol wpływa też niekorzystnie na wydzielanie hormonów tarczycy. [23]

### Zatrucia alkoholem.

Upicie zwykle jest najczęściej spotykaną formą zatrucia alkoholem i stanowi fizjologiczną reakcję organizmu na spożytą dawkę alkoholu. Reakcja zależy nie tylko od ilości, szybkości picia i wagi pijącego, ale i od osobniczej wrażliwości oraz ogólnego stanu psychofizycznego. Na pierwszy plan wysuwają się objawy wywołane toksycznym działaniem alkoholu na układ nerwowy.

Według obowiązujących w Polsce przepisów prawnych:

- stan po użyciu alkoholu zachodzi wówczas, kiedy stężenie alkoholu we krwi wynosi powyżej 0,2 do 0,5 promila

- stan nietrzeźwości zachodzi wówczas, kiedy stężenie alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila

Mimo ogromnych różnic indywidualnych we wszystkich stanach zwykłego upicia alkoholowego można znaleźć wiele wspólnych cech. Już po wypiciu 50-100 g wina lub 2 butelek piwa obserwuje się zaburzenia procesów intelektualnych oraz upośledzenie koordynacji wzrokowo-ruchowej. Stężenie alkoholu we krwi może już przekroczyć obowiązujący w Polsce próg nietrzeźwości, tj. 0,5 promila.

Przy stężeniu alkoholu 0,5-1,0 promila występują objawy lekkiego zatrucia. Pojawia się pobudzenie psychoruchowe. Zmniejsza się zdolność kontrolowania postępowania. Pijący czuje się pewniej, łatwiej nawiązuje kontakt z otoczeniem, odczuwa poczucie bez troski.

Przy stężeniu alkoholu w granicach 2-2,5 promila widoczne są wyraźne objawy upicia. Pojawia się oczopląs i upośledzenie widzenia, a źrenice reagują wolniej na światło. Jednocześnie narasta pobudzenie ruchowe, coraz większemu upośledzeniu ulega koordynacja ruchowa. Treść wypowiedzi ubożeje i wymyka się spod kontroli. Pijący staje się kłótlivy. Jego reakcje są niewspółmierne do bodźców, często ujawniają się działania popędowe (w tym stany pobudzenia seksualnego), agresja w stosunku do otoczenia, a niejednokrotnie zachowania autoagresywne. [24]

Stężenie alkoholu w granicach 3,5-4 promila daje objawy głębokiego upicia. Wypowiedzi zamieniają się w niezrozumiały bełkot. Ruchy stają się coraz bardziej niezborne, powolne. Człowiek chodzi na „szerokiej podstawie” (chód w rozkroku dla zachowania równowagi), chętnie przybiera postawę siedzącą lub leżącą, niejednokrotnie pada bezwładnie. Obserwuje się spadek ciśnienia krwi i obniżenie ciepłoty ciała. Zanikają odruchy neurologiczne, narastają zaburzenia świadomości aż do jej całkowitej utraty. W tej fazie może już dojść do śmiertelnego wypadku, np. w wyniku zadławienia treścią pokarmową lub uduszenia własnym językiem.

Stężenie alkoholu przekraczające 4 promile powoduje na ogół głębokie zahamowanie czynności centralnego układu nerwowego. Zaburzenia świadomości manifestują się wystąpieniem śpiączki. Jeśli głębokie zahamowanie czynności układu nerwowego obejmuje ośrodek oddechowy-następuje śmierć na skutek zahamowania oddechu.

Śmiertelność w ostrych zatruciach alkoholem etylowym dochodzi niekiedy do 2,5 procenta, a parokrotnie wzrasta w przypadkach tzw. zatruc mieszanym (np. alkohol + leki). W przypadkach zatruc alkoholami niekonsumpcyjnymi śmiertelność przekracza często 20%. Poza występującymi po spożyciu alkoholu obniżeniem jakości wszelkich reakcji na bodźce, szczególnie dla kierowców niebezpieczne mogą okazać się zaburzenia widzenia, pojawiające się już przy bardzo małych stężeniach alkoholu we krwi. W zależności od poziomu alkoholu we krwi zaburzenia te przedstawiają się następująco:

- 0,3 promila- oko dostrzega gorzej rodzaj i kształt przedmiotów ukazujących się w głębi pola widzenia, następuje obniżenie zdolności spostrzegania ruchomych źródeł światła
- 0,4 promila- czas przystosowania się oka do ciemności po oślnieniu światłem wydłuża się o 2/3

- 0,5 promila czas reakcji na nowe bodźce wzrokowe ulega opóźnieniu, zdolność dostrzegania ruchomych światła obniża się o 1/3, pojawia się opóźnienie i osłabienie dostrzegania przedmiotów na obwodzie pola widzenia.

Niekiedy reakcją organizmu na niewielką dawkę alkoholu może być stan tzw. *upicia patologicznego*, który jest krótkotrwałą i przemijającą chorobą psychiczną. Spotykamy dwie postaci upicia patologicznego. Jedna podobna do padaczki, a w drugiej dominują objawy wytwórcze (urojenia, omamy, iluzje). Stan taki może utrzymać się przez okres kilkunastu godzin. Człowiek nie robi wówczas wrażenia osoby nietrzeźwej, jednak całe jego zachowanie jest wynikiem doznań chorobowych (objawów wytwórczych), którym towarzyszy silny lęk. Nosi ono na ogół cechy „wściekłości” lub agresywności a jego skutkiem są najczęściej czyny karalne. Stan ten kończy się nagle tzw. snem terminalnym i pozostawia po sobie niepamięć przeżyć i wydarzeń.

Również w przebiegu tzw. upicia powikłanego spotykamy nieproporcjonalne do wypitej ilości alkoholu zmiany zachowania z silnym pobudzeniem ruchowym. Nie dochodzi jednak do głębokiego zerwania kontaktu z rzeczywistością jak w upiciu patologicznym. Zachowanie jest często manifestacją ukrytych i dość często nieświadomych cech osobowości, takich jak np. skłonność do agresji.

Złożona postać *upicia zwykłego* charakteryzuje się przebiegiem dwufazowym. Może ona wystąpić wówczas, kiedy na osobę będącą w stanie zwykłego upicia zadziała silny bodziec w postaci urazu psychicznego (np. przykra wiadomość) czy mechanicznego (np. uderzenie sprawiające silny ból). Wówczas stan upicia może gwałtownie pogłębić się, a na plan pierwszy wysunie się pobudzenie ruchowe z agresją.

Inną patologiczną reakcją na alkohol może być *stan silnego depresyjnego pobudzenia* z niespodziewanymi i często udanymi zamachami samobójczymi.

Nieco inaczej należy spojrzeć na spotykane niekiedy u osób nietrzeźwych i budzące grozę *zachowania agresywne* (skierowane przeciwko sobie np. samookaleczenia). Nie mają one na ogół nic wspólnego z autentycznymi próbami samobójczymi. Są charakterystyczne dla osób z nieprawidłowymi cechami osobowości i stanowią często ich „sposób na życie”. Stosowane są, bowiem po to, aby zaszantażować otoczenie i coś na nim wymusić. Zdarza się jednak, że takie demonstracyjne zachowania mogą w sposób niezamierzony zakończyć się tragicznie.

Nieprzewidziane reakcje po spożyciu alkoholu są często wynikiem *zatruc mieszanym* powstałym na wskutek reakcji, jaka zachodzi między alkoholem a lekami z innymi środkami chemicznymi. [24]

### **Alkohol a problemy seksualne**

Pomimo dość powszechnej opinii, że alkohol wpływa dość korzystnie na wydolność seksualną, często obserwuje się efekt odwrotny. Alkohol ma działanie „odhamowujące” (np. redukuje wstyd i zahamowania u osób nieśmiały) i dzięki temu mechanizmowi może rzeczywiście powodować zwiększenie popędu płciowego. Długotrwałe nadmierne picie alkoholu prowadzi jednak najczęściej do osłabienia wydolności seksualnej. [25]

Związek między alkoholizmem i aktywnością seksualną bynajmniej nie jest jednoznaczny. W pewnych przypadkach-niezależnie od stażu nadużywania alkoholu i stopnia zaawansowania objawów choroby alkoholowej-sfera seksualna przez długi czas pozostaje praktycznie nienaruszona. U innych właśnie w tej sferze ujawniają się pierwsze oznaki toksycznego oddziaływania alkoholu na organizm.

Alkohol zaburza aktywność seksualną u obu płci, jednak u mężczyzn zaburzenia te są zbadane lepiej niż u kobiet. Na początku picia popęd płciowy staje się silniejszy, poprawia się erekcja i opóźnia ejakulacja, dzięki czemu opóźnia się czas trwania stosunku. Jest to niebagatelny czynnik w powstawaniu uzależnienia, zwłaszcza dla osób niezbyt pewnych swoich męskich walorów. Czasami, żeby przedłużyć zbliżenie i uzyskać większą satysfakcję, kobiety same zachęcają swoich partnerów do wypicia alkoholu. Ale po pewnym czasie pobudzające działanie



alkoholu staje się coraz słabsze i pojawiają się zaburzenia seksualne. Stwierdzono, że cierpi na nie około 1/3 mężczyzn nadużywających alkoholu. [14]

#### *Uszkodzenia sfery seksualnej u mężczyzn*

U większości mężczyzn uzależnionych, kłopoty w tej sferze rozwijają się stopniowo. Jedni odczuwają tylko osłabienie popędu, u innych towarzyszy mu przedwczesny wytrysk, u jeszcze innych dołączają się zaburzenia wzwodu, co dotyczy zarówno erekcji spontanicznych (powstających przy myślach i wyobrażeniach aktu płciowego), jak i w kontaktach z kobietą. Często przez wiele lat udaje się uzyskać pełny wzwód, lecz aby go wywołać, niezbędne są duże dawki alkoholu, bądź też wybujałe fantazje erotyczne. [14]

Długotrwałe nadużywanie alkoholu prowadzi do zmniejszenia doznań orgiastycznych, a czasem nawet, mimo, że dochodzi do wytrysku mężczyzna w ogóle nie przeżywa orgazmu, co najprawdopodobniej wiąże się z alkoholowym upośledzeniem podwzgórza, ponieważ tam właśnie znajduje się ośrodek przyjemności. Zmniejsza się objętość ejakulatu w wyniku postępującej atrofii gruczołu krokowego (prostaty) i jąder, w którym jest on wytwarzany. Po zbliżeniu mężczyzna często odczuwa brak satysfakcji, poczucie dyskomfortu „ciężkiej głowy”.

Potrzeby seksualne wielu alkoholików okresowo wzrastają, czemu towarzyszy niepokój, na jakiś czas pojawia się dążenie do częstego współżycia, co prowadzi do licznych przypadkowych kontaktów. Zmienia się styl życia, a w związku z tym powstają różnorodne kontakty: osoby, które wcześniej prowadziły regularny życie seksualne i miały monogamiczną orientację, nawiązują wiele przelotnych związków i całe swoje życie podporządkowują poszukiwaniu satysfakcji seksualnej.

Stopniowo jednak dochodzi do osłabienia wzwodu, przy czym popęd utrzymuje się na podwyższonym poziomie. Początkowo takie objawy pojawiają się tylko podczas ciągów alkoholowych i przy wychodzeniu z nich, czyli w zespole abstynencyjnym. Zaburzenia funkcjonowania seksualnego na tym etapie mają charakter przejściowy i cofają się po zaprzestaniu picia. Jeśli natomiast nadużywanie alkoholu postępuje, zaburzenia seksualne przybierają coraz bardziej stały charakter i obejmują wszystkie formy: obciążenie popędu, osłabienie odczuwania orgazmu, trudności z osiągnięciem i utrzymaniem wzwodu, a także kłopoty z ejakulacją (wytryski są słabe i opóźnione).

Trzeba podkreślić, że po każdym ciągu alkoholowym zaburzenia w funkcjonowaniu seksualnym pogłębiają się. U tych alkoholików, którzy mają już marskość wątroby i encefalopatię, często występuje również impotencja, pełna i nieodwracalna. Jest to wynik uszkodzenia podwzgórza i przysadki mózgowej, które wydzielają hormony odpowiedzialne za aktywność seksualną, oraz uszkodzenia wątroby. Powstaje w niej w wyniku skomplikowanych procesów biochemicznych zbyt dużo żeńskich hormonów płciowych- estrogenów (fizjologicznie w niewielkich ilościach obecnych w męskim organizmie), co powoduje feminizację ciała, tzn. mężczyzna o nadmiernym wydzielaniu estrogenów upodabnia się do kobiety.

Feminizacja, czyli zanikanie drugorzędnych cech płciowych, znajduje wyraz w zmianie wyglądu: powiększają się piersi (ginekomastia), zaczyna odkładać się tłuszcz w okolicach ramion, podbrzusza, bioder i klatki piersiowej, zmieniają się rysy twarzy, przerzedza się owłosienie łonowe oraz na piersiach i udach. [14]

Przy omawianiu problemu zaburzeń seksualnych należy podkreślić, że alkohol jest trucizną dla jąder, gdyż niszczy ich komórki produkujące testosteron. Z badań wynika, że przy jednorazowym spożyciu dużej dawki alkoholu poziom testosteronu gwałtownie się obniża. Przy nadużywaniu alkoholu przez ponad 5 lat dochodzi do zmian w strukturze tkanki jąder oraz w ich systemie nerwowym, co w sumie powoduje atrofię jąder i ich stłuszczenie. U mężczyzn, którzy wcześniej zaczęli intensywnie pić, system nerwowy jąder w okolicy czterdziestki jest taki, jak u mężczyzny sześćdziesięcioletniego. [14]

### **Uszkodzenia sfery seksualnej u kobiet.**

Wpływ alkoholu na wydolność seksualną kobiet jest mniej znany. Wiele uzależnionych kobiet skarży się na osłabienie popędu płciowego, zmniejszenie wydzielania śluzu pochwowego i zaburzenia cyklu miesięcznego. Często występują zmiany zanikowe jajników i zahamowanie owulacji. Z badań wynika, że kobiety mają obniżoną płodność na skutek zmniejszonej częstości owulacji i większej częstotliwości poronień samoistnych. Picie alkoholu przed okresem pokwitania może opóźnić dojrzewanie płciowe przez obniżenie poziomu hormonu wzrostu luteinizującego (LH). U kobiet uzależnionych od alkoholu częściej występuje wczesna menopauza. Kobiety te wcześniej się starzeją, a przy tym w wyglądzie zewnętrznym pojawia się podobieństwo do mężczyzn (wirylicacja): głos staje się grubszy, na górnej wardze i podbródku rosną włosy, gruczoły mleczne zanikają, zmieniają się rysy twarzy.

U około 10-20% kobiet alkoholiczek występują zaburzenia odżywiania. Współistniejąca anoreksja nerwosa (jadłowstręt psychiczny) lub bulimia (żarłoczność psychiczna) może dodatkowo pogarszać wydolność seksualną. [25]

### **Wpływ alkoholu na organizm kobiety**

Ze względu na odmienną biochemiczną kobiet, spożycie przez nie tej samej ilości alkoholu powoduje większą koncentrację alkoholu we krwi, a tym samym wyraźniejsze objawy zatrucia. Związane jest to głównie z proporcjonalnie większą ilością tłuszczu oraz mniejszą ogólnie ilością wody w organizmie kobiety. Obraz ten zmienia się w okresie okomiesińczkowym, kiedy to organizm kobiety zatrzymuje nieco więcej wody. Metabolizm kobiety jest tym samym różny w różnych okresach cyklu miesięcznego kobiety.

Od strony biologicznej kobieta jest więc bardziej niż mężczyzna narażona na wszelkie negatywne konsekwencje spożywania alkoholu. W porównaniu z mężczyznami, choroby wątroby spowodowane używaniem alkoholu u kobiet rozwijają się w krótszym okresie czasu i w wyniku wypicia mniejszej ilości alkoholu. W dodatku u kobiet częściej występuje zapalenie wątroby i wyższa jest śmiertelność z powodu marskości wątroby.

Badania na zwierzętach sugerują, iż zwiększone ryzyko poalkoholowych uszkodzeń wątroby może być powiązane z fizjologicznym działaniem żeńskiego hormonu rozrodczego-estrogenu.

Na szybszy rozwój uzależnienia u kobiet, w porównaniu z mężczyznami, istotny wpływ mają czynniki socjokulturowe. Kobieta postrzegana jest w społeczeństwie jako osoba odpowiedzialna za dom i wychowanie dzieci, a więc za jakość życia rodzinnego. Inne są, więc w stosunku do niej wymagania moralne i etyczne oraz inne oczekiwania. W tej sytuacji zaniedbania spowodowane piciem są bardziej widoczne. Kobieta szybciej wypada z ról społecznych, szybciej schodzi na tzw. margines i szybciej jest odrzucana przez otoczenie. [24]

### **Wpływ alkoholu na ciążę i płód**

Wpływ na potomstwo to jeden z najbardziej niebezpiecznych i tragicznych skutków nadużywania alkoholu. Życie człowieka zaczyna się w momencie połączenia komórek rozrodczych i jeśli chociaż jedna z nich – żeńska lub męska pozostaje w stanie „upojenia”, wówczas zarodek od samego początku znajduje się w niekorzystnej sytuacji.

U mężczyzn podlegających zatruciu alkoholem, zwłaszcza przy jego długotrwałym nadużywaniu, stwierdza się mniejszą ilość plemników w nasieniu, ich małą ruchliwość i deformację (zwyrodnienie). Jest to efekt aktywnego przenikania alkoholu, a zwłaszcza aldehydu octowego do wnętrza plemnika i zwiększonego wchłaniania przez jego cytoplazmę, co prowadzi do obrzęku całej komórki. Aldehyd octowy oddziałuje na plemnik bardzo destrukcyjnie, zakłócając wszystkie procesy przemiany materii w jądrze komórkowym i powodując jego kurczenie się oraz uszkodzenie struktury chromosomów.

W badaniach 16000 niepijących ciężarnych, u których poczęcie nastąpiło podczas stosunku z pijanym partnerem, stwierdzono u znacznej większości z nich bądź zagrożenie

poronieniem, bądź samoistne poronienie, bądź obumieranie płodu w pierwszej połowie ciąży lub obumieranie jego dojrzewania. U 45% tych kobiet porody miały ciężki przebieg w wyniku słabej akcji porodowej, co niejednokrotnie wymagało zastosowania vacuum lub kleszczy, a to w wielu przypadkach uszkadza noworodka i nie jest obojętne dla jego dalszego rozwoju.

Dzieci ojców-alkoholików są chorowite, nadmiernie wrażliwe na infekcje. Późno zaczynają siadać, chodzić i mówić, są mniej wytrzymałe fizycznie, bierne. Wśród zaburzeń w rozwoju psychicznym przeważa opóźnienie umysłowe: od wolniejszego rozwoju intelektualnego do głębokiego upośledzenia. Stopień nasilenia tych zaburzeń jest wprost proporcjonalny do czasu trwania pijaństwa ojca i stopnia jego zatrucia alkoholem przy poczęciu. Opóźnienie rozwoju umysłowego ujawnia się najczęściej wtedy, gdy dziecku stawiane są wymagania dotyczące uczenia się, czyli, gdy idzie ono do przedszkola lub szkoły.

Jednak bez względu na oczywistość faktów istnieje też inny pogląd, że odpowiedzialność za wady potomstwa ponosi wyłącznie pijąca matka. Rzeczywiście, w badaniach kobiet długo nadużywających alkoholu stwierdzono w jajnikach niepełnowartościowe komórki jajowe, charakteryzujące się niedoborem substancji, którymi powinien odżywiać się zarodek w pierwszych dniach życia. Wiadomo, że alkohol etylowy, a zwłaszcza aldehyd octowy zatrująwają komórki, zdarza się więc, że zabijają zarodek w pierwszych dwóch tygodniach życia, zanim zagnieździ się w macicy. W ciągu następnych 3-8 tygodni ciąży następuje aktywne dzielenie się komórek na tkankę kostną, nerwową i mięśniową. W tym okresie tworzą się zawiązki kończyn, serca, naczyń krwionośnych, układu moczowego i narządów płciowych, a co najważniejsze-zaczyna się kształtować mózg. Zwiększa się ilość komórek nerwowych, różnicują się one wraz z kształtowaniem się poszczególnych części mózgu.

W pierwszej połowie ciąży w łożysku nie ma enzymów, zdolnych do rozkładania aldehydu octowego. Biologiczna bariera między krwią i tkanką mózgu jest jeszcze niedojrzała i łatwo przepuszcza aldehyd octowy, który ponadto stwarza dogodne warunki dla przenikania różnych innych toksycznych produktów przemiany materii do tkanki mózgowej płodu. Można powiedzieć, że aldehyd octowy otwiera bramę innym truciznom.

Jeżeli przyszła matka cierpi na alkoholowe zapalenie wątroby lub marskość, to chora wątroba ciężarnej wydziela substancje uszkadzające wątrobę płodu i wówczas jeszcze więcej szkodliwych substancji trafia do jego mózgu.

Alkohol etylowy „lubi” środowisko wodne w organizmie płodu, dlatego alkohol pozostaje w nim dłużej, a jego koncentracja w ciele płodu i wodach płodowych jest zawsze wyższa niż w organizmie pijącej matki, a wpływ na płód bardziej długotrwały. Własna dehydrogenaza alkoholowa w wątrobie płodu uaktywnia się dopiero w drugiej połowie ciąży. Jednak i tak wystarcza jej tylko na utlenienie znikomej ilości alkoholu. Zatem, jeśli kobieta w ciąży pije systematycznie, dziecko ciągle „kąpie się” w alkoholu.

Podobnie jak w przypadku poczęcia przez ojca nadużywającego alkoholu, rozwój płodu ulega tym poważniejszym uszkodzeniom, im dłuższy staż nadużywania i większy stopień zatrucia alkoholem przyszłej matki.[14]

Dzieci kobiet uzależnionych najczęściej rodzą się słabe fizycznie, z małą wagą urodzeniową. Tempo ich rozwoju psychofizycznego jest wolniejsze, są bardziej podatne na krzywicę, a także na gruźlicę i inne choroby zakaźne, które słabo poddają się leczeniu i częściej mają powikłany przebieg oraz gorsze rokowanie.

Kobiety ciężarne, które nadużywają alkoholu od dawna, mogą urodzić dziecko z objawami zespołu abstynencyjnego: po 6-24 godzinach u noworodka obserwuje się zwiększoną częstotliwość oddechu, drobne drżenie kończyn, skurcze i drgawki z chwilowym zatrzymaniem oddechu, podwyższone napięcie mięśniowe.

Ważne też jest, jak szkodliwe jest rozpowszechnione przekonanie, że piwo i wino w małych ilościach zapewniają obfity pokarm, jeśli kobieta tak postępuje, dziecko od pierwszych dni życia spożywa alkohol. Może to wywołać u noworodka najpierw drgawki, a następnie rozwijające się biegunki lub zaparcia. Takie dzieci ciągle płaczą, źle śpią i uspokajają się dopiero po kolejnej porcji alkoholu dostarczonej z mlekiem matki. Są to objawy fizycznego uzależnienia.

Najgroźniejszą Konsekwencją spożywania alkoholu podczas ciąży jest jednak tzw. alkoholowy zespół płodowy FAS- Feta Alkohol Syndrome, opisany po raz pierwszy w 1968 roku. Charakteryzuje się on niską wagą urodzeniową i złym stanem ogólnym noworodka (m.in. częste wady serca, deformacje stawów), opóźnieniem rozwoju psychomotorycznego oraz obecnością licznych wad rozwojowych (głównie twarzy i układu kostno-stawowego). Objawom tym towarzyszą różnego rodzaju zaburzenia neurologiczne oraz obniżenie sprawności intelektualnej i zaburzenia zachowania. Do rozpoznania FAS wystarczy stwierdzenie mniejszego wzrostu, wagi ciała i obwodu głowy, zaburzeń rozwojowych twarzy (małogłowie, małoccze, krótka szczelina powiekowa, wygładzenie górnej wargi z wąskim obszarem czerwieni, słabo wykształcona lub nieobecna rynienka wargowa podnosowa, duży podbródek), oraz niedorozwoju umysłowego. Zmiany są efektem bezpośredniego, teratogennego (powodującego wady rozwojowe) działania alkoholu na płód. Alkohol powoduje, bowiem m.in. niedotlenienie płodu (skurcz naczyń pepowinowych), niedobory hormonalne, a także hamuje rozmnażanie się i różnicowanie komórek płodowych. Najsilniejsze teratogenne działanie alkoholu występuje w czasie pierwszych 6 tygodni ciąży. Ponieważ u wielu kobiet uzależnionych od alkoholu występują nieregularne cykle miesięczne, płód zostaje uszkodzony, zanim kobieta zorientuje się, że jest w ciąży.[14, 24, 25]

### **Zaburzenia psychiatryczne.**

Najczęściej spotykanymi zaburzeniami, które zgłaszają osoby uzależnione od alkoholu są zaburzenia pamięci. Równoległe z nimi stwierdza się u wielu osób zaburzenia zainteresowań, myślenia, szybkie męczenie się pracą umysłową, znacznie oporną koncentrację uwagi.

Znamienne są ponadto takie objawy jak: zwiększona drażliwość, trudności w opanowaniu agresji i zmienność nastroju. U osób uzależnionych od alkoholu obserwujemy również zmiany charakterologiczne, manifestujące się m. in. obciążeniem tzw. uczuciowości wyższej-dla zdobycia alkoholu alkoholik jest gotów zaniedbać rodzinę, popełnić nadużycia, czy dopuścić się przestępstwa. Sprawia czasem wrażenie, że obce są mu takie uczucia jak np.: wstyd, przestaje liczyć się z opinią publiczną, traci poczucie odpowiedzialności, staje się nieuczciwy, nieobowiązkowy.

Wszystkie wspomniane wyżej objawy nie mają na ogół charakteru stałego i nie muszą występować u każdej osoby uzależnionej od alkoholu. Ich wspólną cechą jest jednak to, że jeśli już występują, to mają tendencję do nasilania się. Ich rozwój można zatrzymać jedynie całkowitą rezygnacją z alkoholu.

Kolejno omówię zespoły objawów, które mogą wystąpić u osób uzależnionych od alkoholu. Niewinne początkowo zaburzenia pamięci mogą przekształcić się w otepienie alkoholowe bądź w tzw. psychozę Korsakowa, drobne podejrzenia o niewierność, w alkoholowy obłęd zazdrości, a objawy abstynencyjne, powstałe po zaprzestaniu picia-w ostre psychozy alkoholowe (majaczenie, halucynozę) czy w padaczkę. [23, 24, 25]

*Majaczenie alkoholowe* – nazywane także majaczeniem drżennym lub potocznie białą gorączką jest najczęściej spotykaną ostrą psychozą alkoholową. Pojawia się najczęściej u osoby uzależnionej po zaprzestaniu wielodniowego i intensywnego picia alkoholu. Psychozę poprzedza okres zwiastunów. Występuje wówczas niepokój, drażliwość, bezsenność, podwyższenie temperatury ciała oraz nadwrażliwość na bodźce, zwłaszcza słuchowe. Później dołączają się: lęk, złudzenia wzrokowe i słuchowe oraz omamy (doznania zmysłowe, słuchowe, wzrokowe, czuciowe) powstające bez działania bodźców z zewnątrz.

Człowiek doznając np. omamów wzrokowych widzi coś lub kogoś z zewnątrz, tak jak inne realnie istniejące rzeczy. Towarzyszy temu całkowite przekonanie o prawdziwości tego, co dzieje się dookoła. W pełni rozwinięte majaczenie drżenne charakteryzuje się różnorodnością objawów oraz ogromną intensywnością przebiegu.

Chory ma zaburzoną orientację w czasie i otoczeniu –nie poznaje najbliższych, nie wie gdzie się znajduje. Omamy wzrokowe mogą mieć charakter nieokreślony, nasilenie ich jest największe wieczorem i w nocy. Wygląd pacjenta w czasie majaczenia jest bardzo

charakterystyczny: przekrwiona twarz i oczy, wyraz lęku na twarzy, drżenie rąk i całego ciała, duży niepokój ruchowy, aż do skrajnego pobudzenia, jakim jest ucieczka. Omamy mają zazwyczaj przerażającą treść. Chory np. widzi atakujące zwierzęta, pełzające po nim robaki, zamykające się nad nim wieko trumny. Bywają też sytuacje, kiedy zachowuje się tak, jakby wykonywał swoją pracę zawodową. Można wtedy zaobserwować takie czynności jak wbijanie gwoździ czy prowadzenie nieistniejącego samochodu. Niekiedy przeżyciom towarzyszy silny lęk, który może objawiać się np. skokiem przez okno lub agresją skierowaną przeciwko otoczeniu. Niezależnie od bardzo barwnego obrazu objawów chorobowych majaczenie alkoholowe jest niezwykle poważną chorobą fizyczną, chorobą całego organizmu. Ze względu na duże pobudzenie i związane z nim obciążenie dla serca-istnieje groźba niewydolności krążenia. Obfite poty i wysoka temperatura ciała prowadzą do odwodnienia, utraty elektrolitów (soli mineralnych) i jeszcze większego nasilenia zaburzeń krążeniowych., pogarsza się czynność nerek. Z opisanych wyżej powodów choroba ta może okazać się śmiertelną i dlatego wymaga leczenia w szpitalu psychiatrycznym. [14, 23, 24, 25]

### **Halucynozja alkoholowa.**

W zależności od przebiegu wyróżniamy: halucynozę ostrą - trwającą kilka dni, podostą-trwającą od kilku tygodni do kilku miesięcy oraz przewlekłą, która może występować z różnym nasileniem objawów przez całe życie. W chorobie tej możemy wyróżnić trzy zasadnicze grupy objawów: omamy słuchowe (chory słyszy głosy), urojenia i bardzo silny lęk związany często ze słyszaniem głosami. W odróżnieniu od majaczenia alkoholowego chory ma zachowaną świadomość, jest zorientowany, co do czasu i miejsca, prawidłowo podaje swoje dane personalne, kontakt z nim jest lepszy, na ogół pamięta przebieg wydarzeń. Objawy pojawiają się nagle, chory słyszy rozmowę na swój temat- może to być np. sąd nad nim. Treść rozmowy jest ściśle związana z jego problemami życiowymi, stanowi jakby uzupełnienie dialogu wewnętrznego, który prowadzi sam ze sobą. Dotyczy złej przeszłości. Pod wpływem słyszanych głosów chory traci krytycyzm i dlatego pod wpływem nakazującego głosu, w obliczu paraliżującego lęku bardzo prawdopodobna jest możliwość desperackiego samobójstwa lub zabójstwa urojonego prześladowcy.

Ostra postać halucynozji alkoholowej, ze względu na bezpośrednie zagrożenie samobójstwem lub zabójstwem musi być leczona w szpitalu psychiatrycznym. [14, 23, 24, 25]

*Psychoza Korsakowa (alkoholowy zespół amnestyczny, zespół Wernickiego- Korsakowa)* Występuje po wielu latach intensywnego picia jako przejaw ciężkich zaburzeń. Główne objawy to zaburzenie pamięci (głównie zapamiętywania i przypominania), konfabulacje (zmyślone wydarzenia wypełniające luki pamięciowe), dezorientacja w czasie i miejscu oraz zafalszowane poznanie ludzi. Istotną rolę w powstawaniu odgrywa niedobór witamin z grupy B.. Objawom tym towarzyszy zapalenie wielonerwowe (polineuropatia). [23]

*Paranoja alkoholowa* (alkoholowy obłęd zazdrości, obłęd opilczy, „zespół Otella”)

Występuje u mężczyzn, zwykle po 40 roku życia. Pojawienie się wyraźnych objawów poprzedzone jest na ogół nadmierną podejrzliwością wobec partnerki. Spotykane u alkoholików wątpliwości, co do wierności partnerki, nabierają stopniowo cech urojeń. Narastają nieporozumienia z powodu zadrażniających pytań odnośnie niewierności seksualnej, żądanie wyjaśnień, śledzenie, sprawdzanie bielizny osobistej i pościelowej, szukanie śladów na ciele. Dość częste są pogróżki, agresja wobec partnerki i jej domniemyanych kochanków oraz wymuszanie przyznania się do winy. W rozwiniętej chorobie dochodzi do zawężenia wszelkich zainteresowań, zaniedbania pracy i koncentracji na znalezieniu dowodów winy partnerki. Partnerka lub domniemany kochanek mogą stać się ofiarami czynów agresywnych, a nawet zabójstwa. [23]

Choroba ta przebiega przewlekłe i jest na ogół dość oporna na leczenie. *Padaczka alkoholowa* (drgawkowe napady abstynencyjne)

Jest chorobą, którą można rozpoznać dopiero wówczas, kiedy zostaną wykluczone wszystkie inne- poza alkoholem przyczyny jej powstania. Objawy występują po zaprzestaniu picia lub z chwilą spadku stężenia alkoholu we krwi. Najczęściej spotykamy tzw. napady duże.

Dochodzi wówczas do utraty przytomności i upadku. Skurcze mięśni całego ciała (prężenie się) w pierwszej fazie napadu są przyczyną bezdechu i sinicy (stan ten trwa około 20 sekund). Po nim następuje seria nieregularnych skurczów wszystkich mięśni, w wyniku czego, może dojść do przygryzienia języka. Cały napad trwa około 1 minuty. Po odzyskaniu przytomności chorey zapada w sen, po którym budzi się i nie pamięta wydarzeń z okresu napadu drgawkowego. [14, 23, 24, 25]

### **Inne zaburzenia psychiczne.**

Poważnym zagrożeniem dla zdrowia lub życia mogą być również stany depresyjne, towarzyszące uzależnieniu od alkoholu. Pomiedzy uzależnieniem od alkoholu a depresjami istnieje szereg różnokierunkowych współzależności. Najważniejsze objawy zespołu depresyjnego to: obniżenie nastroju, spowolnienie myślenia oraz spadek napędu psychoruchowego. Objawom tym towarzyszy na ogół lęk. Tzw. depresja endogenna może stać się przyczyną nadmiernego picia alkoholu- chorey pije dla poprawienia nastroju, co w konsekwencji może doprowadzić do uzależnienia. Alkoholizm może, więc maskować podstawową chorobę psychiczną, jaką jest depresja.

U osób uzależnionych obserwuje się często zaburzenia pamięci i procesów poznawczych oraz obniżenie funkcji intelektualnych. Istnieje wyraźna zależność między tymi zaburzeniami a zmianami zanikowymi mózgu.

Powstałe w wyniku toksycznego działania alkoholu organiczne zmiany w mózgu mogą spowodować wystąpienie zmian w zakresie niektórych cech osobowości (m.in. osłabienie życia uczuciowego, zubożenie zainteresowań osłabienie społecznej motywacji działania, osłabienie zdolności planowania). [24]

### **Wpływ alkoholu na sen.**

Alkohol zaburza sen zarówno u pijących niewiele, „dla towarzystwa”, jak i u tych, którzy piją ilości nadmierne. Wiele osób uważa, że wypicie niewielkiej ilości alkoholu przed zaśnięciem przynosi im uczucie ukojenia. Dzięki temu wielu ludzi zasypia szybciej po niewielkiej dawce alkoholu. Jednak alkohol działa depresyjnie na fazę snu z marzeniami. Upośledza także sen głęboki, co powoduje częste przebudzenia w nocy. W rzeczywistości przerwy we śnie i uczucie bycia wybudzonym występują nierzadko po wieczornym spożyciu alkoholu. Sam sen jest tak „twardy” jak zwykle. To oznacza brak właściwego wypoczynku podczas snu.

U osób, które regularnie piją dużo alkoholu, pojawiają się zmiany w normalnym rytmie snu. Sen staje się bardziej fragmentaryczny, brakuje głębokiego snu, brakuje sennych marzeń. Nawet, jeśli pijący śpi znakomicie, jego sen nie regeneruje organizmu. Taki bardzo krótki sen sprawia, iż pragnie on spać dłużej rano i w ciągu dnia, co dodatkowo zwiększa jego problemy z radzeniem sobie w życiu. Ponadto u pijących, duża potrzeba marzeń sennych nasila się proporcjonalnie do czasu ich nieobecności. Po dużym picciu pragnienie snów jest ogromne. Można powiedzieć, że część halucynacji w przebiegu odstawienia od alkoholu można wyjaśnić przez niedostatek snu, częste przebudzenia i potrzebę marzeń sennych spowodowana wcześniejszym zahamowaniem tej fazy snu.

Kiedy alkoholik przestaje pić, jedną z pierwszych zmian jest sen. Do dziesięciu dni od zakończenia picia badane osoby przyznają, iż mają więcej marzeń sennych o większej wyrazistości. Często mówią o nocnych koszmarach, ponieważ sny są tak intensywne. Te zjawiska wynikają z długotrwałego tłumienia marzeń sennych wywołanych działaniem alkoholu. Przerwy we śnie utrzymują się przez dłuższy czas. Sen jest lżejszy. Powrót do prawidłowej ilości snu może zabrać dużo czasu, nawet do dwóch lat. Im dłuższy okres trzeźwości, tym sen staje się lepszy i bardziej normalny. Szczególnym zaburzeniem snu są bezdechy nocne, które charakteryzują się krótkimi momentami zatrzymania oddechu w trakcie snu. Mogą one ulegać nasileniu pod wpływem alkoholu. Osobom dotkniętym tą chorobą zaleca się zupełną abstynencję.

### **Wpływ alkoholu na powstawanie nowotworów.**

Alkohol obniża też aktywność komórek NK (Natural Killer), które odgrywają ważną rolę w niszczeniu komórek zakażonych wirusem i komórek nowotworowych, są one istotnym czynnikiem obronnym przeciwko przerzutom nowotworowym.

Z przeprowadzonych w Polsce badań wynika, że mniej więcej u 12% wszystkich nowotworów u mężczyzn i 3% zachorowań na nowotwory u kobiet, alkohol jest jednym z ważnych, jeśli nie głównym czynnikiem sprawczym. Badania wykazują, bowiem, że częste spożywanie alkoholu można powiązać ze zwiększonym ryzykiem powstawania pewnych odmian raka, szczególnie wątroby, żołądka, przełyku, części nosowej gardła, krtani i tchawicy oraz prostaty. Zaobserwowano również, że u kobiet pijących alkohol znacznie częściej występuje rak sutka, co może również wiązać się m.in. z osłabieniem systemu odpornościowego organizmu. Palenie tytoniu wzmacnia karcinogenne (rakotwórcze) działanie alkoholu. [25]

### **Urazy jako konsekwencja picia alkoholu.**

Skojarzenia stanu upojenia alkoholowego z wypadkami i urazami zdarza się tak często, że niektórzy badacze wydzielają dla takich sytuacji osobną kategorię-urazów poalkoholowych. Na oddziały chirurgii urazowej, co trzeci pacjent trafia z powodu obrażeń związanych ze stanem nietrzeźwości, które zdarzyły się w domu, w pracy czy w wypadku drogowym. Przy czym u bardziej pijanych urazy są częstsze i poważniejsze.

Spośród takich, do których doszło na terenie domu, niespełna 1/10 powstaje w stanie lekkiego upojenia alkoholowego, podczas gdy w stanie ostrego upojenia-blisko ¾. Według danych Światowej Organizacji zdrowia wypadki i urazy są przyczyną ponad ¼ zgonów osób cierpiących na chorobę alkoholową. Chodzi tu o oparzenia, zatrucia, a przede wszystkim urazy mechaniczne. Wśród nich najczęstsze są uszkodzenia czaszki i mózgu, tułowia i kręgosłupa, złamania kości dolnych i górnych kończyn. Wśród alkoholików w chronicznej fazie choroby wszystkie rodzaje urazów zdarzają się trzykrotnie częściej niż wśród osób zdrowych.

Wśród osób nadużywających alkoholu szczególnie częste są urazy głowy. Stanowią one od 2/5 do 2/3 ogółu tego rodzaju obrażeń. Z powodu upojenia alkoholowego często są trudności z prawidłowym rozpoznaniem. Na miejscu wypadku u osoby pijanej trudno jest określić rodzaj obrażenia i ustalić jak jest ono ciężkie. Sam stan upojenia często bardzo przypomina obraz urazu mózgu: występują zaburzenia świadomości, zakłócenia koordynacji, niepamięć wsteczna i inne. Z drugiej strony, alkohol może do pewnego stopnia maskować objawy urazu.

Przebieg leczenia u alkoholików po urazach czaszki i mózgu jest bardzo ciężki, między innymi dlatego, że alkohol etylowy powoduje poważne zmiany krążenia krwi w mózgu, przy czym ich nasilenie zależy od ilości wypitego alkoholu. Dlatego tak często ten rodzaj obrażeń uzyskanych po pijanemu dodatkowo komplikuje wylew śródczaszkowy. Zmienia to obraz kliniczny urazu, podwyższa się ciśnienie śródczaszkowe, występuje niedotlenienie mózgu, co może doprowadzić do paraliżu, zaburzeń mowy, ataków drgawkowych.

U alkoholików w fazie chronicznej do urazów czaszki i mózgu czterokrotnie częściej niż u pozostałych pacjentów dołącza się zapalenie płuc i zapalenie mózgu. Obniża się bowiem gwałtownie odporność, gdyż bariera immunologiczna jest osłabiona zarówno przez wcześniejsze nadużywanie alkoholu, jak i przez sam uraz mózgu. U pacjentów intensywnie pijących mogą wystąpić ataki drgawkowe, które pojawiają się z reguły 8-12 miesięcy po wypadku i są prowokowane przez spożycie alkoholu. W chronicznej fazie uzależnienia alkoholowego występują pięć razy częściej niż przy sporadycznym upijaniu się, ale nawet u pijących okazjonalnie są dwukrotnie częstsze niż u trzeźwych ofiar urazów.

Po urazie głowy, zmianie ulega sposób upijania się: częściej pojawia się złość, nasila agresywność, a luk pamięciowych bywa więcej i trwają dłużej. Znacznie obniża się tolerancja na alkohol, a po jego odstawieniu-w zespole abstynencyjnym obserwuje się nasilone dolegliwości somatyczne i bóle głowy, nierzadko też pojedyncze halucynacje słuchowe czy wzrokowe.

Szybciej następuje psychiczna degradacja, szybciej też pojawiają się uszkodzenia psychoorganiczne do ośpienia włącznie. Zmiany takie niestety mogą utrudniać próby rozpoczęcia trzeźwego życia. [14]

### **Uzależnienie od alkoholu jako zagrożenie dla zdrowia.**

Definicji alkoholizmu jest wiele, najbardziej znana i wykorzystywana w leczeniu odwykowym mówi, że: *Alkoholizm jest chorobą polegającą na kontynuacji spożywania alkoholu przez daną osobę, pomimo, że powoduje to problemy w jakiegokolwiek dziedziny życia.* [8]

Dotychczas nie znaleziono jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, dlaczego jedni ludzie piją mniej a inni więcej, dlaczego jedni stają się alkoholikami a inni nie, pomimo, że piją w podobny sposób. Naukowcy szukający motywów picia wyróżnili trzy najczęściej spotykane grupy powodów picia alkoholu, zaznaczając, że niektóre z nich mogą, ale nie muszą występować. Zaliczamy do nich:

- powody „ucieczkowe”, np. w celu zapomnienia o kłopotach, zredukowania napięcia, czy też dla odwagi
- powody „społeczne”, np. dla towarzystwa, gdyż alkohol jest nieodłącznym dodatkiem spotkań międzyludzkich i różnych okazji (np. wesela, imieniny)
- „w poszukiwaniu przyjemności” np. dla odprężenia, poprawy nastroju albo wierząc w jego zdrowotne działanie. [27]

Rozpatrywanie alkoholizmu w kategoriach choroby ma swój początek od połowy ubiegłego stulecia. We wcześniejszych latach, alkoholicy postrzegani byli jako osoby grzeszne i moralnie zepsute, mające zbyt słabą wolę, aby przestać pić. Użycie pojęcia choroby powoduje możliwość leczenia i domaga się prawa do opieki dla osoby, która na nią cierpi.

Dr.E.M. Jellinek, pionier nowoczesnych badań nad alkoholem wyodrębnia trzy czynniki powodujące powstanie uzależnienia od alkoholu. Pierwszy z nich to *czynnik społeczny*, czyli obyczaje dotyczące picia w danym środowisku, występowanie tzw. społecznego przymusu picia oraz nieumiejętność przeciwstawiania się mu. Drugi to *czynnik psychologiczny*, czyli problemy osobowościowe, niedojrzałość emocjonalna, nerwica, psychopatia. Trzeci i ostatni to *czynnik wrodzonej podatności* tzw. *genetyczny*, polegający na odziedziczeniu po przodkach predyspozycji, skazy na chromosomie Y, która może sprawić, że w momencie picia można się szybciej uzależnić, tzn., że w genach można otrzymać wrodzoną podatność na alkoholizm. Prawdziwość tej teorii jest nadal badana przez różnych naukowców.

Uzależnienie to jest ta choroba, która powoduje, że człowiek mimo wszystkich szkód, jakich doznaje mimo tego, że grozi mu śmiertelne niebezpieczeństwo-pije dalej. Można leczyć osobę uzależnioną na różne choroby, a nie leczyć uzależnienia! W szerokim społecznym znaczeniu przez alkoholizm będziemy rozumieli nieumiarkowane picie różnego rodzaju napojów alkoholowych, które mają szkodliwy wpływ na zdrowie psychiczne, fizyczne, pracę zawodową, życie rodzinne i społeczne. [16]

Kiedy człowiek w wyborach życiowych, na jednej szali stawia alkohol, a na drugiej np. pracę, uczucia, rodzinę i wybiera alkohol, który zaczyna panować nad jego życiem i staje się ważniejszy niż wszystko inne, to możemy już mówić o chorobie alkoholowej. Jest to pierwszy widoczny objaw zewnętrzny.

### **Objawy uzależnienia od alkoholu.**

Istnieje zestaw widocznych objawów na podstawie których, można u danej osoby rozpoznać uzależnienie od alkoholu. Podstawą dokonania rozpoznania uzależnienia od alkoholu jest Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn zgonów (ICD-10). Zgodnie z tą klasyfikacją uzależnienie od alkoholu jest kodowane jako F 10.2. Identyfikowane jest ono jako zespół zjawisk fizycznych, behawioralnych i poznawczych, które pojawiają się w wyniku



wieloletniego używania alkoholu i po próbie abstynencji mogą wywołać gwałtowny nawrót objawów choroby. Do objawów tych należą:

1. Silna potrzeba picia tj. „głód alkoholowy”.

W miarę upływu czasu pojawia się nieprzyjemne uczucie podobne do głodu i wewnętrznego przymusu wypicia alkoholu, połączone z uczuciem paniki i obawą, że się nie wytrzyma bez alkoholu, strach do tego stopnia, że „jak nie wypiję to umrę”.

2. Utrata kontroli nad piciem.

Polega na tym, że po wypiciu pierwszego kieliszka alkoholu ujawnia się niemożność skutecznego decydowania o ilości wypijanego alkoholu i o momencie przzerwania picia. Świadczy to o tym, że alkoholik po wypiciu pierwszej dawki alkoholu nie jest w stanie przewidzieć, kiedy przestanie pić.

3. Zespół objawów abstynencyjnych.

Pojawiają się wtedy, gdy alkoholik przerwie dłuższe picie lub zmniejszy dawkę wypijanego alkoholu. Pojawiają się wtedy bardzo nieprzyjemne objawy: niepokój, drażliwość, dreszcze, drżenie rąk, obfite poty, skurcze mięśni, nudności, wymioty, halucynacje wzrokowe i dotykowe.

4. Zmiana tolerancji na alkohol.

Tolerancja może być podwyższona lub obniżona. Podwyższenie polega na tym, że osoba uzależniona po to, żeby uzyskać ten sam efekt upojenia alkoholowego, potrzebuje coraz większej dawki alkoholu. Przy tej samej dawce, co poprzednio efekt wewnętrzny obniża się. Natomiast obniżenie tolerancji na alkohol ujawnia się, gdy przy mniejszych dawkach alkoholu niż poprzednio pojawiają się efekty nietrzeźwości – upicia.

5. Narastające zaniedbywanie przyjemności i zainteresowań z powodu picia.

Zwiększona ilość czasu poświęcona na zdobycie alkoholu, jego wypiciu lub odzyskaniu równowagi po jego wypiciu.

6. Picie alkoholu pomimo widocznych szkód zdrowotnych.

Kontynuowanie picia mimo oczywistych dowodów na wystąpienie szkodliwych następstw w każdej sferze życia- osobistej, społecznej, ekonomicznej

7. Zaburzenia pamięci i świadomości.

Po wypiciu alkoholu pojawiają się coraz częściej „urwane filmy”, „białe plamy” w pamięci”, całe fragmenty wydarzeń znikają z pamięci, mimo prób przypomnienia sobie, coraz więcej wydarzeń dzieje się poza świadomością osoby uzależnionej.

*Rozpoznanie uzależnienia od alkoholu wymaga rozpoznania, co najmniej 3 z w/w objawów w ciągu ostatnich 12 miesięcy picia.*

Nie leczona choroba alkoholowa ma charakter zdecydowanie postępujący i prowadzi do degradacji całego organizmu we wszystkich sferach.

### Podsumowanie

Zagrożenia i problemy alkoholowe występują w wielu krajach świata, pomimo istotnych różnic w panujących tam ustrojach politycznych, w obyczajowości, w warunkach życia i funkcjonowania społecznego. W Polsce rozmiary problemów alkoholowych są obecnie tak wielkie, iż można je traktować jako epidemię społeczną numer jeden, która w sposób bezpośredni czy pośredni dotyka większości Polaków. Przyczyny takiego stanu rzeczy są bardzo złożone. Związane są z uwarunkowaniami historycznymi, społecznymi, prawnymi, obyczajowymi. Z drugiej strony trzeba pamiętać, że problemy alkoholowe dotyczą bezpośrednio konkretnych ludzi i mają ścisły związek z ich osobistą historią, z rodzajem więzi międzyludzkich, z sytuacją życiową. Wynika stąd, że można mówić zarówno o społecznym, jak i indywidualnym podłożu zagrożeń i problemów alkoholowych. Niezależnie od tego jakie są uwarunkowania nadużywania alkoholu to skutek dla organizmu człowieka jest zawsze ten sam, negatywny.

### Literatura

1. Augustin B.(1997), Alkohol i rak sutka, *Świat Problemów* nr 4, s.41-42.
2. Baran-Figura H. (1999), Uzależnienia obraz kliniczny i leczenie, PZWL, Warszawa.
3. Dodziuk A. (1998), Trudna nadzieja, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.
4. Dziewiecki M.(2001), Nowoczesna Profilaktyka uzależnień, Wydawnictwo Jedność, Kielce.
5. Habrat B.(1993),Organizm w niebezpieczeństwie, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.
6. Jethon Z., Grzybowski A., (2000)Uzależnienie od alkoholu w: Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa, PZWL, Warszawa,Wydanie II.
7. Johnson V.E.,(1992), Od jutra nie piję, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa.
8. Kinney J.,Leaton G.,(1996), Zrozumieć alkohol, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.
9. Kulik T.B., Latański M.(2002), Picie alkoholu a zdrowie w: Zdrowie Publiczne, Wydawnictwo CZELEJ, Lublin.
10. Kulisiewicz T., (1986), Zespół uzależnienia od alkoholu, Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne, I Wald. Red, PWN, Warszawa
11. Maisto S.A, Galizio M.,Connors G.J.,(2000) Rozdział 9: Uzależnienia, Zażywanie i Nadużywanie, Wydawnictwo KARAN, Warszawa.
12. Majchrowska A.,(2003), Rola pielęgniarki w kształtowaniu zachowań zdrowotnych w: Wybrane elementy socjologii, Wydawnictwo CZELEJ, Lublin.
13. Mellibruda J., (1999), Psychologiczna koncepcja mechanizmów uzależnienia, Terapia uzależnienia i współuzależnienia,nr1,s 4.
14. Najda Z.(1998), Co psuje się od alkoholu, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.
15. Najda Z., (1996), Skąd tyle urazów, *Świat Problemów*, nr 8, s 10-11.
16. Ochmański M.(1987), Losy młodzieży alkoholicznych i jej charakterystyka psychospołeczna CTN,Ciechanów.
17. Peele S. (1993), Doświadczenie uzależnienia, w: Wybrane spojrzenia na alkoholizm i jego leczenie, s 78.
18. Seitz F.C., (2000), Medycyna behawioralna, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.
19. Selwing Dic,Riley,(1994), Nie piję, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.
20. Sztander W.(1993),Poza kontrolą, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.
21. Święcki P.,(2001), Następstwa zdrowotne picia alkoholu, Terapia uzależnienia i współuzależnienia,nr 5, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, s 32-34.
22. Wegscheideri Cruse S.,(2000), Nowa szansa, Instytut Psychologii Zdrowia Polskie Towarzystwo Psychologiczne,Warszawa.
23. Woronowicz B.,(1994), Alkoholizm jako choroba, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,Warszawa.
24. Woronowicz B., (1993), Alkoholowe Vademecum dla każdego, Ośrodek Apostolstwa Trzeźwości, Zakroczym.
25. Woronowicz B., (2003), Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu, Instytut Psychiatrii i Neurologii,Warszawa.
26. Woronowicz B., (1998), Alkoholizm jest chorobą, PARPA, Warszawa.
27. Woydyło E., (1993), Wybieram wolność, Instytut Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa.

28. Zaremba J.,(1999), Psychologiczna koncepcja mechanizmów uzależnienia, Terapia uzależnienia i współuzależnienia, nr1,s 4. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

## Uzależnienia współczesnych Polaków oraz sposoby walki z nimi

*Jolanta Miłoszowska – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży*

*Ewa Falkowska – Pijagin – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży*

### Streszczenie

Stan zdrowia polskiego społeczeństwa jest daleki od ideału. Główne zagrożenia dla zdrowia i życia stanowią choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe, zatrucia. Sprawcami tych schorzeń są przede wszystkim tytoń, alkohol, narkotyki co często jest przyczyną braku umiejętności skutecznego odreagowywania stresu.

Jednym z czynników mającym istotny wpływ na stan naszego zdrowia oraz zdrowia publicznego jest jego promowanie. Jego skuteczność zależy w dużej mierze od świadomości zaangażowanych osób i społeczności lokalnych. Powstała zatem konieczność edukowania społeczeństwa na temat, nie tylko dawno już poznanych uzależnień od alkoholu, nikotyny i narkotyków ale również nowych uzależnień, np. od hazardu, telewizji, Internetu czy pracy. Pracoholizm, seksoholizm, uzależnienie od hazardu czy lekomania otwierają długą listę nałogów gdzie dochodzi do utraty naszej kontroli.

Palenie papierosów i używanie alkoholu bardzo często traktowane są jako „problem” w podobny sposób, ponieważ obydwa są ważne ze względów towarzyskich. W istocie są to jednak zjawiska zupełnie różne. Edukacja antynikotynowa powinna opierać się na przekonywaniu, że nie należy palić, natomiast w sprawie alkoholu nacisk powinien być położony na picie umiarkowanym.

Człowiek pogłębiając swoją wiedzę gotów jest bronić godności własnego stylu życia i bronić się przed wszelkimi zagrożeniami współczesnego świata. Dlatego też bardzo ważne jest, aby wdrażać takie przedsięwzięcia, które podnosiłyby naszą świadomość, wpływałyby pozytywnie na stan naszego zdrowia i pomagałyby ludziom wyjść z dręczących ich uzależnień.

**Słowa kluczowe:** uzależnienia, nałogi, profilaktyka

### Wprowadzenie

Jeszcze do niedawna większość ludzi znała takie nałogi jak alkoholizm, narkomania, nikotynizm. Obecnie wiadomo, że można uzależnić się jednak od leków, telewizji, Internetu, hazardu czy nawet pracy. Obok bezrobocia wszystkie te nałogi i uzależnienia są w obecnych czasach przyczyną poważnych trudności w relacjach międzyludzkich, kłopotów małżeńskich, trudności finansowych.

Na popadanie w nałogi szczególnie narażeni są ludzie o niskiej samoocenie, chwiejnym systemie wartości, którzy nie potrafią radzić sobie ze stresem i mający problemy z budowaniem relacji międzyludzkich. Wszystkie te cechy sprawiają, że takie osoby mają skłonności do uciekania w nałogi.

Istotne znaczenie mają tutaj działania zmierzające do uświadomienia społeczeństwu zagrożeń wynikających ze stosowania używek prowadzących do uzależnienia. Promowanie zdrowia oraz szeroko stosowana profilaktyka mają dążyć do uniknięcia takich zjawisk.

Szczególną rolę w promowaniu zdrowia wyznaczono właśnie służbom medycznym, które oprócz funkcji diagnostyczno-terapeutycznych, mają edukować i tworzyć warunki sprzyjające kształtowaniu prozdrowotnych zachowań. Dużą odpowiedzialność spoczywa na pielęgniarzach, gdyż to one często mają najbliższy kontakt z chorymi, często uzależnionymi, potrzebującymi wsparcia w zdrowiu i w chorobie. Nadal są one postrzegane i oczekiwane jako osoby o wysokiej empatii, wnoszące humanistyczny element do otoczenia człowieka. Ten szczególny charakter między pielęgniarzką a pacjentem stanowi płaszczyznę do oddziaływania na

zachowania prozdrowotne jednostki. Należy jedna pamiętać o tym, że realizacja tych zadań wymaga również współdziałania wielu innych zawodów i instytucji pozamedycznych.

#### *Choroby cywilizacyjne a uzależnienia.*

Świat w którym żyjemy ulega ciągłym zmianom. W wyniku rozwoju cywilizacji oraz postępującego uprzemysłowienia ciągle zwiększa się liczba czynników powodujących bezpośrednie zagrożenia życia i zdrowia ludzkiego. Największą grupę stanowią zagrożenia związane z chorobami cywilizacyjnymi, które są plagą naszych czasów.

*Choroby cywilizacyjne*- to globalnie szerzące się, powszechnie znane choroby, spowodowane rozwojem cywilizacji. Częstotliwość ich występowania zależy od stopnia rozwoju cywilizacji społeczeństwa.

Są to schorzenia związane z ujemnymi skutkami życia: stresem, napięciem nerwowym. Są one ściśle związane z pojęciem chorób społecznych, które są schorzeniami przewlekłymi oraz szeroko rozpowszechnionymi w społeczeństwie. Należą do nich m.in. choroby układu oddechowego, krążenia, nowotwory, uczulenia, AIDS, a także tzw. „zespoły ucieczki” (alkoholizm, narkomania, lekomania, nikotynizm).

W Polsce za wcześnie chorujemy i umieramy z powodu zawałów serca, udarów, nowotworów, raka płuc itp. Za dużo palimy i pijemy napojów alkoholowych. Jedną z przyczyn takiego stanu są różnego rodzaju uzależnienia, które wpływają negatywnie na nasz organizm. Główny teoretyczny problem związany z szerokim zastosowaniem terminu uzależnienie polega na tym, czy dana osoba rzeczywiście jest w niemożliwy do kontrolowania sposób zależna od konkretnego działania, substancji czy przyjemności.<sup>1</sup>

Alkoholizm, nikotynizm, narkomania, lekomania są to choroby utajone, gdyż osoby uzależnione często są nieświadome ich posiadania. Najbliższe otoczenie często nie zauważa pierwszych objawów. Granica między kontrolowanym używaniem, a uzależnieniem jest trudna do określenia. Na szybkość powstawania uzależnienia bardzo duży wpływ wywiera stopień dojrzałości organizmu.

*Uzależnienie*- to nabyta silna potrzeba wykonywania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji. Jest to choroba duszy (psychiki) i emocji, która rozwija się stopniowo. Polega na utracie kontroli nad własnym życiem, braniu środków odurzających oraz na wzrastającej tolerancji organizmu.<sup>2</sup>

*Substancje uzależniające*- to grupa substancji pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działające na układ nerwowy, które zmieniają sposób funkcjonowania organizmu, zachowanie i myślenie; a ich nadużywanie prowadzi do uzależnienia fizjologicznego. Ze względu na ich wpływ na sferę psychiczną nazywamy je substancjami psychoaktywnymi.

Do najważniejszych z nich należą:

- Nikotyna(Nikotynizm),
- Alkohol etylowy(Alkoholizm),
- Opioidy(heroina i morfina),
- Barbiturany(pochodne kwasu barbiturowego) stosowane jako leki nasenne.<sup>3</sup>

#### **Alkoholizm.**

*Alkohol- jako zagrożenie społeczne.*

<sup>1</sup> Baumeister R. F., Heatherton T. F., Tice D.M.: Utrata kontroli. Jak i dlaczego tracimy zdolność samoregulacji. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Warszawa 2000, str. 166.

<sup>2</sup> Zajączkowski K.: Nikotyna, alkohol, narkotyki. Profilaktyka uzależnień. Krótki poradnik psychologiczny. Wydawnictwo Rubikon. Kraków 2001, str. 49.

<sup>3</sup> Wolniewicz- Grzelak B.: Używanie środków uzależniających . w: Nastolatek też jest ważny (red.) Wojnarowska B., Jadcowska M. IMiDz. W-wa 1995, str. 45.

Napoje alkoholowe towarzyszą człowiekowi prawie od początku naszego istnienia. Wywołują one nastrój wzruszenia, poczucia bliskości, pomagają zapomnieć o cierpieniu, pokonać lęki; niestety bywają bezpośrednią przyczyną dokonywania przestępstw, konfliktów z otoczeniem, wpływają na dezorganizację pracy i obniżają wydajność. Są także przyczyną wielu problemów zdrowotnych. Ponad 40% społeczeństwa pije alkohol, a około 30% zachowuje abstynencję. W latach 90-tych wzrosło znacznie spożycie alkoholu przez co zostało ocenione na około 10 litrów 100% alkoholu na 1 mieszkańca. Duże nakłady na leczenie alkoholików znacznie obciążają i tak niedofinansowaną służbę zdrowia.<sup>4</sup>

Alkohol jest jednym z najpopularniejszych środków odurzających gdyż jego nadużywanie notuje się u 65-75% populacji. Jest to wynikiem jego łatwej dostępności. Mężczyźni piją trzykrotnie częściej niż kobiety zaś uzależniają się 2,5 razy częściej. Do niedawna kobiety stanowiły 3% wśród alkoholików, natomiast teraz ocenia się je na 8-10%. Najwięcej piją osoby w wieku 40-49 lat, z wykształceniem zawodowym zaś najmniej osoby po 65 roku życia. Mniej niż 10% osób uzależnionych wraca do kontrolowanego picia, a w ciągu dwóch lat po okresie abstynencji wraca 40% mężczyzn.

Bardzo wiele młodych ludzi, dość wcześnie, zaczyna odkrywać możliwości dokonywania zmian w swoim samopoczuciu za pomocą alkoholu. W naszym życiu pełni on szczególną rolę gdyż wywiera ogromny wpływ na wielu ludzi. Zawarta w nim substancja chemiczna zwana alkoholem etylowym, może nawet w bardzo krótkim czasie zmienić stan psychiczny człowieka. Działa na mózg tak, jak środek usypiający, jednak to usypianie jest stopniowe i zaczyna się od ośrodków sprawujących kontrolę nad różnymi czynnościami.

Zjawisko systematycznego spożywania alkoholu występuje już na poziomie szkoły podstawowej. Kilku uczniów na stu badanych twierdzi, że pije alkohol przeciętnie raz w tygodniu, a kilkunastu podaje, że pije raz w miesiącu. W szkołach ponadpodstawowych wskaźniki te są jeszcze wyższe, gdyż co piąty przyznaje się do systematycznego picia.<sup>5</sup> Należy jednak pamiętać o tym, że picie alkoholu w niewielkich ilościach nie jest szkodliwe dla dorosłych, ale dla dzieci i młodzieży bywa niebezpieczne. Młodzi ludzie mają niższą tolerancję na alkohol i dlatego szybciej się uzależniają.

Obecność alkoholu w naszym życiu dotyczy nie tylko losu pojedynczych osób. Wywiera również istotny wpływ na życie i problemy całego narodu. Straty ekonomiczne spowodowane nadużywaniem alkoholu są ogromne (koszty leczenia, śmiertelność, straty produkcyjne, interwencje instytucjonalne itp.). Nie da się jednak przeliczyć na złotówki większości szkód zdrowotnych, emocjonalnych i moralnych.<sup>6</sup>

Jest oczywiste, że nie można zlikwidować obecności alkoholu w naszym życiu, a kłopoty związane z jego nadużyciem będą występowały. Jednak rozmiary tych problemów mogą być zmniejszane, a przede wszystkim można nauczyć się lepiej sobie z nimi radzić.

*Alkoholizm* – to okresowe picie alkoholu w celu doznawania jego działania psychicznego, a czasem dla uniknięcia złego samopoczucia. Jest chorobą, która zaczyna się i rozwija podstępnie, bez świadomości zainteresowanej osoby. Polega na niekontrolowanym piciu alkoholu powodując czasami nawet śmierć.<sup>7</sup>

Ludzie uzależnieni od alkoholu to nie zawsze osoby pochodzące z marginesu społecznego, ale zwyczajni ludzie pochodzący z najróżniejszych grup społecznych, aktywni zawodowo i posiadający udane życie rodzinne.

---

<sup>4</sup> Falewicz J.K.: ABC Problemów Alkoholowych. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Warszawa 1993.

<sup>5</sup> Zajączkowski K.: Nikotyna, alkohol, narkotyki. Profilaktyka uzależnień. Krótki poradnik psychologiczny. Wydawnictwo Rubikon. Kraków 2001, str. 21.

<sup>6</sup> Mellibruda J.: Tajemnice ETOH. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Warszawa 1993, str. 44.

<sup>7</sup> Mellibruda J.: Tajemnice ETOH. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Warszawa 1993, str. 31.

Nieprawdą jest także, iż alkoholik to osoba nadużywająca alkoholu codziennie. Należą do nich osoby, które piją przez pewien okres czasu po czym następuje pewien okres abstynencji aby po nim ponownie zacząć pić.

#### *Przyczyny nadużywania alkoholu.*

Alkohol może być źródłem przyjemności, ale potrafi także znakomicie manipulować naszym umysłem i naszymi uczuciami. Dlaczego jednak jedni piją mniej a drudzy więcej; jedni zostają alkoholikami a inni nie, do końca nie zostało wyjaśnione. Różni badacze w różny sposób interpretują przyczyny spożywania tego rodzaju płynów, oto niektóre z nich.

##### Motywy picia alkoholu wg A. Kępińskiego:

- Neurasteniczny- dla redukcji zmęczenia i rozdrażnienia,
- Kontaktowy- dla uzyskania lepszego kontaktu z innymi ludźmi,
- Dionizyjski- w celu oszołomienia i ucieczki od rzeczywistości,
- Heroiczny- dla osiągnięcia poczucia mocy,

Alkohol często jest używany jako znieczulacz będący uniwersalnym lekarstwem na dolegliwości ciała i duszy. Pijemy gdy jest nam smutno, gdy coś nas boli, chcemy złagodzić lęk, gniew, zapomnieć o czymś. Daje nam to możliwość zobaczenia świata w innych kolorach, uwolnione zostają wszelkie hamulce i obawy. Picie alkoholu jest także częścią obyczaju, kultury i rytuałów, które są cenione przez ludzi.

Alkohol jest trunkiem bardzo rozpowszechnionym wśród dzieci i młodzieży. Dzięki niemu mogą dopasować się do kolegów lub określonej grupy, dobrze się bawią, czują się bardziej dorośli i przestają być nieśmiali. Jednym z głównych motywów eksperymentów z pić jest zwykła ciekawość. Najgorzej rokują ci, którzy chcą uciec od rzeczywistości. Tacy nastolatki ponoszą największe ryzyko uwikłania się w problemy alkoholowe.<sup>8</sup>

#### *Konsekwencje nadużywania alkoholu i jego wpływ na zdrowie.*

Działanie alkoholu na organizm człowieka zaczyna się już po kilku minutach od jego spożycia. Na początku pojawiają się odczucia pozytywne w postaci dobrego humoru, rozluźnienia. W miarę zwiększenia stężenia go we krwi mogą pojawić się objawy w postaci senności a nawet agresji. Przekroczenie pewnej granicy jego poziomu we krwi może być przyczyną zaburzeń pracy serca lub problemów z oddychaniem.

Nadużywanie alkoholu powoduje, że uszkodzone zostają naczynia krwionośne i pojawia się nadciśnienie. Alkohol może uszkadzać wątrobę, powodować ostre i przewlekłe zapalenie trzustki, zapalenie błony śluzowej przełyku i żołądka, uszkadzać błonę śluzową jelit oraz zwiększyć ryzyko raka gardła i wątroby. Powoduje wiele chorób nerwowych i psychicznych.

Alkohol przyspiesza wchłanianie niektórych leków np. przeciwdrgawkowych, jak również może osłabić a nawet znieść działanie innych. Niektóre leki np. Dretromycyna, Diabetol, Metronidazol, Nitrogliceryna uczulają organizm na alkohol działając na podobnej zasadzie jak np. Eperal, który w połączeniu z alkoholem powoduje wystąpienie niebezpiecznych dla zdrowia objawów krążeniowo- oddechowych.<sup>9</sup>

Nadużywanie alkoholu jest szczególnym elementem patologii społecznej w naszym kraju. Pociąga za sobą degradację społeczną pijącego oraz powoduje wystąpienie zmian organicznych w centralnym układzie nerwowym i związaną z tym zmianą osobowości.

#### *Leczenie choroby alkoholowej.*

Alkoholizm jest chorobą, która może być powstrzymana, jeżeli osoba uzależniona podejmie systematyczną terapię w placówce odwykowej. Niestety mechanizmy tej choroby powodują, że zdecydowana większość osób uzależnionych nie chce się leczyć. Osoby takie

<sup>8</sup> Pacewicz A.: Jak Pomóc Dziecku nie Pić. PARPA Warszawa 1994, str. 9- 12.

<sup>9</sup> Woronowicz B.T.: Alkoholizm Jest Chorobą. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Warszawa 1998, str. 10.

najczęściej zgłaszają się do placówek nie z własnej woli, chociaż twierdzą, że jest to ich indywidualna decyzja. Terapeuci dążą do osiągnięcia przez pacjenta możliwie długiej abstynencji lub nauczenie się picia kontrolowanego.<sup>10</sup> Stan zdrowia, presja najbliższych, cierpienie i zagrożenia mogą, choć z trudem, torować alkoholikowi drogę do ocalenia.

Leczenie choroby alkoholowej jest konieczne i stanowi jedyny warunek powrotu chorego do zdrowia. Polega ono na edukacji połączonej z odpowiednią psychoterapią indywidualną i grupową. We wczesnym stadium leczenia niezbędne jest odtrucie organizmu od substancji uzależniających, które polega na poprawie stanu fizycznego pacjenta, uzupełnieniu niedoborów elektrolitowych, żywieniowych a zwłaszcza usunięciu zespołu abstynencyjnego.

Rapie Detox, jest szybkim odtruciem organizmu trwającym od kilku godzin do kilku dni, co pozwala na czasową poprawę stanu zdrowia i podjęcie leczenia kompleksowego zaś chory powinien zostać odizolowany od alkoholu. W niewielkich zespołach abstynencyjnych stosuje się nawadnianie doustne, zaś w bardziej nasilonych dożylnie. Podaje się płyny wieloelektrolitowe, roztwory glukozy oraz witaminy z grupy B. Oprócz odtrucia organizmu istotną rolę odgrywa leczenie schorzeń spowodowanych chronicznym zatruciem, niedożywieniem, niedoborem witamin i innych substancji potrzebnych dla zdrowia. Dla osiągnięcia skuteczności bardzo ważne jest połączenie terapii farmakologicznej z psychoterapią.

Osoby uzależnione uczą się rozumienia siebie, swojego życia i swojej choroby, porządkują swoje życie uczuciowe i uczą się pozytywnego stosunku do samego siebie. Pacjenci przygotowują się do odbudowy swych związków z bliskimi, które były niszczone przez długie lata. Trzeźwiejący alkoholicy odkrywają podstawowe wartości, które poprzednio lekceważyli i niszczyli.

Wszystkie dolegliwości emocjonalne chorego są następstwem jego choroby i ustępują po zakończonym leczeniu. W większości przypadków, bez fachowej pomocy osoba uzależniona nie potrafi się uratować. Jest to choroba, którą można i trzeba leczyć, a kurację, aby była skuteczna, należy rozpocząć jak najwcześniej już po stwierdzeniu pierwszych objawów choroby. Jedyny sposób na uratowanie życia alkoholika to abstynencja i nauka zapobiegania nawrotom picia.

#### *Sposoby radzenia sobie z uzależnieniem.*

Jednym z najskuteczniejszych, oprócz profesjonalistów, sposobów na wyjście z uzależnienia jest włączenie się do wspólnoty Anonimowych Alkoholików. Umożliwiają one swoim członkom akceptację tego problemu, panowanie nad swoim losem, poszerzenie wiedzy oraz poznanie praktycznych sposobów radzenia sobie z problemem. Kluby te stanowią oparcie i zrozumienie społeczne.<sup>11</sup> Dzielią się tam doświadczeniami oraz nadzieją na rozwiązanie problemu. Warunkiem powodzenia jest zaakceptowanie własnej choroby oraz zmiana stylu życia i zaprzestanie picia.

Grupy AA stanowią wyspecjalizowaną formę pomocy dlatego należy pozwolić by alkoholik zetknął się ze wszystkimi konsekwencjami swojego picia i przez to wskazać mu drogę do placówki odwykowej.

Cenną pomoc można znaleźć także w takim środowisku jak Klub Abstynenta, w którym część rodzin odnajduje się bardziej niż w klubie AA.

#### *Profilaktyka.*

Ogromny wzrost spożycia alkoholu w ostatnich latach przyczynił się do zwiększenia nacisku na działania profilaktyczne. Zaczęto podejmować próby przeciwdziałania tym zjawiskom. Zaczęto przygotowywać duży i nowoczesny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

<sup>10</sup> Mellibruda J.: Tajemnice ETOH. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Warszawa 1993, str. 87.

<sup>11</sup> Falewicz J.K.: ABC Problemów Alkoholowych. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. W- wa 1993.



Działania te powinny być wielostopniowe i obejmować:

- zapobieganie pierwotne- mające nie dopuścić do powstania problemów alkoholowych. Ograniczenie dostępu do alkoholu, kształtowanie postaw preferujących trzeźwość i abstynencję oraz podnoszenie poziomu wiedzy mają temu zapobiec.
- zapobieganie drugorzędowe- mające na celu wczesne wykrycie i interwencje w stosunku do osób, podatnych na wystąpienie problemów alkoholowych.
- zapobieganie trzeciorzędowe- zajmujące się leczeniem i rehabilitacją.

Wobec niedostatku działań profilaktycznych wielu ludzi ulega pokusie, aby projektować programy, polegać na wyczuciu, intuicji, pobieżnych obserwacjach. Badania te mają to do siebie, że trwają dość długo a ich wyniki przychodzą „zawsze za późno”.<sup>12</sup>

Głównym działaniem profilaktycznym jest „wychowanie w trzeźwości” a nie walka z alkoholizmem. Dzięki niemu kształtują się prawidłowe postawy życiowe, budowane jest poczucie własnej wartości, odpowiedni system norm.

Kierunki działania w sprawie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych obejmują przede wszystkim: tworzenie dzieciom i młodzieży warunków do trzeźwego i zdrowego stylu życia, zapewnienie dostępu do programów edukacyjnych i profilaktycznych, uczenie umiejętności życia bez alkoholu, egzekwowanie sprzedaży alkoholu nieletnim, rozwijanie profilaktyki rodzinnej.<sup>13</sup>

Wczesne rozpoznawanie sygnałów ostrzegawczych wskazujących na rozwijanie się procesu uzależnienia powinno znacznie zmniejszyć ilość nowych przypadków alkoholizmu. Bardzo duże znaczenie ma zwiększenie dostępności i poprawa skutecznej i profesjonalnej terapii uzależnień oraz innych usług leczniczych np. detoksykacji.

Rozwiązywanie problemów alkoholowych i zapobieganie im to zadania dla nas wszystkich. Największy nacisk powinien być ze strony społeczności lokalnych. To one powinny dążyć do ograniczenia możliwości zakupu i spożycia alkoholu przez nieletnich, zakazu jego reklamowania. Należy zachęcać władze do wprowadzenia do szkół nowoczesnych programów edukacyjnych uczących postaw i umiejętności służących trzeźwemu życiu. Trzeźwość to coś więcej niż nie picie alkoholu. Trzeźwość to sposób życia.<sup>14</sup>

Propagowanie powściągliwości i samoograniczenie spożycia alkoholu jako wzór postępowania grup społecznych o wysokim prestiżu oraz propagowanie wartości trzeźwości i abstynencji jest bardzo ważne dla rozwijania postaw cennych dla profilaktyki.

Alkohol jest dla zdrowych i dorosłych ludzi i nie trzeba z nim walczyć. Należy jedynie przeciwdziałać jego nadużywaniu.

### **Palenie tytoniu.**

Tytoń stanowi nie tylko na naszym kontynencie główną przyczynę zagrożenia zdrowia ludności, a palenie tytoniu jest jednym z najbardziej upowszechnionych antyzdrowotnych elementów stylu życia człowieka. Jest to choroba przewlekła, która dotyczy 1/3 mieszkańców ziemi. 9 milionów dorosłych Polaków codziennie pali papierosy w czym 40% stanowią mężczyźni, a 20% kobiety, najczęściej w wieku 30-50 lat.

Codziennie w Polsce rozpoczyna palenie ok. 500 dzieci, a czworo z każdej piątki, które palą regularnie, nie przestaje palić, kiedy osiąga wiek dorosły.<sup>15</sup>

Wiele przeprowadzonych badań wykazało, że duża liczba dzieci zaczęła palić na długo przed osiągnięciem wieku lat „nastu”. Spotyka się przypadki próbowania papierosów przez dzieci pięcioletnie. Rozpowszechnieniu zjawiska palenia tytoniu w najmłodszych grupach

<sup>12</sup> Wojcieszek K. NOE część I i II. Program profilaktyczny dla młodzieży. PARPA W- wa 1999str. 42

<sup>13</sup> Rozwiązywanie Problemów Alkoholowych. Regulacje prawne i programy działania. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Warszawa 2001, str. 87- 88.

<sup>14</sup> Sztander W.: Poza Kontrolą. PARPA W- wa 1999, str. 87.

<sup>15</sup> Palenie i Ja. Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego. Rada do spraw oświaty zdrowotnej. Projekt Edukacji Nastolatków na temat palenia papierosów. Poradnik dla nauczycieli. W- wa 1994.

wiekowych sprzyja akceptacja społeczna tego zachowania, nie tylko w rodzinie, ale i w środowisku szkolnym i miejscach publicznych. Wśród młodzieży często jest postrzegane jako symbol dorosłości, podnosi poczucie własnej wartości. Wiele osób traktuje ten nałóg jako sposób radzenia sobie ze stresem, napięciami emocjonalnymi oraz niepowodzeniami w życiu.<sup>16</sup>

Gwałtowny wzrost spożycia papierosów, który w krajach uprzemysłowionych miał miejsce w pierwszej połowie naszego wieku, a obecnie ma miejsce w krajach rozwijających się, jest odpowiedzialny za nienotowany z innych przyczyn wzrost przedwczesnej umieralności na naszym globie. Szacuje się, że w latach dziewięćdziesiątych, co roku na świecie umarło z powodu tytoniu około 2 milionów ludzi; a liczba ta ma wzrosnąć do 10 mln. w roku 2020.

Wśród około 4 tys. pierwiastków i związków chemicznych występujących w palącym się papierosie wiele charakteryzuje się silnym działaniem toksycznym, mutagennym i rakotwórczym. Nikotyna i tlenek węgla są trującymi związkami chemicznymi; nikotyna wzmacnia obciążenie serca a tlenek węgla zmniejsza dopływ tlenu do mózgu.

Dziesiątki tysięcy badań naukowych pokazały, że użycie tytoniu w różnej formie podwyższa m. in. o 25-40% ryzyko zgonu z powodu chorób układu krążenia, 30-40% z powodu nowotworów złośliwych oraz jest przyczyną około 70% zgonów na choroby układu oddechowego, komplikacji w okresie ciąży.

W Polsce, która przynajmniej od połowy lat siedemdziesiątych należy do krajów o najwyższej konsumpcji papierosów na świecie, palenie tytoniu stanowi najważniejszą, pojedynczą możliwą do prewencji przyczynę przedwczesnej umieralności w skali całego kraju. Każdego roku na choroby odtytoniowe umiera w naszym kraju przedwcześnie 70 tysięcy ludzi w wieku 35-69 lat. Rak płuca stanowi większą przyczynę śmierci niż inne postacie raka. 9 na 10 przypadków raka płuca spowodowane jest paleniem papierosów.

#### *Uzależnienie od nikotyny.*

Rzucenie palenia tytoniu jest trudne, dlatego lepiej nie rozpoczynać palenia. Przyzwyczajenie lub uzależnienie od tytoniu ma charakter postępujący, przewlekły i nawracający.

Siedemdziesiąt procent z 10 milionów Polaków codziennie palących tytoń deklaruje chęć zaprzestania palenia. Wielu palaczom udało się przestać palić. Liczbę ekspalaczy szacuje się w Polsce na wiele milionów. W latach osiemdziesiątych ponad 2 mln codziennych palaczy tytoniu porzuciło trwale swój nałóg, przede wszystkim w wyniku swojej silnej woli, presji otoczenia społecznego i zakrojonej na szeroką skalę kampanii antynikotynowej, uświadamiającej następstwa palenia i korzyści związane z jego zaprzestaniem.

Z drugiej strony trzeba pamiętać, że wielu Polaków regularnie palących tytoń podejmowało wielokrotne i często nieskuteczne próby zaprzestania palenia. 2 na 3 osoby rzucające palenie wraca po pewnym czasie do nałogu. Palenie tytoniu jest bowiem uzależnieniem o charakterze psychogennym, mającym związek ze sposobami zachowania, postawami zdrowotnymi i społecznymi oraz uzależnieniem o charakterze farmakogennym dotyczącym układu somatycznego i ośrodkowego układu nerwowego. Wzajemne nakładanie się obu rodzajów uzależnień występuje na ogół u każdego palacza, choć wzajemna dominacja jednego z nich zależy w dużym stopniu od indywidualnych psychofizycznych cech osoby palącej. U większości jednak palaczy dominuje uzależnienie o charakterze farmakogennym.

Najnowsze badania naukowe wskazują, że intensywne i długotrwałe palenie tytoniu może doprowadzić do silnego, także biologicznego uzależnienia od nikotyny. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne klasyfikuje to uzależnienie jako „chorobę z nadużycia substancji”.

<sup>16</sup> Kawalec E., Malinowska- Lipień I., Brzostek T. ...Rozpowszechnienie zjawiska palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży w Polsce- przegląd aktualnych badań. Pielęgniarstwo XXI w., nr 1 (18)/2007, str. 113- 114.

Z badań przeprowadzonych przez WHO wynika, że w 2000 roku 4,9 milionów zgonów na świecie spowodowanych było paleniem tytoniu.<sup>17</sup>

Palenie papierosów lub innych rodzajów tytoniu prowadzi do narkotycznego uzależnienia, a nikotyna zawarta w wyrobach tytoniowych jest tego przyczyną. Uzależnienie psychogenne i farmakogenne, wyzwalane przez tytoń, jest porównywalne z uzależnieniem od heroiny, kokainy lub innych narkotyków.

Nikotyna jest substancją, która nawet w małych dawkach bardzo oddziałuje na ośrodkowy i autonomiczny układ nerwowy. Czas między zaciągnięciem się papierosem a stymulacją ośrodków mózgowych przez nikotynę wynosi zaledwie 10 sekund. Udowodniono, że podobnie, jak w przypadku uzależnienia od narkotyków, alkoholu i pewnych leków, u nałogowych palaczy występują objawy tolerancji na określoną dawkę nikotyny i tzw. zespołu odstawienia. Odsetek ludzi wracających do palenia, podobnie jak narkomanów czy alkoholików, jest bardzo wysoki i zbieżny w czasie.

#### *Objawy odstawienia nikotyny.*

U osób, które zaprzestały palenia rozwijają się zazwyczaj różne objawy tzw. zespołu odstawienia nikotyny. Ujawniają się one już po kilku godzinach i trwają wiele tygodni lub nawet miesięcy. Czas trwania, natężenie i rodzaj tych objawów są w dużym stopniu zróżnicowane i zależą w zasadzie od indywidualnych, psychofizycznych cech osób, które przestały palić. Nic zatem dziwnego, że silne i przedłużające się objawy zespołu odstawienia nikotyny są główną przyczyną powrotu do nałogu.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne definiuje objawy zespołu odstawienia nikotyny jako zaburzenia psychoorganiczne. Doraźnie nikotyna działa pobudzająco, podnosi poziom glukozy i wywołuje dobre samopoczucie. Zaraz potem jej stężenie spada, a palacz reaguje silnym pobudzeniem nerwowym.<sup>18</sup> Nagłe odstawienie nikotyny albo zmniejszenie jej dawki dostarczanej organizmowi wywołą w ciągu 24 godzin przynajmniej 4 takie objawy jak: głód nikotynowy, irytacje, stany lękowe, pogorszenie nastroju, trudności w koncentracji, niepokój, bezsenność, obniżenie tętna, obniżony apetyt lub wzrost masy ciała.

Subiektywne lub fizjologiczne objawy zespołu odstawienia rozpoczynają się zazwyczaj po 24 godzinach po zaprzestaniu palenia. Większość objawów subiektywnych nasila się po 48 godzinach, a w okresie następnych 3-4 tygodni ich natężenie stopniowo słabnie. Głód nikotynowy, najbardziej charakterystyczny objaw zespołu odstawienia, może się jeszcze utrzymywać przez kilka miesięcy oraz występuje z różnym nasileniem i o różnych porach dnia. Najślabszy jest zaraz po przebudzeniu zaś najsilniejszy wieczorem.

#### *Sposoby pomiaru stopnia uzależnienia od nikotyny.*

W celu stworzenia prostej i pewnej metody umożliwiającej lekarzom i palaczom ocenę uzależnienia od nikotyny, a następnie wybór metody leczenia odwykowego szwedzki naukowiec, dr Karl O. Fagerstrom opracował Kwestionariusz Tolerancji Nikotyny. Twierdził, że uzależnienie zależy od: częstości palenia, wielkości wchłanianej dawki nikotyny, drogi podawania substancji, czasu podawania dawki nikotyny po przebudzeniu, subiektywnej oceny przyjemności, jaką sprawia wypalenie pierwszego papierosa rano, liczby wypalonych papierosów przez pierwsze dwie godziny po przebudzeniu.

Za najważniejsze uznał kryteria związane z wypaleniem pierwszego papierosa po przebudzeniu, gdyż czynność to zapobiega na ogół wystąpieniu objawów zespołu odstawienia po nocnej abstinencji. Kwestionariusz ten znalazł szerokie zastosowanie w lecznictwie

<sup>17</sup> Kawalec E., Malinowska- Lipień, Brzostek T. ...:Rozpowszechnienie zjawiska palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży w Polsce- przegląd aktualnych badań. Pielęgniarstwo XXI w., nr 1 (18)/2007, str. 114.

<sup>18</sup> Zajączkowski K.: Nikotyna, alkohol, narkotyki. Profilaktyka uzależnień. Krótki poradnik psychologiczny. Kraków 2001, str. 15.

odwykowym, w szczególności terapiach opartych na substytucji nikotyny, np. w formie gumy do żucia zawierającej nikotynę.

#### *Metody leczenia odwykowego.*

W ostatnich 30 latach wzrosło znacznie zainteresowanie nikotynowym leczeniem odwykowym. Do stosowanych powszechnie, głównie w krajach zachodnich, metod odzwyczajania od palenia tytoniu należą:

1. Metody farmakologiczne, które funkcjonują w postaci:

- tzw. zastępczej terapii nikotynowej w postaci nikotynowej gumy do żucia lub nikotynowych plastrów (16 czy 24 godzinnych prowadzących do przenikania nikotyny przez skórę),
- terapia awersywna (np. podawanie azotanu srebra lub szybkie palenie dużej liczby papierosów), która polega na wywoływaniu negatywnych reakcji organizmu (wymiotów, nieprzyjemnego smaku lub zapachu) w trakcie palenia tytoniu,
- preparatów ziołowych i innych, które pomagają palaczom przełamywać potrzeby zapalenia papierosa, zmniejszają napięcie nerwowe, odświeżają jamę ustną, podwyższają poziom glukozy, zmniejszają apetyt itd.

2. Niektóre formy terapii habituralnej, w której droga do zaprzestania palenia tytoniu wiedzie poprzez zmianę nawyków palacza. Do najbardziej znanych form tej terapii należy palenie papierosów o niższej zawartości nikotyny lub używanie specjalnych filtrów zmniejszających jej stężenie, palenie papierosów ziołowych, unikanie sytuacji stymulujących do palenia itp.

3. Wieloetapowa terapia odwykowa oparta na samokontroli, w której zakłada się, że skuteczne zaprzestanie palenia tytoniu jest możliwe przede wszystkim przy udziale samego palacza pod warunkiem, że udzieli mu się stosownych porad oraz wsparcia terapeutycznego (medycznego, psychologicznego) i społecznego na określonym etapie leczenia odwykowego.

4. Psychoterapia i socjoterapia odwykowa.

5. Hipnoza i akupunktura.

#### *Preparaty odwykowe stosowane w Polsce.*

Na polskim rynku w ostatnich latach zwiększa się liczba leków odwykowych. W latach siedemdziesiątych najczęściej stosowanym lekiem był „Tabex”. Obecnie, do najpopularniejszych preparatów i urządzeń stosowanych w terapii odwykowej należą m. in:

- Nikotynowa guma „Nicorette”.
- Kapsułki „Nicofree”.
- Filtry „Venturi”.
- Iryski „Antinicotin”.

Większość badań klinicznych wykazała, że nikotynowa guma do żucia Nicorette pomaga rzucić palenie tytoniu. Stwierdzono, że wskaźniki abstynencji nikotynowej w krótkotrwałej (od 3 do 6 tygodni) kuracji odwykowej, stosowanej w przypadku osób słabiej uzależnionych od nikotyny, wahają się od 27- 89 %, a w kuracji długotrwałej (od 6 miesięcy do roku) wynoszą 27%. Okazało się również, że najlepsze wyniki daje tzw. terapia skojarzona, prowadzona np. z zastosowaniem jakiejś formy psychoterapii lub socjoterapii. Niemniej, skuteczność leczenia głodu nikotynowego za pomocą gumy Nicorette zależy od wielu czynników, z których do najważniejszych należą:

- stopień motywacji pacjenta do zaprzestania palenia tytoniu,
- stopień uzależnienia pacjenta od nikotyny,
- wybór właściwej dawki podawanej zastępczo nikotyny,
- sposób opieki i kontroli pacjenta w trakcie leczenia podstawowego,
- doświadczenie zespołu terapeutycznego.

### Sposoby walki z paleniem tytoniu.

#### *Światowy Dzień bez Papierosa.*

W wyniku naukowo udowodnionych niebezpieczeństw spowodowanych paleniem papierosów, Światowa Organizacja Zdrowia podjęła prowadzenie walki z tym zagrożeniem poprzez wprowadzenie „Światowego Dnia bez Papierosa”. Obchodzony jest on każdego roku 31 maja, a jego zadaniem jest zniechęcenie do palenia oraz podejmowanie działań mających na celu likwidację problemu. Stwarza on możliwości dla wszystkich palaczy do powstrzymania się od palenia przynajmniej przez dwadzieścia cztery godziny. Dzięki temu możemy zaobserwować ilość palaczy, którzy w tym dniu powstrzymali się od palenia.

Do tej pory zwracano szczególną uwagę na miejsca pracy, które mają stać się bardziej „zdrowe”. Szczególnie duży nacisk został położony na służbę zdrowia, która to ma być przykładem dla innych i uwolnić usługi zdrowotne od palenia papierosów. Prestiż służb zdrowia i pokładane w nich zaufanie nie powinno być podważane przez oczekujących opieki pacjentów. Pracownicy służby zdrowia nie mogą przecież wypowiadać się przeciwko paleniu jeśli sami go nie odrzucają.

Kampanie dotyczące palenia nie przyniosą rezultatu jeżeli lekarze i pozostali personel medyczny będą nadal palić. To oni przecież powinni wiedzieć najlepiej jakie powoduje ono spustoszenie w organizmie człowieka.

W związku ze Światowym Dniem bez Papierosa w 1992 r. WHO podkreśliła, że wszyscy ludzie pracy mają prawo do pracowania w środowisku, w którym wyeliminowano palenie, dlatego też zostały objęte zakazem palenia. W budynkach i pomieszczeniach, w których pracują ludzie zawodów medycznych, nie powinno być punktów sprzedaży papierosów. Pacjenci szukający opieki medycznej pragną polepszenia i ochrony ich stanu zdrowia i nie powinni być narażeni na szkodliwe skutki palenia przez innych pacjentów czy personel.

Okazja ta stanowi ważną część promowania zwalczania papierosów i jest podstawowym instrumentem dla informowania opinii publicznej ponieważ w wielu krajach spowodowała zmniejszenie się liczby palaczy.

Dniem tym szeroko zajmują się środki masowego przekazu gdzie omawiane są zagadnienia tytoniu i zdrowia przed, i po „Światowym Dniu bez Papierosa”. Miejsca publiczne, biura, restauracje są miejscami, w których nie wolno palić.<sup>19</sup>

#### *Programy profilaktyczne.*

W wielu krajach organizacje rządowe i pozarządowe zaczęły przygotowywać specjalne programy i materiały pomocne w zerwaniu z nałogiem. Przyznawanie funduszy dla działań na rzecz edukacji zdrowotnej ma bardzo duże znaczenie. Edukacja skierowana na zmiany wzorów zachowań, aby być prawdziwie skuteczna, wymaga podjęcia różnych podejść, modeli i informacji. Ważnym zagadnieniem tej nauki jest położenie nacisku na rolę modelu społecznego oraz na uczenie się przez obserwowanie zachowania innych.<sup>20</sup>

#### Działania profilaktyczne powinny polegać na:

- kształtowaniu postaw prozdrowotnych,
- propagowaniu zdrowego stylu życia,
- uświadomieniu społeczeństwu szkodliwości i zagrożeń wynikających z palenia,

---

<sup>19</sup> Służba Zdrowia Naszym Oknem na Świat Bez Papierosa. Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego. Światowa Organizacja Zdrowia, Zestaw Pomocniczy KIT, 1993. Zakład Poligraficzny „Tęcza”. Warszawa 1993.

<sup>20</sup> Palenie i Ja. Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego. Rada do spraw oświaty zdrowotnej. Projekt Edukacji Nastolatków na temat Palenia Papierosów (poradnik dla nauczycieli). Warszawa 1994.

- ograniczeniu używania papierosów przez nieletnich,
- zakazie reklamowania wyrobów tytoniowych,
- niepaleniu wśród pracowników służby zdrowia,
- kształtowaniu właściwych postaw wśród dzieci i młodzieży.

Zapobieganie utrwaleniu się nałogu palenia tytoniu wśród dorastającej młodzieży jest ważnym zadaniem obecnych szkół. Ludzie pracujący z młodzieżą powinni być wzorem dla uczniów dlatego też często są podziwiani i naśladowani.

Szkolne programy antynikotynowe powinny stać się źródłem takich elementów jak:

- informacje o skutkach palenia na „krótką metę”,
- informacje o wpływie na skłonność do palenia wywieranym przez rodziców, rówieśników oraz środkach masowego przekazu,
- uczenie umiejętności odmawiania,
- szacunek do samego siebie.<sup>21</sup>

Uleganie presji grupy jest najczęściej spotykane w wieku 11-13 lat; w tym wieku wpływ grupy okazuje się bardzo ważny. Jeśli pomoże się dzieciom w uświadomieniu sobie, że każdy jest odpowiedzialny za własne czyny, wzrośnie prawdopodobieństwo, że będą one potrafiły oprzeć się wpływom innych osób.

Wdrożenie Karty Madryckiej z 1988r oraz planu „Europa wolna od tytoniu” powinno doprowadzić do poprawy zdrowia i przynieść korzyści ekonomiczne. Oblicza się, że w ciągu najbliższych 20 lat liczba przedczesnych zgonów obniży się o 2 mln rocznie, dzięki takim działaniom jak:

- poniesienie podatków od produktów tytoniowych,
- rozwój poradnictwa, zwiększenie dostępności terapii antynikotynowej,
- rozszerzenie „stref bezdymnych”,
- zakaz reklamy i sponsorowania produktów tytoniowych.

Należy jednak pamiętać o tym, iż kluczowym elementem rzucenia nałogu palenia jest motywacja do zaprzestania palenia.

### **Narkomania.**

Problemem o nieco mniejszym zasięgu od alkoholizmu i nikotynizmu jest nadużywanie środków odurzających, które zaczęły odgrywać dużą rolę w życiu społeczeństwa. Stały się one istotnym elementem współczesnego życia. Coraz większy stres, potrzeba samorealizacji, szybki i nerwowy tryb życia sprawiają, że problem narkomanii dostrzegany jest coraz bardziej.

Z każdym dniem przybywa młodych ludzi sięgających po narkotyki. Pierwszy kontakt mają zazwyczaj dzieci w wieku 12-16 lat, a w latach 1992-2003 pięciokrotnie wzrosła liczba licealistów mających kontakt z narkotykami. Wielu nastolatków uważa, że branie ich jest pewnego rodzaju przywilejem a nawet potrzebą.<sup>22</sup> Ze względu na skutki zdrowotne i wpływ na społeczeństwo jest ono najprostszą formą patologii wśród nieświadomej konsekwencji młodzieży. Narkomania jest tematem, którego w rodzinach najczęściej się nie porusza. Tymczasem brak wiedzy najlepiej służy handlarzom, którzy w łatwy sposób potrafią przekonać nieświadomych nastolatków. Szerząca się narkomania niesie za sobą także skutki społeczne i prawne. Zostają nagminnie łamane normy moralne i prawne, pogorszona zostaje jakość wykonywanej pracy. Osoby takie bardzo często izolują się i zazwyczaj są niezdolne do nawiązywania długotrwałych związków.

Początek narkomanii przypada na przełom lat 60-tych i 70-tych XX wieku. Wówczas stosowano najczęściej morfinę, dolargan, haszysz oraz rozpuszczalniki i detergenty w postaci np.

<sup>21</sup> Tamże: s. 41.

<sup>22</sup> Martin Jo, Clendenon K.: Narkotyki i rodzina. Encyklopedia wiedzy o uzależnieniach. Oficyna wydawnicza „Profi”. Warszawa 1994.

proszku do prania. W latach 80-tych modne stało się zażywanie heriony i kokainy, zaś lata 90-te stały się furtką dla leków uspokajających, marihuany i amfetaminy.<sup>23</sup>

Obecnie w Polsce jest 32 000- 60 000 narkomanów. Wśród osób, które zetknęły się z narkotykami do uzależnienia dochodzi w 30%, natomiast z nałogu wychodzi tylko 20- 30%. Okazjonalne stosowanie i największy dostęp mają osoby między 18- 24 r. ż., zaś najwyższe rozpowszechnienie środków psychoaktywnych obserwuje się u osób z rodzin przedsiębiorców.

Uzależnienia te nie tylko zagrażają zdrowiu poszczególnych jednostek, ale także osłabiają równowagę całego społeczeństwa. Wypadki drogowe, samobójstwa i szerząca się przestępczość spowodowała, że społeczeństwo zaczęło skupiać uwagę na potrzebie powszechnej walki z narkotykami zanim struktura społeczeństwa zostanie poważnie uszkodzona.<sup>24</sup>

#### *Etapy rozwoju narkomanii.*

Brak dostatecznej wiedzy na temat konsekwencji zażywania środków odurzających, ciekawość i zdobycie właściwej pozycji stwarza ogromną szansę dla rozwoju narkomanii.

Narkomania to, podobnie jak alkoholizm, choroba duszy i emocji. Człowiek uzależniony psychicznie to człowiek, który uzależnia swoje samopoczucie i osiągnięcia od paru kropel brunatnego płynu czy też białego proszku zwanego narkotykiem w celu uzyskania komfortu psychicznego. Po pewnym czasie do zależności psychicznej dołącza się zależność fizyczna polegająca na nieodpartej potrzebie zażycia swojego leku.<sup>25</sup> Innym rodzajem uzależnienia jest uzależnienie społeczne polegające na przynależności do określonej grupy społecznej.

Należy przy tym pamiętać, że z uzależnieniem zawsze łączy się lęk, niepokój i cierpienie. Odbiera nam radość życia, zawęża widzenie świata, zaburza odczucia i fałszuje uczucia.

Różne są powody skłaniające ludzi do prób z narkotykami. Nie zdają sobie jednak sprawy z zagrożeń z nimi związanych, a więc przez to nie myślą o perspektywie nałogu.

Aby ułatwić ludziom wgląd w rozwój zachodzących zmian rozróżnia się 4 fazy zażywania narkotyków:

- Faza 1- poznawanie stanu odurzenia. Dochodzi do zapoznania się z narkotykiem. Zażywany jest przy okazji, poprawia nasze samopoczucie.
- Faza 2- stan odurzenia staje się przyjemnością. Traktowany jest jako lekarstwo na wszelkiego typu dolegliwości. Pomaga znosić przykre sytuacje i uczucia.
- Faza 3- stan odurzenia staje się celem nadrzędnym. Życie staje się podporządkowane zdobywaniu narkotyków i przeżywaniu odurzenia. Narkotyk jest już potrzebny dla poprawy samopoczucia gdyż osoby te są już uzależnione.
- Faza 4- stan odurzenia staje się normą. Zależność od narkotyków jest tak wielka, że są one niezbędne aby normalnie funkcjonować.<sup>26</sup>

Droga do wyjścia z nałogu nie jest łatwa. Wczesne wykrycie nałogu i szybka interwencja to najbardziej efektywne sposoby zredukowania nadużyć narkotyków.

---

<sup>23</sup> Zagroba M., Jurkiewicz R.: Wiedza studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie na temat narkomanii. *Pielęgniarstwo XXI w.*, nr 1 (18)/2007, str. 52.

<sup>24</sup> Gwynne P.: Kto używa narkotyków. Encyklopedia wiedzy o uzależnieniach. Oficyna Wydawnicza „Profi”. Warszawa 1994.

<sup>25</sup> Rolna M.: Jak nie zostać narkomanem. *Katolicki Ruch Antynarkotyczny „Karan”*. Broszura wydana dzięki wsparciu finansowemu Dzielnicowego Ośrodka Pomocy Socjalnej Warszawa Praga-Południe, str.4-5.

<sup>26</sup> Dimoff T., Carper S.: Jak rozpoznać czy dziecko sięga po narkotyki. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. ELMA BOOKS. Warszawa 1993, str. 19-34.

### *Rodzaje substancji uzależniających.*

W ostatnich latach na polskim rynku gwałtownie zwiększyła się podaż substancji odurzających takich jak: amfetamina, kokaina i halucynogeny. Niektóre narkotyki wykorzystywane są jako leki ratujące życie. Są jednak osoby, które zamiast przyjmowania ich ze wskazań medycznych, stosują je po to żeby się odurzać. Na wysokim poziomie utrzymuje się także zażywanie różnego rodzaju rozpuszczalników i leków o właściwościach uzależniających.

W celu odurzania się stosowane są setki substancji, które dają nam różne objawy. Do najbardziej powszechnych należą:

1. Narkotyki psychostymulujące powodujące, że osoba staje się pobudzona, pewna siebie, nerwowa. Należą do nich:

- Amfetamina- to substancja pobudzająca OUN, która wciągana jest przez nos. Dezorganizuje nasze myślenie i silnie działa na psychikę.<sup>27</sup>
- Kokaina- czyli tzw. biały proszek. Charakteryzuje się silnym działaniem pobudzającym. Stosowana jest w medycynie do znieczulenia miejscowego. Opóźnia objawy zmęczenia, daje poczucie wyższości i odsuwa poczucie lęku. Może powodować urojenia i niepokój.<sup>28</sup>

2. Środki halucynogenne, które wpływają na nieracjonalne wypowiedzi, utrudniają zachowanie równowagi. Są to:

- LSD- czyli tzw. kwas. Jest jednym z najtańszych i najbardziej dostępnych narkotyków. Powoduje on omamy wzrokowe, słuchowe i dotykowe. Osoby zażywające LSD są bardzo podatne na każdy rodzaj sugestii, a zwłaszcza autosugestii. Nie wywołuje uzależnienia fizycznego, ale może silnie uzależnić psychicznie.<sup>29</sup>
- Grzyby- posiadają one właściwości psychoaktywne powodujące halucynacje i zaostrenie zmysłów. Następują zmiany w zachowaniu od spokojnego do bardzo rozdrażnionego.

3. Środki wziewne w postaci klejów, rozpuszczalników i farb. Większość z nich jest legalna i łatwo dostępna. To substancje chemiczne, które powodują uczucie euforii oraz halucynacje i zaburzenia świadomości. Ich długotrwałe stosowanie powoduje zmiany w okolicach nosa i ust.

4. Środki z grupy opiatów, do których należy heroina i morfina. Powodują one nadmierne uspokojenie, senność, poczucie odprężenia i zadowolenia. Do grupy opiatów należy także Metadon będący substytutem heroiny. Jest to doustny syntetyczny narkotyk stosowany w leczeniu narkomanów przyjmujących narkotyki drogą dożylną.

5. Środki nasenne(barbiturany)- stosowane w leczeniu bezsenności i padaczce.

Wykazują duże zdolności uzależniające i depresyjne, powodują okresowe psychozy i halucynacje. Nagłe ich odstawienie może nawet spowodować śmierć, a wieloletnie przyjmowanie powoduje zaburzenia neurologiczne.

6. Środki uspokajające (benzodiazepiny)- posiadają one właściwości p/lękowe i uspokajające. Doprowadzają do zubożenia na przykre doznania. Wśród nich wyróżnić możemy: Oksazepam, Relanium, Nitrazepam.

7. Preparaty konopi, do których zaliczamy marihuanę i haszysz. Są to preparaty bardzo rozpowszechnione. W zależności od warunków mogą działać jako środek pobudzający,

<sup>27</sup> Rolna M.: Jak nie zostać narkomanem. Katolicki Ruch Antynarkotyczny „Karan”. Broszura wydana dzięki wsparciu finansowemu Dzielnicowego Ośrodka Pomocy Socjalnej Warszawa Praga-Południe.

<sup>28</sup> <http://narkomania.org.pl/informator/jak-sprawdzic-dostep-z-dnia-14.12.2007>.

<sup>29</sup> Rolna M.: Jak nie zostać narkomanem. Katolicki Ruch Antynarkotyczny „Karan”. Broszura wydana dzięki wsparciu finansowemu Dzielnicowego Ośrodka Pomocy Socjalnej Warszawa Praga-Południe.



uspokajający i znieczulający. Zaburzają koordynację ruchową, mogą powodować zaburzenia pamięci i gorszą sprawność psychofizyczną.

8. Ecstasy (MDMA). Jest syntetycznym analogiem amfetaminy i meskaliny. Wykazuje działanie stymulujące układ nerwowy, a także posiada właściwości psychodeniczne. Powoduje pobudzenie i daje uczucie silnej euforii.

Należy zatem pamiętać, że podstawowym objawem u osób zażywających narkotyki jest zmiana ich zachowania, która zależy w dużej mierze od rodzaju stosowanej substancji psychoaktywnej oraz jej przyjętej ilości. Działanie narkotyków można zidentyfikować także na podstawie wyglądu oczu oraz reakcji źrenic na światło. Najprostszą i najtańszą metodą służącą do wykrywania narkotyków są testy na ich obecność dostępne w aptekach.

Narkotyki podobnie jak inne środki uzależniające wprowadzają człowieka w dobry nastrój i wiążą się z przyjemnością, ale w rezultacie prowadzą do pragnienia i przymusu.

#### *Przyczyny i skutki narkomanii.*

Nadużywanie substancji psychoaktywnych zazwyczaj zaczyna się w wieku kilku lub kilkunastu lat ponieważ wiek młodzieńczy jest okresem wielkich zmian. Młodzi ludzie, zazwyczaj niedojrzali emocjonalnie, zaczynają odkrywać swoją tożsamość, szukają celów w życiu i niezależności. Zwiększają się naciski ze strony kolegów, rodziców i nauczycieli.<sup>30</sup> Zwykła ciekawość staje się najczęstszą przyczyną sięgania po środki odurzające. Ich stosowaniu sprzyja chęć zdobycia właściwej pozycji w grupie, zaimponowania innym, uzyskania przyjemności czy łagodzenia stresu. Młodzi ludzie bardzo często sięgają po nie w celu przyswojenia wiedzy lub dla zabawy. Wystąpieniu nałogu sprzyjają także nieprawidłowości w środowisku społecznym takie jak problemy rodzinne czy szkolne, brak miłości i bezpieczeństwa, wolności i perspektyw na przyszłość. Osoby takie oczekują szybkiego działania i rozwiązania danego problemu nie myśląc o dalszych konsekwencjach, które są dla niego odległe i nie mające w danym momencie większego znaczenia.

Chociaż środowiska w jakich żyjemy są bardzo podobne, to nawet niewielkie różnice mogą zmienić nasze zachowanie i sposób myślenia.<sup>31</sup>

Do niedawna narkomani uważani byli za ludzi złych i niemoralnych. Obecnie zauważa się, że ludzie ci cierpią na choroby przynoszące problemy natury psychologicznej i społecznej. Poznanie substancji i zrozumienie zachowania uzależnionego pozwoli zrozumieć jak rozpoczyna się i rozwija ta choroba.<sup>32</sup>

Problem uzależnienia dotyczy każdego z nas dlatego odpowiedzialność ponosimy za każdym razem kiedy wybieramy użycie lub nadużycie substancji odurzających. Środki psychoaktywne stosowane są zazwyczaj w celu łagodzenia bólu i leczenia chorób, jednak czasami granice te zostają przekroczone. Nadużywanie ich może prowadzić do samozniszczenia i może powodować głębokie zmiany w mózgu i innych organach.<sup>33</sup> Dochodzi do uszkodzenia kory mózgowej przez co znacznie obniża się sprawność umysłowa. Niewydolność krążenia, zatary, żółtaczkę i marskość wątroby to tylko nieliczne skutki zażywania środków odurzających. Powodują one ogólne wyniszczenie organizmu, choroby układu pokarmowego, oddechowego, zaburzenia apetytu, anemie, zakażenia bakteriologiczne i wirusowe. Największym jednak

---

<sup>30</sup> Chiles J., D. M.: Depresje nastolatków a narkotyki. Encyklopedia wiedzy o uzależnieniach.

Oficyna Wydawnicza „Profi”. Warszawa 1994, str. 9.

<sup>31</sup> Gwynne P.: Kto używa narkotyków. Encyklopedia wiedzy o uzależnieniach. Oficyna Wydawnicza „Profi”. Warszawa 1994, str.15.

<sup>32</sup> Chiles J., D. M.: Depresje nastolatków a narkotyki. Encyklopedia wiedzy o uzależnieniach.

Oficyna Wydawnicza „Profi”. Warszawa 1994, str.13.

<sup>33</sup> Gwynne P.: Kto używa narkotyków. Encyklopedia wiedzy o uzależnieniach. Oficyna Wydawnicza „Profi”. Warszawa 1994, str. 13.

zagrożeniem, szerzącym się wśród narkomanów stosujących środki dożylnie, jest zarażenie się wirusem HIV oraz AIDS. Jest to zjawisko, które było i będzie towarzyszyć osobom uzależnionym.

Działanie narkotyków wywiera istotny wpływ na stan psychiczny jednostki. Osoby takie mają trudności w zasypianiu, koncentracji uwagi i zapamiętywaniu a także pojawiają się objawy chorób psychicznych w postaci majaczenia czy depresji. Następuje wyraźny wzrost zmienności usposobienia oraz agresywność. Długi okres ich zażywania i branie coraz większych dawek prowadzi do złego samopoczucia, zaburzeń pracy całego organizmu i ogólnego wyczerpania.

Wszystkie te czynniki sprawiają, że używanie narkotyków nie może być sprawą dla nas obojętną.

#### *Leczenie narkomanii.*

Obecnie społeczeństwo głośno opowiada się przeciwko narkotykom. Kampania przeciw narkotykom opiera się przede wszystkim na ochronie młodzieży przed nałogiem aż do pomagania narkomanom znajdującym się w najgorszej sytuacji stosując różnorodne programy leczenia.<sup>34</sup> Bardzo duże znaczenie ma także wczesne rozpoznawanie oznak przyjmowania środków uzależniających.

Leczenie narkomanów jest trudnym, długotrwałym i bardzo złożonym procesem. Na początku osoba uzależniona trafia do placówki ambulatoryjnej, zaś leczenie rozpoczyna się w momencie spotkania osoby uzależnionej z terapeutą. Jest ono ukierunkowane na określenie stopnia uzależnienia i wyrobienie motywacji do wyjścia z nałogu. Drugim etapem leczenia jest, trwająca od dwóch do sześciu tygodni, detoksykacja mająca na celu odtrucie organizmu. Detoksykacji poddawane są osoby, u których występują objawy abstynencyjne czyli tzw. głodu. Po usunięciu tego rodzaju objawów osoby takie trafiają do specjalnych ośrodków gdzie poddawane są psychoterapii po całkowitym odstawieniu narkotyków. Ostatni etap leczenia oparty jest na readaptacji społecznej oraz poddawaniu zabiegom terapeutycznym polegającym na uczeniu się sposobów rozwiązywania problemów dnia codziennego.<sup>35</sup> Osoby te uczą się szukać samych siebie a także znosić emocje bez znieczulenia. Terapie prowadzone są indywidualnie i grupowo.

Programy rehabilitacji uzależnień są szansą na wyrwanie się z nałogu gdyż skierowane są na zmianę stylu życia, środowiska i uzyskanie trwałej abstynencji. Realizują programy intensywnej psychoterapii i pobyt w ośrodku leczniczym jest jedyną drogą ucieczki przed pokusami istniejącymi na ulicy. Placówki tego typu mają ogromne znaczenie zarówno dla osób uzależnionych, jak i dla rodzin, które chcą im pomóc.

Dużym oparciem dla narkomanów są Grupy Anonimowych Narkomanów, gdzie osoby uzależnione dzielą się swoimi problemami i doświadczeniami. W grupach tych obowiązuje bezwzględna anonimowość dająca poczucie bezpieczeństwa i zaufania. Nadzieja i zrozumienie to coś czego osoby uzależnione szukają w Grupach Anonimowych Narkomanów.

Bardzo duże znaczenie mają tzw. programy substytucji lekowej polegające na wykorzystaniu środków farmakologicznych będących antagonistami. Program taki polega na zastąpieniu nielegalnego narkotyku substancją legalną o podobnym działaniu farmakologicznym. Program ten jednak obejmuje jedynie osoby uzależnione od heroiny. Programy tego typu dążą do ustabilizowania stylu życia tych osób oraz znacznie obniżają poziom niebezpieczeństw zdrowotnych. Osoby, które były uzależnione i które przeszły leczenie zakończone sukcesem, nadal muszą strzec się własnej tendencji powrotu do nałogu. Tragiczne jest jednak to, że zbyt wiele osób uzależnionych nie widzi szansy w stosowanych programach leczniczych.

<sup>34</sup> Tamże; s.88.

<sup>35</sup> Zagroba M., Jurkiewicz R.: Wiedza studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie na temat narkomanii. *Pielęgniarstwo XXI w.*, nr 1 (18)/2007, str. 53.

### *Profilaktyka i edukacja.*

Zjawisko narkomanii jest plagą naszych czasów, a jej narastanie może mieć katastrofalne skutki dla przyszłych pokoleń. Narkomania jest chorobą i to chorobą szczególnie zaraźliwą. Tylko dokładne jej poznanie pozwoli na podjęcie właściwych działań.

Dotychczas za mało się mówiło na ten temat, ale może być jeszcze gorzej, jeśli nie zaczniemy selekcjonować przekazywanych informacji dlatego też musimy dążyć do wprowadzenia nowego modelu profilaktyki opartej na odpowiedniej edukacji społecznej.<sup>36</sup>

Ograniczenie dystrybucji środków odurzających oraz przedstawienie w środkach masowego przekazu, stopnia degradacji osób uzależnionych, mogą przyczynić się do zapobiegania szerzenia się narkomanii. Warunkiem powodzenia tego typu działań jest także zaangażowanie na szeroką skalę społeczności lokalnych i służb medycznych gdzie istotną rolę w profilaktyce odgrywają właśnie pielęgniarki szkolne mające codziennie kontakt z młodymi ludźmi. Poprzez uświadomienie im konsekwencji zażywania środków odurzających mogą wpłynąć na ich przyszłe decyzje.<sup>37</sup> Działalność pracowników służby zdrowia powinna dążyć do podniesienia poziomu wiedzy na temat przebiegu choroby i jej rokowania, zapobiegania stosowania środków odurzających oraz propagowania zdrowego stylu życia.<sup>38</sup>

Edukacja ludzi dotycząca niebezpieczeństw związanych z narkotykami może mieć istotny wpływ na zminimalizowanie następstw nadużywania tych substancji, zarówno na poziomie jednostki jak i społeczeństwa. Dzięki programom edukacyjnym klimat tolerancji i niewiedzy otaczający narkotyki zmienia się, zaś misja antynarkotyczna stanie się coraz silniejsza i znacznie dotocząc zarówno do dorosłych jak i młodzieży.<sup>39</sup> Im więcej takich informacji będą posiadali ludzie, tym bardziej można żywić nadzieję na wolne od narkotyków społeczeństwo.

### **Lekomania.**

Jednym z najgroźniejszych współczesnych zjawisk społeczno- zdrowotnych jest nadużywanie leków. Do patologicznego szerzenia się tego zjawiska przyczyniają się zarówno lekarze jak i chorzy ludzie. Lekarze przepisują różne ilości leków ponieważ są poddani ciągłej presji pacjentów walczących z przykrymi dolegliwościami bólowymi. Sami pacjenci są osobami, których cechuje głównie brak wiedzy i wyobraźni, nie zdają sobie także sprawy ze szkodliwości ich działania.<sup>40</sup>

### *Różnicowanie lekomanii.*

Od wieków istniały wszelkie ogniska endemiczne zależności lekowej. W krajach tzw. „Złotego Trójkąta” w Azji Wschodniej – opium, w krajach Bliskiego Wschodu – haszysz, w krajach Ameryki Środkowej – halucynogeny i w krajach europejskich – alkohol. W latach 60-tych i 70-tych kapitalistyczne kraje kręgu kultury europejskiej objęła „epidemia” stosowania różnych środków uzależniających, szerząca się głównie wśród młodzieży. Obok opiatów, haszyszu i syntetycznych halucynogenów zaczęto używać nie znanych dotychczas środków syntetycznych.<sup>41</sup>

---

<sup>36</sup> Problemy narkomanii. Zarys metod resocjalizacji i profilaktyki „Monaru”. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich. Warszawa 1984, str. 5.

<sup>37</sup> Zagroba M., Jurkiewicz R.: Wiedza studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie na temat narkomanii. Pielęgniarstwo XXI w., nr 1 (18)/2007, str. 53.

<sup>38</sup> Zapobieganie zakażeniom HIV, opieka nad ludźmi zakażonymi HIV i chorymi na AIDS. (Materiały metodyczne dla nauczycieli szkół medycznych). Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego. Warszawa 1994, str. 111.

<sup>39</sup> Gwynne P.: Kto używa narkotyków. Encyklopedia wiedzy o uzależnieniach. Oficyna Wydawnicza „Profi”. Warszawa 1994, str. 11.

<sup>40</sup> Cendrowski Z.: Dekalog zdrowego stylu życia. Wydanie II. Zarząd główny Szkolnego Związku Sportowego. Warszawa 1998.

<sup>41</sup> <http://narkomania.org.pl/informator/jak-sprawdzic-z-dnia14.12.2007>.

*Lek uzależniający*- jest to substancja, która zażywana przez wystarczająco długi czas może wywołać stan zależności lekowej, powoduje zmiany zachowania łącznie z przymusem stałego lub okresowego jego zażywania.

Nazwa „*lekoman*” lub „*narkoman*”, niezależnie od toczącej się dyskusji co do właściwości używania takiego terminu, niewątpliwie dotyczy osób zależnych od leków, względnie narkotyków.

*Lekomania, farmakomania, zależność lekowa*- to nawykowe nadużywanie leków, przeważnie nasennych, przeciwbólowych, dopingujących, ale także pobudzających i uspokajających, które są związane zazwyczaj z zależnością psychiczną a rzadziej fizyczną.

Zależność lekową określa się jako:

- zależność psychiczną- polegającą na stałym lub okresowym przyjmowaniu środka w celu uzyskania pożądanego działania,
- zależność fizyczną- polegającą na adaptacji układu nerwowego do środka. Stan ten ulega zaburzeniu, gdy środek nie jest dostarczany co jest przyczyną wystąpienia zespołu abstynencyjnego.<sup>42</sup>

Tolerancja może występować lub nie. Osoba może być zależna od więcej niż jednego środka. Doznanie osiągane po przyjęciu środka skłania użytkownika do ponawiania przyjęcia.

Farmakomanię można uważać za powikłanie w kuracji lekami psychotropowymi. Termin rozciąga się też niekiedy na nadużywanie środków, które nie są lekami, wówczas należy raczej mówić o toksykomanii.

Początkowo (1950 – 1957) ustalono, że zjawisko nadużywania leków można podzielić na dwie grupy pojęć: toksykomanię oraz przyzwyczajenie do leku.

Przez toksykomanię rozumiano stan przewlekłej lub okresowej intoksykacji, spowodowanej powtarzającym się zażywaniem leku naturalnego lub syntetycznego.

Cechami charakterystycznymi tej formy nadużyć są:

- niezwalczone pragnienie, potrzeba lub wewnętrzny przymus zażywania leku i zdobywanie go wszelkimi środkami;
- dążenie do zwiększenia dawek;
- obok zależności psychicznej fizyczna zależność prowadząca w razie zatrzymania dowozu do zespołu abstynencji;
- skutki nadużywania szkodliwe dla jednostki i dla społeczeństwa.

Przez przyzwyczajenie rozumiano stan, wynikający z powtarzanego zażywania leku charakteryzujący się następująco:

- pragnieniem, albo niekoniecznie potrzebą kontynuowania zażywania leku, ze względu na lepsze samopoczucie po jego zażyciu;
- niewielką tendencją lub nawet jej brakiem do podwyższania dawek;
- pewną zależność psychiczną w odniesieniu do skutków działania leku, przy braku zależności fizycznej, a więc i braku zespołu objawów abstynencji;
- brakiem społecznych skutków nadużywania.

Praktyka życiowa wykazała, że podział ten nie spełniał pokładanych w nim nadziei. W krajach panował zamęt, gdyż niewłaściwie stosowano te terminy. W 1964 roku Komitet ŚOZ w raporcie zastąpił terminy jednym, a mianowicie – zależność. Należy go stosować łącznie z określeniem typu morfinowego, typu kokainowego, haszyszewego, alkoholowo-barbiturowego, amfetaminowego.

---

<sup>42</sup> [http://www.uzaleznienia.yoyo.pl/lekomania/leki\\_uzależniające.php](http://www.uzaleznienia.yoyo.pl/lekomania/leki_uzależniające.php). - dostęp z dnia 18.12.2007.

Do leków najczęściej zażywanych należą:

1. Barbiturany- są grupą leków powodujących depresję wyższych struktur nerwowych. Stosowane są w celu wywołania snu i uwolnienia od lęku i napięcia. W małych dawkach działają uspokajająco i p/bólowo. W dawkach średnich powodują sen i głębsze uspokojenie, natomiast w dużych mogą być przyczyną śpiączki z zaburzeniami oddychania.
2. Benzodiazepiny (leki uspokajające)- odwracają efekt działania narkotyków. Należą do nich: Estazolam, Nitrazepam, Oksazepam. Ułatwiają przetrwać czas, gdy ustaje działanie narkotyku. Częste zażywanie tych leków prowadzi do uzależnienia.

U osób uzależnionych leki często idą w parze z alkoholem, który wzmacnia ich działanie. Jest to szczególnie niebezpieczne gdyż może doprowadzić do zaburzeń oddychania, utraty przytomności, a nawet śmierci. Niektóre leki, jak barbiturany, mogą utrudniać pracę mózgu, a także powodować zaburzenia oddychania. Leki antydepresyjne nie tylko poprawiają procesy świadomościowe, ale także wpływają na serce powodując nawet zgon. Leki psychotyczne wywołują uzależnienia o różnych cechach i różnym nasileniu. Istotne znaczenie ma tu rodzaj i ilość zażywanej substancji, gdyż w przypadku jej przedawkowania skutki mogą być bardzo przykre.<sup>43</sup> Należy pamiętać o tym, że nałogowi narkomani znoszą znacznie większe dawki leku niż osoba do nich nie przyzwyczajona.

W obecnych czasach, bardzo modne wśród młodzieży jest stosowanie preparatów anabolicznych w celu poprawy wyglądu fizycznego. Są to preparaty doustne w postaci tabletek, kapsulek lub koktajli używane w celu zwiększenia siły, koordynacji i poprawienia wyglądu poprzez wzrost masy mięśniowej. Leki tego typu mogą powodować nerwość i impulsywność oraz powodują zaburzenia równowagi hormonalnej. Długotrwałe ich zażywanie bardzo często prowadzi do uszkodzenia wątroby, nerek i serca oraz znacznie osłabiają popęd płciowy. Pojawiają się zaburzenia psychiczne o różnym nasileniu: agresja, lęk, depresja nawet z myślami samobójczymi.<sup>44</sup>

*Przyczyny zależności lekowej.*

Prawdopodobnie główną przyczyną zależności lekowej jest ucieczka przed trudnościami życiowymi a nawet naśladowictwo. Moda czy reklama może mieć także duże znaczenie dla powstawania i rozwoju tego rodzaju choroby. Problemy rodzinne, bezradność czy poczucie przynależności do pewnej grupy mogą przyczynić się do powstania tego typu uzależnienia. Stosowane są zazwyczaj z ciekawości przez ludzi młodych a nawet dzieci. Ma to zazwyczaj charakter doświadczalny nie przynoszący żadnych następstw medycznych.

*Terapia lekozależności.*

Postęp nauki i chemii doprowadził do ogromnego wzrostu różnego rodzaju preparatów farmaceutycznych zaś łatwy do nich dostęp stał się przyczyną ich nadużywania. Należy jednak pamiętać o tym, że nagle ich przerwanie powoduje zaburzenia czynności organizmu zwane abstynencją. Zaczęto prowadzić terapię uzależnienia lekowego opierającą się na postępowaniu terapeutycznym mającym na celu wyprowadzenie takiej osoby z ostrego stanu oraz zlikwidowanie wszelkich dolegliwości fizycznych i psychicznych. Działania te oparte są głównie na farmakoterapii. W podjęciu terapii ważne jest uzyskanie motywacji rzućenia nałogu oraz stworzenie atmosfery zaufania. Od lekarza narkoman- lekoman oczekuje wsparcia i zaakceptowania jako jednostki. Wszystko to nie oznacza jednak całkowitej rezygnacji z leków, a jedynie bardzo znaczące ograniczenie ich użycia do przypadków absolutnie niezbędnych.<sup>45</sup>

<sup>43</sup> Chiles J., D. M.: Depresje nastolatków a narkotyki. Encyklopedia wiedzy o uzależnieniach.

Oficyna Wydawnicza „Profi”. Warszawa 1994, str.66.

<sup>44</sup> <http://narkomania.org.pl/informator/sterydy/> - dostęp z dnia 14.12.2007.

<sup>45</sup> Cendrowski Z.: Dekalog zdrowego stylu życia. Wydanie II. Zarząd główny Szkolnego Związku Sportowego. Warszawa 1998.

**Współczesne uzależnienia społeczne.**

Oprócz zależności od alkoholu, nikotyny i narkotyków istnieją jeszcze inne, szybko niszczące nasze życie uzależnienia. Mamy tutaj na myśli uzależnienie od hazardu, pracy, Internetu czy nawet seksu.

Niemal każde jakieś zachowanie w pewnym okresie historycznym było uważane za uzależnienie. Każdy z nas ulega pewnym impulsom lub pokusie wykonywania czynności, która przynosi pewnego rodzaju ulgę. Jak twierdzą niektórzy badacze, prawdopodobnie skłonność do takich zachowań jest cechą wrodzoną.<sup>46</sup>

*Hazard.*

Hazard jest to choroba postępująca, która nie może być uleczone ale może być zatrzymana. To uzależnienie, które jest problemem emocjonalnym. Podlegają jej osoby mające zazwyczaj problemy z przystosowaniem się do otaczającego świata, a otoczenie od którego uciekają zazwyczaj się im nie podoba, przeraża je i niepokoi. Cechują się brakiem zdolności lub chęci do zaakceptowania prawdy. Jednak w odróżnieniu od alkoholików czy narkomanów, którzy mają niską samoocenę, hazardziści są osobami o wysokiej samoocenie. Dzięki pewności siebie twierdzą, że zawsze się musi im udać, szybciej podejmują ryzykowne decyzje i łatwiej radzą sobie z następstwami niepowodzeń.

Uprawianie gier hazardowych, podobnie jak picie alkoholu, jest nieszkodliwe pod warunkiem, że jest praktykowane w sposób umiarkowany. Osoby grające tylko sporadycznie potrafią traktować tę formę rozrywki jako zabawę, potrafią ustalić pewne granice, których nie należy przekroczyć. Jednak dla niektórych osób staje się źródłem wielu problemów. Główną cechą hazardowego grania jest umiejętność silnego zaangażowania się danej osoby w proces samego grania. Gry hazardowe częściej uprawiają mężczyźni niż kobiety. Łatwy dostęp i stałe przypomnianie o możliwości gry sprawiają, że zwiększa się odsetek osób, u których mogą wystąpić problemy z hazardem. Kasyna są tak skonstruowane, że osoby w nich przebywające mają trudności w prowadzeniu samokontroli. Brak zegarów na ścianach, brak luster czy podawanie napojów alkoholowych za darmo znacznie ogranicza sposób myślenia i kontrolę własnych zachowań. Jednym z kluczowych elementów będących początkiem grania są negatywne emocje, takie jak frustracje, rozczarowania czy problemy finansowe. Dla osób takich liczy się tylko doraźny bodziec, gdyż nie potrafią oni myśleć racjonalnie. Negatywne nastawienie powoduje, że niepowodzenia bardziej niż sukcesy, zwiększają ich wytrwałość. Zaczynają podejmować ryzykowne decyzje, stawiają coraz większe stawki licząc, że szczęście się do nich uśmiechnie. Wielka wygrana, której się spodziewają, ma rozwiązać ich wszystkie problemy.

Nałogowi hazardziści mają problemy z przerwaniem gry w pewnym momencie, gdyż mają silną potrzebę grania. Często dochodzi do rujnowania małżeństwa, ryzykują utratę pracy, mają tendencję do popełniania przestępstw. Ich poczucie własnej wartości jest silnie związane z tym czy wygra.<sup>47</sup> Powstaje coraz większe błędne koło, które doprowadza graczy do przegranej i do finansowej ruiny. Pogarsza się ich zły nastrój i powstaje rozczarowanie związane z utratą pieniędzy. Zaczynają się gubić w tym co robią, nie kontrolują sytuacji przez to tracą pracę i zostają odrzuceni przez członków swojej rodziny. Za niepowodzenia w grze obwiniają innych lub twierdzą, że jest to brak szczęścia lub przypadek.

Bardzo ważną rzeczą jest to, aby hazardziści sami w pewnym momencie uświadomili sobie fakt, że są uzależnieni. Wielu z nich znajduje wsparcie we wspólnocie zwanej Anonimowi Hazardziści. Dzielią się tam swoimi doświadczeniami, siłą i nadzieją, aby móc rozwiązać swoje problemy. Jedynym warunkiem uczestnictwa we wspólnocie jest chęć zaprzestania gry.

---

<sup>46</sup> Baumeister R.F., Heatherton T.F., Tice D. M.: Utrata kontroli. Jak i dlaczego tracimy zdolność samoregulacji. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Warszawa 2000, str.264.

<sup>47</sup> Tamże; s.264-265.

### *Seksoholizm.*

Podobne stowarzyszenia powstały dla osób, które w inny sposób pogubiły się w swoim życiu. Dotyczy to seksoholików, którzy stracili kontrolę nad tym co robią, nie potrafią wybierać i zatrzymać się w pewnym momencie. Ich lubieżność stała się uzależnieniem, gdyż twierdzą, że tkwi w nich siła, która nimi kieruje. Osoby te cierpią z powodu seksu, utraciły poczucie własnej wartości, a ich zachowania i kontakty z ludźmi doprowadziły do pogłębiającej się destrukcji we wszystkich obszarach życia.<sup>48</sup>

Wsparciem dla takich osób jest wspólnota Anonimowych Seksoholików, w której osoby uzależnione także wymieniają swoje doświadczenia i pomagają sobie w wyzdrowieniu. Wspólnota ta jest dla tych, którzy wiedzą, że nie ma innej możliwości niż powstrzymanie się od lubieżności, a tylko własne doświadczenia mogą im w tym pomóc. Powrót do zdrowia oznacza umiejętności dokonywania wyborów i odzyskanie godności osobistej.

### *Uzależnienie od Internetu.*

Innym uzależnieniem stanowiącym obecnie ogromny problem jest uzależnienie od Internetu czyli specyficzne uzależnienie od komputera. Jest to uzależnienie od czynności bez których w obecnych czasach współczesny człowiek nie umiałby funkcjonować. Choroba ta rozwija się w bardzo szybkim tempie w polskim społeczeństwie, a przede wszystkim atakuje dzieci. Jest jednak miejscem pracy bardzo wielu osób i źródłem bardzo wielu istotnych informacji, które za jego pomocą można przesłać nawet na duże odległości.

O braku uzależnienia mówimy wtedy, dopóki przebywanie w sieci ma uzasadnioną przyczynę bez względu na ilość spędzanego w nim czasu. Problem pojawia się z chwilą, kiedy człowiek przestaje kontrolować tego typu zachowania. Osoby takie odczuwają silne pragnienie, a nawet przymus surfowania po Internecie i nie panują nad jego rozpoczęciem ani zakończeniem. Objawy abstynencyjne pojawiają się wtedy, gdy taka osoba ma dłuższą przerwę w używaniu Internetu. Istnieje zatem zagrożenie popadania w nałogi współlistniejące, ponieważ przemęczony organizm zmuszony jest do stosowania środków wspomagających. Zaczyna się od kawy, a kończy na innych wynalazkach co staje się następnym problemem.

Nałóg ten podobnie jak wszystkie inne przyczynia się do tego, że zaczynają znikać kontakty z ludźmi oraz niesie wyniszczenie fizyczne i psychiczne czyniąc z człowieka niewolnika. Długotrwałe przebywanie w pozycji siedzącej jest przyczyną problemów z kręgosłupem oraz powoduje osłabienie mięśni i pogorszenie się wzroku. U osób pozbawionych Internetu dochodzi do pobudzenia psychoruchowego, postają zaburzenia snu i depresje. Poczucie lęku i wysoki samokrytycyzm są przyczyną tego, że osoby takie mają niskie poczucie wartości.<sup>49</sup>

### *Pracoholizm.*

Coraz więcej młodych ludzi wkraczając na ścieżkę kariery zawodowej traci kontrolę nad ilością czasu poświęconego pracy. Z biegiem czasu pracowitość ta zmienia się w pracoholizm, który rozwija się podstępnie, a jego rozpoznanie jest bardzo trudne.

Pracoholizm- to stan uzależnienia od wykonywanej pracy. Powoduje zaburzenia równowagi w elementach życia codziennego i wyniszcza cały organizm.<sup>50</sup>

Przeciętny Polak pracuje tygodniowo 41,6 godzin co jest największym wskaźnikiem w Europie, a ponad połowa twierdzi, że spędza w pracy więcej niż 8 godzin. Nie mają wolnego czasu, ciągle coś robią. Pracoholizm dotyka coraz większą rzeszę pracujących Polaków. Zostają nimi zazwyczaj osoby pilne, ambitne, lubiące wygrywać, które stawiają sobie wysokie poprzeczki. Są perfekcyjni i dążą do osiągnięcia sukcesu.

<sup>48</sup> <http://www.slaa.pl/>- dostęp z dnia 12.12.2007.

<sup>49</sup> <http://free.polbox.pl/k/konpluc/KUL.htm>- dostęp z dnia 17.12.2007.

<sup>50</sup> <http://pl.wikipedia.org/wiki/Pracoholizm>- dostęp z dnia 20.12.2007.

Najbardziej narażeni na ten rodzaj uzależnienia są ludzie na stanowiskach, właściciele firm oraz osoby nie umiejące oddzielić pracy od reszty swojego życia. Nie zauważają zwykle problemu, gdyż wydaje się im, że świat tak właśnie wygląda. Dla pracoholika czynności zawodowe i myśli stają się niezbędne, stają się jak narkotyk, który trzeba przyjmować. Na początku są idealnymi pracownikami, ale z biegiem czasu, z powodu wyczerpania stają się mniej efektywni.

Pojawiają się trudności w utrzymaniu związków w jakich funkcjonują gdyż ciągle ich nie ma w domu. Izolują się, a samotność, która ich ogarnęła staje się przyczyną depresji. Zmiany nastroju mogą powodować kłopoty w pracy, często dołączają się problemy z alkoholem przez co narasta cała masa problemów. Granica między pracowitością a nałogiem jest bardzo subtelna. Młodzi ludzie bardzo angażują się w momencie rozpoczynania swojej kariery, przez co często nie dostrzegają jak bardzo oddalili się od rodziny i przyjaciół, a życie osobiste zostało zastąpione życiem zawodowym. Nie mają czasu na sen i odpoczynek.

Dla pewnej grupy ludzi jest to sposób funkcjonowania, który może mieć różne przyczyny, objawy i skutki. Przyczyn tych jest wiele i wszystkie się ze sobą łączą. Dla większości ludzi praca stanowi źródło zarobku, ale jest także naturalną formą samorealizacji mającą wpływ na jakość życia. Są jednak i takie osoby dla których jest ona sposobem ucieczki przed problemami w domu lub lekarstwem na samotność. Nadmierne zajmowanie się pracą czy nałogowe uprawianie seksu zmniejsza dręczące nas napięcie, a świat wydaje się bardziej przyjazny.<sup>51</sup> Dużo zależy od cech charakteru, osobowości, środowiska w jakim funkcjonujemy. Łatwiej znaleźć jest granicę między pracą a rodziną i czasem wolnym jeżeli widzimy świat w przyjazny sposób.

Pracoholizm jest nałogiem, który niszczy życie każdego człowieka. Prowadzi do poczucia zmęczenia, zaburzeń koncentracji, trudności w zasypianiu, zaburzeń łaknienia, wrzodów żołądka i dwunastnicy, skoków ciśnienia, a także zawałów i narastającego stresu. Zdecydowanie mniejsze problemy ze zdrowiem mają osoby, które potrafią zachować dystans do tego co robią. Istotną rzeczą jest to czy zapracowany człowiek zachowuje zdolność dostrzegania objawów ostrzegawczych i żeby poza pracą umiał dostrzec resztę swojego życia.

Aby pozbyć się tego nałogu ważne jest uświadomienie sobie swojego położenia i zmiana stylu życia. Nie jest to zaburzenie, które można wyleczyć farmakologicznie. Zmusza wszystkich uzależnionych do ciężkiej pracy nad sobą, poznania siebie, uświadomienia sobie własnych lęków, potrzeb i emocji.

Z pracoholizmu można wyjść tylko trzeba zmienić swoje podejście do różnych spraw, sposób patrzenia na życie i różne wartości. Solidność, upór i konsekwencje można wykorzystać tak, aby nie obracały się przeciwko nam.

### **Ogólne założenia profilaktyki uzależnień.**

Problem uzależnień w obecnych czasach ma coraz większe znaczenie ponieważ zaburza prawidłowe funkcjonowanie jednostki. Nadużywanie alkoholu, nadmierne palenie, szerząca się narkomania i lekomania stały się podstawą do podjęcia działań profilaktycznych.

Profilaktyka- to kombinacja przepisów i strategii zmierzających do eliminowania lub redukcji czynników prowadzących do uzależnienia. Słowo to odnosi się do zapobiegania polegającego na ukazaniu mechanizmu uzależnienia, a także jego skutków.<sup>52</sup>

---

<sup>51</sup> Moneta Małewska M.: Narkotyki w szkole i w domu. Zagrożenie. Instytut Wydawniczy PAX.  
Warszawa 2000, str.15.

<sup>52</sup> Pacian A.: Opieka medyczna w szkole w ramach zdrowia publicznego. w: Zdrowie publiczne(red.)  
Kulik T.B., Latałski M. Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o. Lublin 2002, str. 247.



Do modeli współczesnej profilaktyki należą:

1. Model oświaty zdrowotnej- zajmujący się przekazywaniem informacji o substancjach uzależniających i ich konsekwencjach.
2. Model edukacji humanistycznej- ma na celu pomoc w kształtowaniu osobowości.
3. Model edukacji społecznej- dotyczący wpływów społecznych. Jej zadaniem jest uczenie rozpoznawania zagrożeń oraz radzenie sobie z niekorzystnymi wpływami.
4. Model edukacji w zakresie umiejętności życiowych- którego działania profilaktyczne obejmują wszystkie wyżej wymienione modele.
5. Model form alternatywnych- skupiający się na spędzaniu czasu wolnego, rozwijaniu zainteresowań.
6. Model promocji zdrowia- którego najwyższą wartością jest zdrowie.<sup>53</sup>

Działania profilaktyczne które do tej pory opierały się na zwalczaniu patologii zostały obecnie wyparte przez działania na rzecz promocji zdrowia. Zaczęto tworzyć programy profilaktyczne, które opierały się na informacji o samej substancji uzależniającej, wspieraniu osobowości i możliwości dokonywania wyborów. Zakładały, że tylko osoby dobrze przystosowane i radzące sobie z trudnościami będą mogły dokonywać właściwych wyborów.

Propagowanie zdrowego stylu życia, zdrowych reakcji i zachowań to główne zadania obecnej profilaktyki. Znalezienie przyczyny sięgania po środki uzależniające stało się niezbędne ponieważ ukazanie negatywnych ich skutków okazało się nie wystarczające.

Zapotrzebowanie społeczne, które jest kierowane pod adresem służby zdrowia dotyczy przygotowania jej do pełnienia roli edukatora zdrowia, umiającego rozpoznać uzależnienie i skutecznie motywować takie osoby do rzucenia nałogu.<sup>54</sup>

Należy podkreślić także, że nawet niewielkie efekty wpływu poradnictwa mogą być znaczące dla zdrowia publicznego.

### Podsumowanie

Profilaktyka nałogów i uzależnień musi iść jednak w parze ze wsparciem rodziny i jej członków, aby nałogi nie stały się formą ucieczki od problemów z którymi nie potrafimy się uporać.

Należy pamiętać o tym, że tylko systematyczne i długofalowe postępowanie prozdrowotne przyniesie sukces w postaci utrzymania się w zdrowiu przez długie lata. Medycyna zrobiła olbrzymi postęp lecz nie oznacza to, że możemy szkodzić swojemu zdrowiu. Poprzez zdobycie wiedzy, uzyskanie istotnych informacji każdy z nas będzie mógł zrobić coś więcej dla swojego zdrowia.

### Literatura

1. Baumeister R.F., Heatherton T.F., Tice D. M.: Utrata kontroli. Jak i dlaczego tracimy zdolność samoregulacji. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Warszawa 2000.
2. Cendrowski Z.: Dekalog Zdrowego Stylu Życia (wydanie II). Zarząd Główny Szkolnego Związku Sportowego. Warszawa 1998.
3. Chiles J., D. M.: Depresje nastolatków a narkotyki. Encyklopedia wiedzy o uzależnieniach. Oficyna Wydawnicza „Profi”. Warszawa 1994.

---

<sup>53</sup> Woronowicz B.T.: Alkoholizm jest chorobą. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Warszawa 1998, str.21-22.

<sup>54</sup> Majda A.: Przygotowanie słuchaczy do pracy profilaktycznej. w: Pielęgniarstwo 2000. Nr 4(45) lipiec- sierpień 1999. Centrum Edukacji Medycznej, str. 62.

4. Dimoff T., Carper S.: Jak rozpoznać czy dziecko sięga po narkotyki. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. ELMA BOOKS. Warszawa 1993.
5. Falewicz J. K.: ABC Problemów Alkoholowych. Wydanie II poprawione. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Warszawa 1993.
6. Górecka D.: Jak pomóc pacjentowi rzucić palenie. Poradnik dla lekarzy. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc. Warszawa 1991.
7. Gwynne P.: Kto używa narkotyków. Encyklopedia wiedzy o uzależnieniach. Oficyna Wydawnicza „Profi”. Warszawa 1994.
8. Kawalec E., Malinowska- Lipień I., Brzostek T.: Rozpowszechnienie zjawiska palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży w Polsce- przegląd aktualnych badań. *Pielęgniarstwo XXI w.*, nr 1 (18)/2007.
9. Kowalewska B., Gołębowska A., Wróblewska K., Chilińska J.: Ocena uzależnienia od nikotyny wśród studentów państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży. *Pielęgniarstwo XXI w.*, nr 1 (18)/2007.
10. Majda A.: Przygotowanie słuchaczy do pracy profilaktycznej. w: *Pielęgniarstwo* 2000. Nr 4(45) lipiec- sierpień 1999. Problemy dydaktyczno- medyczne. Centrum Edukacji Medycznej.
11. Martin Jo, Clendenon K.: Narkotyki i rodzina. Encyklopedia wiedzy o uzależnieniach. Oficyna wydawnicza „Profi”. Warszawa 1994.
12. Mellibruda J.: Tajemnice ETOH. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Warszawa 1993.
13. Moneta Malewska M.: Narkotyki w szkole i w domu. Zagrożenie. Instytut Wydawniczy PAX. Warszawa 2000.
14. Pacewicz A.: Jak Pomóc Dziecku nie Pić. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Warszawa 1994.
15. Pacian A.: Opieka medyczna w szkole w ramach zdrowia publicznego. w: *Zdrowie publiczne* (red.). Kulik T.B., Latański M. Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o., Lublin 2002.
16. Palenie i Ja.: Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego. Rada do spraw oświaty zdrowotnej. Projekt Edukacji Nastolatków na temat Palenia Papierosów (poradnik dla nauczycieli). Warszawa 1994.
17. Problemy narkomanii. Zarys metod resocjalizacji i profilaktyki „Monaru”. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich. Warszawa 1984.
18. Rolna M.: Jak nie zostać narkomanem. Katolicki Ruch Antynarkotyczny „Karan”. Broszura wydana dzięki wsparciu finansowemu Dzielnicowego Ośrodka Pomocy Socjalnej Warszawa Praga-Południe.
19. Rozwiązywanie Problemów Alkoholowych. Regulacje prawne i programy działania. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Warszawa 2001.
20. Służba Zdrowia Naszym Oknem na Świat Bez Papierosa. Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego. Światowa Organizacja Zdrowia, Zestaw Pomocniczy KIT, 1993. Zakład Poligraficzny „Tęcza”. Warszawa 1993.
21. Sztander W.: Poza kontrolą. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Warszawa 1999.
22. Wojcieszek K.: Program profilaktyczny dla młodzieży. NOE część I i II. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Warszawa 1999.
23. Wolniewicz- Grzelak B.: Używanie środków uzależniających .w: *Nastolatek też jest ważny- problemy zdrowotne młodzieży. Poradnik dla lekarzy.*(red) Wojnarowska B., Jadcowska M. Instytut Matki i Dziecka. Warszawa 1995.
24. Woronowicz B.T.: Alkoholizm jest chorobą. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Warszawa 1998.
25. Zagroba M., Jurkiewicz R.: Wiedza studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie na temat narkomanii. *Pielęgniarstwo XXI w.*, nr 1(18)/2007.
26. Zajączkowski K.: Nikotyna, alkohol, narkotyki. Profilaktyka uzależnień. Krótki poradnik psychologiczny. Wydawnictwo Rubikon. Kraków 2001.

- 
27. Zapobieganie zakażeniom HIV, opieka nad ludźmi zakażonymi HIV i chorymi na AIDS. Materiały metodyczne dla nauczycieli szkół medycznych. Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego. Warszawa 1994.
  28. Żołnierczuk-Kieliszek D.: Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem. w: Zdrowie publiczne (red.) Kulik T. B., Latałskiego M., Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o. Lublin 2002.

## INTERNET

<http://narkomania.org.pl/informator/jak-sprawdzic-z-dnia14-12-2007>.

<http://narkomania.org.pl/informator/sterydy-z-dnia-14-12-2007>.

<http://www.slaa.pl/> - z dnia 12.12.2007.

<http://free.polbox.pl/k/konpluc/KUL.htm> -z dnia 17.12.2007.

[http://www.uzaleznienia.yoyo.pl/lekomania/leki\\_uzalezniajace.php-dnia18.12.2007](http://www.uzaleznienia.yoyo.pl/lekomania/leki_uzalezniajace.php-dnia18.12.2007).

<http://www.uzaleznienia.yoyo.pl/lekomania/>- z dnia 18.12.2007.

<http://pl.wikipedia.org/wiki/Pracoholizm>- z dnia 20.12.2007

# Wpływ palenia papierosów na zdrowie społeczeństwa

*Barbara Murawska – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży*  
*Ewa Falkowska - Pijagin – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży*

## Streszczenie

Palenie tytoniu jest nałogiem wywoływanym przez dwa podstawowe, wzajemnie oddziałujące na siebie uzależnienia: farmakologiczne uzależnienie od nikotyny, oraz uzależnienie behawioralne.

W Polsce obserwuje się wzrost chorób wynikających z palenia tytoniu. Dotyczy to przede wszystkim chorób układu krążenia, nowotworów i chorób układu oddechowego.

Istnieje związek między biernym paleniem a podwyższonym ryzykiem zachorowania na choroby dolnych dróg oddechowych takich jak: zapalenie oskrzeli i płuc, oraz astma. Palenie tytoniu przez rodziców jest związane z występowaniem chorób układu oddechowego, trudności w uczeniu się, zaburzeń zachowania i upośledzeniem rozwoju mowy u dzieci.

Według danych epidemiologicznych w populacji mężczyzn odsetek codziennie palących wynosi 44%, natomiast wśród kobiet 24%. Zaprzestanie palenia nie jest rzeczą łatwą, mimo to ponad 70% palaczy w Polsce deklaruje chęć zerwania z nałogiem.

Istnieją sposoby walki z paleniem tytoniu poprzez: programy profilaktyczne, akcje, metody farmakologiczne, paramedyczne, a także tzw. minimalnej interwencji, która zależy od postawy i zaangażowania personelu medycznego w walkę z nałogiem.

**Słowa kluczowe:** nikotynizm, skutki palenia papierosów

## Wprowadzenie

Palenie tytoniu jest najważniejszą, usuwalną przyczyną śmierci współczesnego człowieka. Wiadomo, iż u palaczy częściej rozwijają się nowotwory złośliwe, nie tylko układu oddechowego, ale też pokarmowego i nerek. Palenie tytoniu jest obok nadciśnienia tętniczego najważniejszym czynnikiem ryzyka udaru. Badania potwierdziły silny związek przyczynowy palenia z chorobą wieńcową, zawałem serca i występowaniem nagłej śmierci sercowej. Częstsze występowanie chorób układu krążenia wynika z miazdżycowego działania palenia papierosów.

Poruszając problem szkodliwości palenia nie wolno zapominać, że dotyczy on również wszystkich tych, którzy przebywają w towarzystwie osób palących stają się biernymi palaczami. Są oni narażeni na częstsze występowanie schorzeń powiązanych przyczynowo z paleniem m. in. raka płuca i inne nowotwory złośliwe, choroby układu krążenia. Szczególnie przykry jest fakt, iż biernymi palaczami nierzadko stają się dzieci, u których częściej wówczas rozpoznaje się infekcję dróg oddechowych i niższy wskaźnik wydolności oddechowej. Niepokojący jest wzrost hospitalizacji z powodu zapaleń oskrzeli i płuc będących następstwem biernego palenia tytoniu.

Tymczasem nawet nałogowe palenie tytoniu jest niemal powszechnie akceptowane. Uzależnienie od papierosów rodzi się niepostrzeżenie. W miarę upływu czasu pojawia się postępujące przyzwyczajanie i biologiczne uzależnienie od tytoniu. Udowodniono, że podobnie jest w przypadku uzależnienia od narkotyków, alkoholu i pewnych leków, u nałogowych palaczy papierosów występują objawy tolerancji na określoną dawkę nikotyny i tzw. zespół odstawienia. Palenie tytoniu to nie tylko farmakologiczne uzależnienie od nikotyny, ale przede wszystkim nawyk o charakterze behawioralnym, psychologicznym i społecznym. Palenie tytoniu niestety nadal pozostaje olbrzymim problemem społecznym w Polsce.

Do Polski tytoń dotarł pod koniec XVI w., głównie z Turcji. Powszechne wprowadzenie konsumpcji tytoniu w postaci papierosów nastąpiło w XX w. Dokumentacja szkodliwości zdrowotnej tytoniu zaczęła się przed 200 laty.<sup>1</sup>

Tytoń pali w Polsce 44% mężczyzn i 24% kobiet. Przeciętny palacz mężczyzna wypala około 19 papierosów dziennie a kobieta 15. Każdego roku z powodu chorób odtytoniowych umiera blisko 70 tys. Polaków.<sup>2</sup>

Największy wzrost palenia papierosów w Polsce nastąpił po drugiej wojnie światowej i utrzymywał się do lat 70- tych. Liczba wypalonych rocznie papierosów na jednego mieszkańca wynosiła 2 600 sztuk i należała do największych w świecie. W tym czasie obniżyła się dolna granica wieku rozpoczynania palenia tytoniu, zjawisko to dotyczyło dzieci i młodzieży szkolnej. Najwyższe wskaźniki regularnego palenia zanotowano w 1982 roku, codziennie paliło wtedy w Polsce 62% dorosłych mężczyzn i 32% dorosłych kobiet od tego czasu zaobserwowano zmniejszenie się ilości regularnych palaczy do 39% dorosłych mężczyzn i 19% dorosłych kobiet w 1999 roku.<sup>3</sup>

Spadek konsumpcji papierosów spowodował zmniejszenie umieralności na choroby układu krążenia we wszystkich grupach wiekowych.

Zachodzące zmiany dotyczą bogatszej i lepiej wykształconej części społeczeństwa, oraz osób w mniejszym stopniu uzależnionych od tytoniu. Polska klasuje się na czołowym miejscu największych konsumentów tytoniu na świecie.

### **Nikotynizm.**

Nikotynizm jest to nałóg palenia lub używania tytoniu. Prowadzi do przewlekłego, a nawet ostrego zatrucia nikotyną, która jest silną trucizną.<sup>4</sup> Nikotyna jest substancją, która nawet w małych dawkach oddziałuje na ośrodkowy i autonomiczny układ nerwowy. Pierwszymi objawami zatrucia są: ślinotok, mdłości, podwyższone ciśnienie, wymioty i biegunka, oraz uczucie palenia w ustach i bóle brzucha. Dzieci pragnące stać się dorosłymi i sięgające po papierosy odczuwają nienormalne podniecenie, zawroty głowy, drżenie rąk i osłabienie. U osób nie uzależnionych dawka śmiertelna wynosi 40- 60 mg, co odpowiada wypaleniu jednej do dwóch paczek papierosów.

Dawniej papieros składał się z tytoniu oraz celulozowej bibułki. Obecnie produkowane papierosy stały się produktem przemysłowym, dodaje się do nich setki substancji konserwujących, zmieniających smak czy „jakość” produktu. Do papierosów dodaje się specjalne sole, które powodują, że papieros stale się tli, amoniak zwiększający właściwości uzależniające nikotyny, kakao, cukier i lukrecja poprawiające smak, oraz gliceryna utrzymująca świeżość tytoniu. W trakcie spalania papierosa zachodzi wiele procesów fizycznych i chemicznych min. destylacja, kondensacja, utlenianie, redukcja, dekarboksylacja. W ten sposób wyprodukowany papieros dostarcza palaczowi substancji, od której się uzależnia, czyli nikotyny. Zażywanie długotrwałe nikotyny powoduje zmiany strukturalne w mózgu, oraz powoduje powstanie uzależnienia podobnego do uzależnienia pojawiającego się na skutek zażywania narkotyków takich jak heroina czy amfetamina. Nikotyna oprócz uzależnienia fizjologicznego, często uzależnia psychicznie. Nikotynizm jest przyczyną innych uzależnień np.: alkoholizmu czy narkomanii. W dymie tytoniowym znajduje się ponad 4 tys. szkodliwych związków chemicznych z czego udowodnionych działań rakotwórczych ponad 400. Do najważniejszych związków toksycznych obecnych w dymie tytoniowym należą:

- Nikotyna- zwiększa ciśnienie krwi, działa odkurczająco na ściany naczyń krwionośnych, powoduje zaburzenia rytmu serca, jest substancją uzależniającą palacza od papierosa.

<sup>1</sup> Zatoński W. i Przewoźniak K.: Palenie tytoniu w Polsce: postawy, następstwa zdrowotne i profilaktyka, Wyd. Centrum Onkologii- Instytut im. Marii Skłodowskiej- Curie, Warszawa 1999

<sup>2</sup> [www.promocjazdrowia.pl](http://www.promocjazdrowia.pl), z dn. 1 marzec 2007

<sup>3</sup> Kulik T.B i Latalski M.: Zdrowie publiczne, Wyd. Czelej, Lublin 2002

<sup>4</sup> <http://abc.palenia.webpark.pl/nikotyna.htm>, z dn. 2 maj 2007-05-17

- Tlenek węgla- zmniejsza zawartość tlenu we krwi, utrudnia prace serca, oraz dotarcie tlenu do różnych narządów organizmu.
- Tlenek azotu- osłabia odporność organizmu na zakażenia dróg oddechowych, ma niekorzystny wpływ na płuca.


Cyjanowodor- jest jednym z najbardziej toksycznych związków chemicznych w dymie tytoniowym, wywołuje bóle i zawroty głowy, nudności i wymioty.

Osoby palące narażone są nie tylko na działanie nikotyny, lecz także na tzw. smołkę, która zawiera wiele substancji rakotwórczych.

Dym papierosowy łagodniejszy ze znacznie łagodniejszą zawartością nikotyny „light” (lekkie) i „mild” (łagodne) z dodatkowym filtrem zawiera nieco mniej nikotyny i substancji smolistych, ale nałogowi palacze kierowani głodem nikotynowym tak dostosowują intensywność wdychanego dymu, aby dostarczyć organizmowi potrzebną jej dawkę. W rezultacie papierosy o małej zawartości nikotyny i substancji smolistych dostarczają takiej samej ilości tych substancji palaczowi, co papierosy o dużej ich zawartości.

W celu stworzenia prostej metody umożliwiającej palaczom ocenę uzależnienia od nikotyny, oraz wyboru metody leczenia odwykowego szwedzki naukowiec dr. Karl O. Fagerstrom opracował Kwestionariusz Tolerancji Nikotyny. Znalazł on szerokie zastosowanie w lecznictwie odwykowym, w szczególności w terapii opartej na substytucji nikotyny.

## TEST UZALEŻNIENIA OD NIKOTYNY WG FAGERSTRÖMA



Imię i nazwisko pacjenta: .....

Rok urodzenia: .....

Pytanie	Odpowiedź	Punkty
1. Jak szybko po przebudzeniu zapala Pani/Pan pierwszego papierosa?	Do 5 minut	3
	6–30 minut	2
	31–60 minut	1
	Po 60 minutach	0
2. Czy ma Pani/Pan trudności z powstrzymaniem się od palenia w miejscach, gdzie to jest zakazane?	Tak	1
	Nie	0
3. Z którego papierosa jest Pani/Panu najtrudniej zrezygnować?	Z pierwszego rano	1
	Z każdego innego	0
4. Ile papierosów wypala Pani/Pan w ciągu dnia?	0 lub mniej	0
	11–20	1
	1–30	2
	31 i więcej	3
5. Czy częściej pali Pani/Pan papierosy w ciągu pierwszych godzin po przebudzeniu niż w pozostałej części dnia?	Tak	1
	Nie	0
6. Czy pali Pani/Pan papierosy nawet wtedy, gdy jest Pani/Pan tak chora(y), że musi leżeć w łóżku?	Tak	1
	Nie	0

**Suma punktów:**

*Jeszcze nie jest za późno, aby rzucić palenie!  
Rzuć palenie razem z nami!  
Potrzebujesz wsparcia?  
Zadzwoń do Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym  
**0-801 108 108***

## INTERPRETACJA WYNIKÓW TESTU



**PONIŻEJ 7 PUNKTÓW** – Pacjent prawdopodobnie nie jest farmakologicznie uzależniony od nikotyny, a palenie tytoniu to u niego zachowanie bądź wyuczone, bądź generowane psychospołecznie. W leczeniu odwykowym powinna wystarczyć stymulowana autorytatywną poradą lekarską silna motywacja i wola zostania abstynentem, skrupulatne wykonanie dobrze zaplanowanego programu samokontroli oraz wsparcie ze strony otoczenia. Zasadne może okazać się również skierowanie pacjenta do psychologa lub psychoterapeuty w celu leczenia psychogennego uzależnienia od tytoniu. Farmakologiczne środki odwykowe, w tym substytuty nikotyny, nie będą prawdopodobnie potrzebne.

**7 PUNKTÓW I WIĘCEJ** – Pacjent prawdopodobnie jest farmakologicznie uzależniony od nikotyny i w swoim przekonaniu nie może żyć bez papierosa. Wielu pacjentów, u których intensywne i długotrwałe palenie papierosów stało się powodem schorzeń lub objawów chorobowych, przeżywa poważny dylemat: chcieliby oni zerwać z nałogiem, ale z powodu silnego biologicznego uzależnienia od nikotyny mają trudności z utrzymaniem abstynencji. Główny problem stanowią występujące po zaprzestaniu palenia objawy zespołu abstynenckiego, np. głód nikotyny. Lekarz powinien wówczas poinformować pacjenta o najważniejszych objawach zespołu abstynenckiego oraz sposobach radzenia sobie z nimi. Należałoby równocześnie rozważyć, czy poza zaleceniem metod psychoterapeutycznych lub samokontrolnych, nie trzeba pacjentowi przepisać środków farmakologicznych zawierających nikotynę, np. nikotynowej gumy do żucia lub naskórnych plastrów nikotynowych, a także innych leków redukujących objawy zespołu abstynenckiego.

Wydawca: Centrum Onkologii – Instytut,  
ul. Roentgena 5  
02-781 Warszawa,  
tel./fax: (22) 643 92 34  
e-mail: canepid@coi.waw.pl

Wydano ze środków "Programu ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce"

Obok typu i stopnia uzależnienia kluczowym elementem rzucania nałogu palenia tytoniu jest motywacja do zaprzestania palenia. Dr. Nina Schneider z Uniwersytetu w Los Angeles opracowała test dla osób palących pozwalający zorientować się im, jak mocna jest ich motywacja do rzucenia palenia.

# ZMODYFIKOWANY TEST MOTYWACJI



## DO ZAPRZESTANIA PALENIA WG DR SCHNEIDER

Imię i nazwisko: .....

Pytanie	Odpowiedź	
	Tak	Nie
1. Czy chcesz rzucić palenie tytoniu?	Tak	Nie
2. Czy decydujesz się na to dla siebie samej/samego (podkreśl „TAK”), czy dla kogoś innego, np. dla rodziny itp. (podkreśl „NIE”)?	Tak	Nie
3. Czy podejmowałaś(eś) już próby rzucenia palenia?	Tak	Nie
4. Czy orientujesz się, w jakich sytuacjach palisz najczęściej?	Tak	Nie
5. Czy wiesz, dlaczego palisz tytoń?	Tak	Nie
6. Czy mogłabyś/mógłbyś liczyć na pomoc rodziny, przyjaciół itp., gdybyś chciał(a) rzucić palenie?	Tak	Nie
7. Czy członkowie Twojej rodziny są osobami niepalącymi?	Tak	Nie
8. Czy w Twoim domu nie pali się tytoniu?	Tak	Nie
9. Czy w miejscu, w którym pracujesz, nie pali się tytoniu?	Tak	Nie
10. Czy mogłabyś/mógłbyś liczyć na pomoc współpracowników, gdybyś chciał(a) rzucić palenie?	Tak	Nie
11. Czy jesteś zadowolony ze swojej pracy i trybu życia?	Tak	Nie
12. Czy orientujesz się, gdzie i w jaki sposób szukać pomocy, gdybyś miał(a) problemy z utrzymaniem abstynencji?	Tak	Nie
13. Czy wiesz, na jakie pokusy i trudności będziesz narażony(a) w okresie abstynencji?	Tak	Nie
14. Czy wiesz, w jaki sposób samej/samemu sobie poradzić w sytuacjach kryzysowych?	Tak	Nie
	<b>Suma „Tak”</b>	<b>Suma „Nie”</b>

Wydawca: Centrum Onkologii – Instytut,  
ul. Roentgena 5  
02-781 Warszawa,  
tel./fax: (22) 643 92 34  
e-mail: canepid@coi.waw.pl

Wydano ze środków „Programu ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce”



## INTERPRETACJA WYNIKÓW TESTU



Test mierzy motywację, gotowość i uwarunkowania sprzyjające rzuceniu palenia. Aby uzyskać wynik, podsumuj osobno wszystkie udzielone odpowiedzi „Tak” i „Nie”.

- **IM WIĘCEJ RAZY NA PYTANIA TESTU ODPOWIADAŁEŚ TWIERDZĄCO**, tym większa jest Twoja gotowość i możliwość skutecznego rzucenia palenia. Jeśli suma udzielonych przez Ciebie odpowiedzi „Tak” jest wyższa od sumy odpowiedzi „Nie”, oznacza to, że najwyższy czas spróbować rzucić palenie. Aby jednak zwiększyć swoje szanse, powinieneś pracować nad utrzymaniem motywacji (a nawet nad jej zwiększeniem), pamiętając, że w trakcie procesu rzucania palenia może się ona obniżyć z powodu trudności, jakie prawdopodobnie napotkasz. Postaraj się przeanalizować te odpowiedzi, na które udzieliłeś odpowiedzi przeczącej i doprowadzić do sytuacji, w której będziesz mógł zaznaczyć przy nich „Tak”. Aby utrzymać motywację, dobrze byłoby, żebyś znalazł wśród swoich bliskich, przyjaciół lub współpracowników osoby, które będą Cię wspierać w Twojej próbie rzucania palenia. Najlepszym ekspertem lub wzorem może być ktoś, komu udało się rzucić palenie. Być może warto byłoby też uzyskać pomoc od swojego lekarza.
- **JEŚLI NATOMIAST CZĘŚCIEJ ZAKREŚLAŁEŚ ODPOWIEDŹ „NIE”**, oznacza to, że Twoja gotowość do zerwania z nałogiem nie jest zbyt wysoka. Jeżeli poważnie myślisz o swoim zdrowiu, sprawdź, na które pytania odpowiedziałeś przecząco; postaraj się doprowadzić do sytuacji, w której będziesz mógł zaznaczyć przy nich „Tak”.  
Jeśli jednak podjąłeś decyzję, żeby spróbować teraz rzucić palenie, to bardzo dobrze. Zanim jednak podejmiesz jakieś działania, postaraj się zwiększyć swoją motywację i gotowość. Być może powinieneś spotkać się ze swoim lekarzem i poprosić o literaturę na temat szkodliwości palenia i korzyści zerwania z nałogiem oraz poradnik, jak to zrobić, które pomogą Ci podjąć, utrzymać i doprowadzić do realizacji swoją decyzję. Warto, abyś znalazł również w swoim otoczeniu osoby, którym udało się rzucić palenie i które będą mogły podzielić się z Tobą swoim doświadczeniem. Możesz również poprosić o pomoc lekarza, który przepisze Ci skuteczne leki wspomagające rzucanie palenia.

*Jeszcze nie jest za późno, aby rzucić palenie!  
Rzuć palenie razem z nami!  
Potrzebujesz wsparcia?  
Zadzwoń do Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym  
**0-801 108 108***

Druk: Drukarnia Nr 1, 02-521 Warszawa, Rakowiecka 37, tel. (0-22) 640-81-77, fax 849-94-97, Zam. 3335/04

U osób, które zaprzestały palenia rozwijają się różne objawy tzw. zespołu odstawienia nikotyny. Objawy te ujawniają się po kilku godzinach i trwają wiele tygodni, nawet miesięcy. Nagłe odstawienie nikotyny lub zmniejszenie jej dawki dostarczanej organizmowi wywoła w ciągu 24 godzin: głód nikotynowy, irytację, stany lękowe, ogólne pogorszenie nastroju, trudności w koncentracji, niepokój. Większość objawów subiektywnych nasila się po 48

godzinach a w okresie następnych 3- 4 tygodni ich natężenie stopniowo słabnie. Najbardziej charakterystyczny objaw zespołu odstawienia głód nikotynowy może się jeszcze utrzymywać przez kilka miesięcy. Głód nikotynowy z różnym nasileniem jest o różnych porach dnia. Najślabszy jest zaraz po przebudzeniu, a najsilniejszy wieczorem. Wzrost masy ciała jest stosunkowo częstym objawem zespołu odstawienia nikotyny, który może być przyczyną powrotu do nałogu palenia.<sup>5</sup>

### **Palenie bierne.**

W badaniach wykazano, że ilości substancji szkodliwych zwłaszcza rakotwórczych we wdychanym dymie tytoniowym przez osoby niepalące, są wielokrotnie wyższe od tych, jakie wdycha osoba paląca. Wchłanianie dymu tytoniowego zachodzi głównie w układzie oddechowym,

a także układzie pokarmowym jako rezultat polykania.

W wyniku tlenia się papierosa między zaciąganiem, powstaje tak zwany boczny strumień dymu. W dymie tytoniowym bocznym znajduje się 4 razy więcej nikotyny i 35 razy więcej dwutlenku węgla niż w dymie wdychanym przez aktywnych palaczy.<sup>6</sup>

Bierne palenie ma negatywny wpływ na matkę, zarodek, płód, łożysko, noworodka i dziecko. Przez łożysko ciężarnej kobiety przenika tlenek węgla jak i nikotyna, które przechodzą do krwi płodu, przez co płód pozostaje w stanie niedotlenienia. „Nikotyna przenikając przez łożysko powoduje uwolnienie adrenaliny, noradrenaliny i acetylocholino w zwojach układu wegetatywnego

i rdzenia nadnerczy. Po wypaleniu papierosa dochodzi w wyniku skurczu naczyń macicznych, do zmniejszenia przepływu krwi w przestrzeni międzykosmkowej o około 20% i ograniczenia wymiany tlenu. Palenie powoduje podwyższenie stężenia we krwi cyjanków i tjocyjanków, blokujących wiele enzymów cyklu oddechowego oraz unieczynnienia anhydrazy węglanowej zawartej w erytrocytach, co upośledza zdolność krwi do przenoszenia gazów”.<sup>7</sup> Bierne palenie papierosów przez kobiety w czasie ciąży istotnie obniża możliwość wzrostu dziecka w okresie prenatalnym. Noworodki takie mają niższą urodzeniową masę ciała średnio o 250g. Dzieci kobiet palących w czasie ciąży mają wyższy wskaźnik zachorowalności i śmiertelności do wieku 5 lat, są częściej leczone z powodu zapalenia płuc i zapaleń oskrzeli. W tej grupie dzieci występuje częściej zespół nagłej śmierci noworodka tzw. śmierci łożeczkowej. Kobiet ciężarnych palących tytoń w Polsce jest około 30% na wsi i 33% w mieście.<sup>8</sup>

U kobiet palących papierosy, które karmią piersią mleko zawiera kadm i jest mniejsza zawartość witaminy C. Małe dzieci przebywające w zadymionym pomieszczeniu są bardziej podatne na infekcje uszu, przeziębienia. Przebywanie w zadymionym środowisku zmniejsza szanse na prawidłowe funkcjonowanie płuc oraz przyspiesza bicie serca.

Dzieci palących matek są bardziej narażone na choroby dolnych dróg oddechowych np.: błonicę, zapalenie oskrzeli, zapalenie oskrzelików i zapalenie płuc. Astma występuje częściej wśród dzieci palących rodziców. Czynniki środowiskowe mają duże znaczenie dla zapoczątkowania choroby, a także dla jej przebiegu. Narażenie dzieci astmatyków na dym tytoniowy może wywołać zaostrzenie choroby. Bierne palenie przez dzieci ma wpływ na ich rozwój umysłowy. Stwierdzono, że dzieci palaczy osiągają gorsze wyniki w szkole. Gorzej wypadają w testach dotyczących mowy i przetwarzania usłyszanych informacji. Mają także więcej problemów związanych z zachowaniem np.: cierpią na zaburzenia zachowania, zespół nadaktywności, oraz zmniejszenie długości okresu koncentracji. Zaburzenia te rozciągają się

<sup>5</sup> Jaworski R. (red.): Palenie tytoniu aspekty medyczne, psychiczne i duchowe, Wyd. Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie

<sup>6</sup> Gromadzka-Ostrowska I., Włodarek D., Toeplitz Z. Edukacja Prozdrowotna, Wyd. SGGW, Warszawa 2003

<sup>7</sup> Kamiński K., Fiegler-Rudal P., Węgrzyn P. Nieprawidłowe wzrastanie płodu. W: Bręborowicz G. H.: Położnictwo i ginekologia Wyd. PZWL, Warszawa 2005

<sup>8</sup> www.promocjazdrowia.pl, z dn. 3 marca 2007

u dzieci na całe życie. Istnieją dowody wskazujące na to, że w odniesieniu do dzieci wdychanie dymu tytoniowego z otoczenia może przyspieszać ewolucję zmian prowadzących do chorób układu krążenia.

Udokumentowano szkodliwy wpływ biernego palenia m.in. na transport tlenu i stężenie cholesterolu HDL. Badania dotyczące występowania miażdżycy tętnic wskazują, że ekspozycja na dym tytoniowy może przyspieszyć rozwój zmian miażdżycowych. Dym tytoniowy wdychany bezwolnie z otoczenia zawiera wiele substancji o działaniu rakotwórczym. Ekspozycja na dym tytoniowy jest czynnikiem ryzyka raka płuc u osób niepalących.<sup>9</sup>

### **Zjawisko nikotynizmu wśród dzieci i młodzieży.**

Większość dzieci palących rodziców sama częściej zaczyna palić papierosy, przez przyzwalającą postawę. Nawyk palenia przez dzieci i młodzież ściśle wiąże się z częstością palenia przez rodziców. Palenie papierosów przez rodziców ma negatywny wpływ na dzieci. Dużo dzieci próbuje już palić w szkole podstawowej. Badania wśród uczniów wykazały, że pali lub próbuje palić 43,5% uczniów klas VI i VII, w tym chłopców 69%, a dziewcząt 31%. Stali palacze papierosów są częstym zjawiskiem wśród młodzieży szkolnej. Do regularnego palenia przyznaje się 22%, a do okazjonalnego 15% młodzieży. Ci, którzy palą z każdym rokiem wypalają więcej papierosów.<sup>10</sup>

W niektórych subkulturach młodzieżowych palenie jest uważane za symbol nowoczesności i jest podejmowane jako naśladowanie idoli. Przypuszcza się, że codziennie w Polsce około 500 dzieci sięga po swego pierwszego papierosa wchodząc na drogę ku regularnemu paleniu w dorosłym życiu. Młodzi ludzie uważają, że zagrożenie zdrowia ich nie dotyczy i trudno jest ich przekonać o ryzyku związanym z paleniem. Niejednokrotnie młodzi ludzie zaczynają palić, by się upodobnić do swych przyjaciół, chcą wyglądać dorosłe. Regularne palenie wśród młodzieży szkół ponadpodstawowych jest problemem zwłaszcza wśród chłopców w liceach ogólnokształcących i technikach. W zasadniczych szkołach zawodowych regularne palenie jest rozpowszechnione tak u chłopców, jak i u dziewcząt, codziennie pali co trzeci uczeń.<sup>11</sup>

Wydaje się, że okres dojrzewania jest najważniejszy dla porzucenia palenia lub przejścia od prób palenia w nałóg. Wczesny kontakt z papierosami w dzieciństwie sprzyja podejmowaniu palenia przez nastolatki. Nastolatki zaczynają palić nie uświadomiwszy sobie uzależniających właściwości nikotyny, farmakoaktywnego składnika papierosów. Wśród tej grupy spotyka się wszystkie rodzaje zachowań związanych z paleniem tytoniu od stadium przygotowania poprzez eksperymentowanie, regularne palenie aż do uzależnienia. Często okres od zapalenia „próbne” papierosa do silnego uzależnienia trwa u nastoletnich palaczy nie dłużej niż rok. Kiedy nastolatek uświadamia sobie rozmiar swojego uzależnienia od nikotyny, rzucenie nałogu staje się bardzo trudne, tak pod względem fizycznym jak i psychologicznym. Większość palącej młodzieży regularne palenie rozpoczęła po 15 roku życia. Jest to wiek o największym ryzyku rozwoju regularnego palenia osób dorosłych. Zwiększenie się częstości palenia wśród młodych ludzi wskazuje, że skuteczność obecnych działań antynikotynowych jest niezadowalająca. Stwierdzono, że nastolatki są mniej „podatne” na kampanie adresowane do społeczeństwa, oraz zakazy dotyczące palenia w miejscach publicznych, jak i informacje antynikotynowe nie są dostatecznie przekonywujące.<sup>12</sup>

<sup>9</sup> Zatoński W.: Zdrowie dzieci a biernie palenie tytoniu, Wyd. Centrum Onkologii- Instytut ze środków „Programu pierwotnej profilaktyki chorób odtyniowych w Polsce w 2000 r.”

<sup>10</sup> <http://abc.palania.webpark.pl/nikotyna.htm>, z dn. 2 maj 2007

<sup>11</sup> Mazur J., Woynarowska B., Kowalewska A.: Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce. Palenie tytoniu z „Programu polityki zdrowotnej i społeczno- ekonomicznej prowadzonej do zmniejszenia konsumpcji tytoniu na lata 1997- 2000”, Warszawa 2000

<sup>12</sup> Szymborski J., Zatoński W.,: Szkolne programy zapobiegania palenia tytoniu, Wyd. Centrum Onkologii-Instytut ze środków Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1988

### **Choroby wywołane paleniem papierosów.**

Palenie tytoniu widocznie pogarsza wygląd skóry. Wcześniej występują zmarszczki, opóźnia się gojenie ran, zaostrza stan wielu schorzeń skóry. Dermatolodzy mówią o „tytoniowej twarzy” łatwej do rozpoznania. Skóra osoby palącej wcześniej staje się szara i pomarszczona, wygląda zdecydowanie starszej. Również zmarszczki u osób palących pojawiają się znacznie wcześniej niż u nie palących. Wskutek przenikania do skóry substancji zawartych w dymie obniża się zawartość witamin A, C i E. Tymczasem witaminy te chronią skórę przed szkodliwym działaniem wolnych rodników. Bez tych ważnych utleniaczy skóra traci elastyczność i maleją szanse na jej regenerację.

Także osteoporoza występuje częściej u kobiet palących niż u niepalących. Kobieta paląca paczkę dziennie papierosów przez całe swoje dorosłe życie do okresu menopauzy ma przeciętnie

5- 10% mniejszą gęstość kości, co oznacza większe ryzyko ich złamania.

#### *1. Choroby przewodu pokarmowego*

Istnieje hipoteza, że palenie tytoniu zwiększa ryzyko choroby żołądka i dwunastnicy. Czynniki ryzyka choroby wrzodowej są zintegrowane ze społeczno- środowiskowymi szkodliwościami, których źródłem mogą być czynniki fizyczne, społeczne, psychiczne i zachowania. Duży wpływ mają również czynniki behawioralne: palenie papierosów, spożywanie alkoholu, niewłaściwy sposób odżywiania, prowadzenie nieregularnego trybu życia. Chorobę wrzodową leczy się znacznie lepiej u niepalących lub zaprzestających palenia niż u osób kontynuujących palenie w czasie kuracji.

Występuje zwiększenie ryzyka choroby Crohna u palaczy tytoniu. Najbardziej typowymi objawami choroby Crohna- Leśniowskiego są: biegunki, pobolewanie w jamie brzusznej, niedokrwistość, zwwyżki temperatury, którym towarzyszy przyspieszony OB i zmienna, umiarkowana leukocytoza. Występują też zaburzenia resorpcji szczególnie kwasów tłuszczowych.

#### *2 Choroby układu oddechowego*

Palenie papierosów powoduje najczęściej choroby płuc organizmu, który bezpośrednio wystawiony jest na działanie dymu tytoniowego. Tkanka płucna wykazuje szczególną wrażliwość na toksyczne działanie dymu papierosowego. Dym palonego papierosa dociera aż do pęcherzyków płucnych, najgłębiej położonych i najbardziej wrażliwych części płuc. Rzęski wyszczelniające drogi oddechowe oczyszczają płuca ze znajdujących się we wdychanym powietrzu cząsteczek. Ilość dymu z jednego papierosa wystarcza, by sparaliżować rzęski i zaburzyć mechanizmy oczyszczania płuc. Substancje smoliste wdychane podczas palenia powodują podrażnienia oskrzeli, które produkują większe ilości śluzu, co może doprowadzić do przerostu gruczołów śluzowych. Rzęski ulegają uszkodzeniu i częściowo zanikają. Śluz zalega w oskrzelach i blokuje ich światło. Podczas snu odruchy oddechowe są zredukowane. Poranny kaszel palacza ma za zadanie oczyszczenie oskrzeli jednak znaczna część oskrzeli pozostaje zaczopowana lepkiem śluzem, utrudniającym normalną wymianę tlenową. Palenie tytoniu jest przyczyną przewlekłego zapalenia oskrzeli i przewlekłego zaczopowania dróg oddechowych. Najbardziej szkodliwym działaniem dymu tytoniowego jest niszczenie pęcherzyków płucnych.

Do rozedmy płuc dochodzi, gdy ścianki sąsiednich pęcherzyków płucnych ulegają uszkodzeniu, tworząc przestrzenie większe, lecz mniej sprawnie przekazujące tlen. Płuca zdrowego człowieka posiadają około 300 milionów pęcherzyków płucnych, w miarę ubywania pęcherzyków płucnych oddychanie staje się coraz trudniejsze. Gdy czynnych pęcherzyków płucnych pozostaje mniej niż 50 milionów dalsze życie jest niemożliwe.<sup>13</sup> Śmiertelność z powodu zapalenia oskrzeli i rozedmy płuc zależy od długości palenia i od liczby wypalanych papierosów.

Przewlekle zapalenie oskrzeli i rozedma płuc są spowodowane paleniem tytoniu i występują razem. Przyjęto je obejmować jedną nazwą „przewlekła obturacyjna choroba płuc”

<sup>13</sup> Wróbel P.: Zdrowie poszło z dymem, Rynek zdrowia, listopad- grudzień 2005 nr 6(6) s50- 51

(POCHP). Choruje na nią około 10% osób po 40 roku życia.<sup>14</sup> POCHP jest jedyną chorobą z powodu której liczba zgonów wzrasta. Jest czwartą przyczyną zgonów. Na POCHP chorują przede wszystkim palacze, nierzadko przed 40 rokiem życia. Czynnikiem ryzyka są częste, nie leczone infekcje wirusowe w dzieciństwie oraz bierne palenie. Pod wpływem czynników drażniących dochodzi do przewlekłego procesu zapalnego w drzewie oskrzelowym. Następuje nadmierne wydzielanie śluzu co doprowadza do zubożenia nabłonka w rzęski. Doprowadza to do zaburzeń oczyszczania oskrzeli, w których zalega wydzielina łatwo ulegająca nadkażeniu. W wyniku podrażnienia nabłonka dróg oddechowych dochodzi do napływania leukocytów, a te rozpadając się wydzielają czynniki niszczące mięsz płucny. Napięcie nerwowe ścian mięśniówki jest większe, co wraz z zapalnym obrzękiem nabłonka i zaleganiem śluzu zwęża oskrzela. Te zwężenia oskrzela określa się jako obturacja. Pierwszym objawem POCHP jest kaszel, zwykle w godzinach rannych większość chorych odpluwa niewielką ilość śluzowej wydzieliny oskrzelowej. W bardziej zaawansowanych okresach choroby kaszel występuje w czasie całego dnia a nawet nocy. Późnym objawem choroby jest duszność. Charakterystyczną jej cechą jest to, że występuje wyłącznie podczas wysiłku fizycznego. W zaawansowanych okresach choroby pojawiają się powikłania choroby pod postacią niewydolności oddychania i niewydolności serca. Powikłania te są głównymi przyczynami zgonu chorych na POCHP. W badaniu przedmiotowym głównymi objawami są: cechy rozdęcia płuc, beczkowa klatka piersiowa, świszczanie szmerów oddechowych, a u części chorych świsty i furczenia. W późnym okresie choroby dołącza się sinica centralna i obrzęki. Głównym i najlepszym wyznacznikiem ciężkości choroby jest zachowanie się szybkości przepływu powietrza w czasie pierwszej sekundy natężonego wydechu (FEV1). Zmianę tę mierzy się podczas spirometrii. Największa wartość FEV1 człowiek zdrowy osiąga między 25 a 30 rokiem życia. Później płuca zaczynają się starzeć. U chorego na POCHP FEV1 obniża się rocznie o więcej niż 40 ml. Powoduje to, że między 50 a 60 rokiem życia chory utraci bezpowrotnie ponad 50% rezerwy oddechowych płuc. W tym okresie pojawia się duszność w czasie wysiłku stanowiąca poważne utrudnienie w życiu i pracy chorego. Obniżenie FEV1 poniżej 30% następuje pomiędzy 60 i 70 rokiem życia. Stanowi bezpośrednie zagrożenie życia spowodowane powikłaniami.<sup>15</sup> Choroba rozpoznawana jest bardzo późno. Przez wiele lat jedynym objawem jest przewlekły kaszel lekceważony przez chorego i traktowany jako nieistotne następstwo palenia papierosów. Chory zgłasza się do lekarza dopiero wtedy, kiedy zaczyna odczuwać duszność podczas wysiłku. Zwykle znajduje się już w III okresie zaawansowania choroby. Zaprzestanie palenia zahamowuje dalszy przebieg choroby.

### 3. *Choroby układu krążenia.*

Szkodliwy wpływ palenia tytoniu na układ sercowo- naczyniowy jest związany z nikotyną, która ma wpływ na układ autonomiczny. Nikotyna stymuluje wydzielanie katecholamin przez rdzeń nadnerczy, które zwiększają aktywność współczulną w sercu i mniejszym stopniu w naczyniach krwionośnych. Tlenek węgla bezpośrednio uszkadza mięsień serca, prowadząc do spadku jego objętości wyrzutowej. Powstająca pod jego wpływem karboksyhemoglobina nasila agregację płytek krwi, sprzyjając powstawaniu zmian zakrzepowych. Znajdujący się w dymie formaldehyd bezpośrednio doprowadza do martwicy komórek mięśnia serca. Innymi składnikami dymu tytoniowego oddziałującymi niekorzystnie na układ krążenia są tiocyjanki. Tiocyjanki głęboko uszkadzają komórki mięśnia serca poprzez upośledzenia procesów oddychania tkankowego.

Miażdżycę charakteryzuje się ogniskowym gromadzeniem w wewnętrznej błonie ścian tętnic cholesterolu, monocytów, limfocytów, komórek mięśni gładkich, tkanki włóknistej i soli wapnia. Palenie papierosów przyspiesza rozwój miażdżycy w tętnicach wieńcowych, szyjnych, mózgowych, oraz w aorcie i innych dużych tętnicach krążenia obwodowego. Palenie papierosów zwiększa oksydację cholesterolu niskiej gęstości (LDL) i redukuje poziom cholesterolu wysokiej

<sup>14</sup> Kuna P., Kasprzyk M.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP), Przewodnik lekarza, wrzesień 2002 nr 9(45) s57- 62

<sup>15</sup> www.pochp.org, z dn. 14 maja 2007

gęstości (HDL). Nikotyna zawarta w dymie tytoniowym uwalnia katecholaminy, które wzmagając pobudzenie adrenergiczne, indukują lipozę, co uwalnia wolne kwasy tłuszczowe. Te z kolei wychwytywane są przez komórki wątroby, w których dochodzi do nadmiernej produkcji lipoprotein bardzo małej gęstości (VLDL). Palenie papierosów prowadzi do toksycznego uszkodzenia komórek śródbłonna naczyń i w ten sposób powstaje rozwój zmian miażdżycowych. Nikotyna hamuje syntezę prostacykliny, która bierze udział w regulacji lokalnej hemostazy poprzez zmniejszenie agregacji płytek i rozszerzaniu tętnic. Jeśli dojdzie do uszkodzenia śródbłonna dochodzi do przyklejenia płytek krwi do ściany naczyniowej. Palenie papierosów zwiększa zawartość fibrynogenu we krwi, materiału z którego powstaje włóknik, niezbędny do utworzenia zakrzepu.

Choroba niedokrwienna serca jest objawowym okresem rozwoju miażdżycy, w której są uwidocznione zmiany morfologiczne naczyń wieńcowych. W przebiegu tej choroby dochodzi do zaburzenia równowagi między aktualnym zapotrzebowaniem serca na tlen i związki energetyczne a ich dostawą. Głównymi objawami tej choroby są dolegliwości bólowe o charakterze pieczenia zlokalizowane w okolicy zamostkowej z możliwością promieniowania do lewego barku i w dół wzdłuż lewego ramienia do palców ręki. Zazwyczaj ból wieńcowy jest wyzwalany przez wysiłek fizyczny i utrzymuje się nie dłużej niż kilka minut, ustępuje w spoczynku. Częstość występowania choroby wieńcowej wśród palaczy jest o 70% większa niż wśród niepalących, przy czym częstość zgonów palaczy z powodu choroby niedokrwiennej serca jest od dwóch do trzech razy większa.<sup>16</sup> Palenie papierosów jest jedynym modyfikowalnym czynnikiem ryzyka nagłej śmierci sercowej u osób z chorobą niedokrwienną serca, jak i bez niej. Zaprzestanie palenia redukuje ryzyko śmiertelnej arytmii u pacjentów z dysfunkcją lewej komory po zawale mięśnia serca.

Zawał serca powstaje w wyniku zamknięcia przepływu przez tętnicę wieńcową na czas dostatecznie długi, aby doprowadzić do martwicy komórek mięśnia serca. Objawem zawału serca jest ból o charakterze ucisku, gniecenia, palenia w klatce piersiowej promieniującym do barków a zwłaszcza do lewej kończyny górnej. Palenie papierosów zwiększa ryzyko nagłego zgonu w przebiegu zawału serca.

Nadciśnienie tętnicze definiuje się jako ciśnienie skurczowe równe lub wyższe niż 140 mmHg, oraz rozkurczowe równe lub większe 90 mmHg.<sup>17</sup> Choroba ta przez długi czas przebiega skąpoobjawowo, w tym czasie chory odczuwać może dolegliwości bólowe głowy zwykle w okolicy potylicy, zmniejszoną wydolność wysiłkową, duszność, zawroty głowy, szum w uszach i krwawienia z nosa. Wypalenie kilku papierosów wywołuje niekorzystne zmiany hemodynamiczne i humoralne, które są związane z działaniem nikotyny. Po wypaleniu papierosa następuje wzrost ciśnienia tętniczego wskutek pobudzenia układu współczulnego o czym świadczy zwiększenie stężenia adrenaliny we krwi.

Palenie tytoniu ma silny związek z chorobami tętnic. Przykładem takiej dolegliwości jest choroba Buergera. Choroba Buergera, czyli zarostowo- zakrzepowo zapalenie naczyń obejmuje odcinki tętnic małego i średniego kalibru oraz często powierzchowne żyły kończyn. Jednymi z pierwszych objawów tej choroby są: uczucie zimna, drętwienie, mrowienie lub palenia w obrębie zajętej kończyny. W dalszym przebiegu pojawiają się chromanie przestankowe, w przypadku niedokrwienia pojawiają się silne dolegliwości bólowe. Może pojawić się zgorzel jednego lub kilku palców. Jeśli pacjent nie zaprzestanie palenia papierosów to dochodzi do postępu choroby i amputacji zajętej przez chorobę części kończyny.

Udary mózgowe są to zazwyczaj nagłe uszkodzenia mózgu spowodowane zmianami w naczyniach. Udar może być o charakterze niedokrwinnym lub krwotoczny. Jako główny czynnik ryzyka udaru mózgu podaje się aktywne palenie papierosów. Tytoń działa niekorzystnie na homeostazę krążenia mózgowego.

<sup>16</sup> Jaworski R. (red.): Palenie tytoniu aspekty medyczne, psychiczne i duchowe, Wyd. Centrum Onkologii-nstytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Płock 2006

<sup>17</sup> <http://www.pamietajosercu.pl>, z dn. 2 maja 2007

Przyczyną tętniaka aorty jest miażdżyca, która osłabia ścianę aorty powodując jej rozszerzenie. Ryzyko umieralności rośnie wraz z liczbą wypalanych papierosów.

#### 4. Nowotwory

Rak krtani to najczęstszy nowotwór górnych dróg oddechowych histologicznie w 98% przypadków będący rakiem płaskonabłonkowym. Występuje pięciokrotnie częściej u mężczyzn niż kobiet i ma silny związek z nałogiem palenia tytoniu. Najczęściej pojawia się w 6 i 7 dekadzie życia, jednak u palaczy może pojawić się wiele lat wcześniej.

Rak nagłośni powoduje początkowo niewielkie trudności w polykaniu. We wstępnym stadium gdy naciek nowotworowy jest mały, pacjent odczuwa jedynie nieznaczne problemy w czasie polykania. Najczęściej jest to krztuszenie i trudności w polykaniu zwłaszcza dużych twardych kęsów. W następnej fazie choroby dochodzi do usztywnienia nagłośni, polykaniu towarzyszą bóle.

Rak jamy ustnej przez długi czas rozwija się nie dając objawów. Leżący na dnie jamy ustnej guz trudno jest zauważyć, a kiedy staje się łatwo wykrywalny na skuteczne leczenie jest już często za późno. Nawet jeśli naciek raka jest jeszcze niewielki i możliwe jest jego wycięcie chorego czeka niezwykle rozległa i okaleczająca operacja. Głównymi przyczynami raka jamy ustnej jest palenie tytoniu i picie alkoholu.

Rak płuca zajmuje pierwsze miejsce pod względem zachorowalności i umieralności na świecie. Głównym ryzykiem zachorowania na raka płuca jest palenie papierosów zarówno czynne jak i bierno, czynniki zawodowe, środowiskowe i uwarunkowania dziedziczne. Rak płuca jest rozpoznawany w zaawansowanym stadium. Objawy związane z chorobą są zazwyczaj związane

z obecnością masy guza w oskrzelach. Należą do nich takie objawy niecharakterystyczne jak: kaszel, nawracające stany zapalne, duszność, bolesność w obrębie klatki piersiowej.<sup>18</sup>

Wśród czynników ryzyka zachorowania na raka pęcherza moczowego wyróżnia się m.in. palenie papierosów. Pierwszym objawem jest zazwyczaj bezbolesny, często masywny krwiomocz. Ponadto stwierdza się niecharakterystyczne dolegliwości ze strony układu moczowego takie jak:

- dysuria, ból przy mikcji
- częste oddawanie moczu
- ból w okolicy nadłonowej i lędźwiowej
- miejscowa limfadenopatia

Późnym objawem może być namacalny guz w okolicy nadłonowej.

Rak nerki to złośliwy guz wywodzący się z komórek nerki. Złośliwe nowotwory nerek stanowią 1%- 2% wszystkich nowotworów złośliwych u dorosłych ludzi. Mężczyźni chorują na raka nerki dwukrotnie częściej niż kobiety. Przyczyna tej choroby jest nieznaną, ale uwzględnia się rolę czynników dziedzicznych, oraz uszkodzeń materiału genetycznego komórek powodowanych np.: przez palenie tytoniu lub czynniki środowiskowe. Wykrywany jest zwłaszcza po 50 roku życia, chociaż ostatnio obserwuje się obniżenie granicy wieku osób, u których jest rozpoznawany. Rak nerki jest bardzo niebezpieczny przede wszystkim dlatego, że jego objawy pojawiają się późno.

W przypadku palenia tytoniu można mówić o potwierdzonym związku z rakiem trzustki. Ryzyko wzrasta wraz z liczbą wypalanych papierosów, oraz spada wraz z zaprzestaniem palenia, następnie wzrasta do wartości charakteryzujących populację niepalącą. Przebieg raka trzustki bywa dość szybki i wśród narastającego charłactwa wiedzie do zgonu. Raka trzustki spotykamy coraz częściej. W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat częstość jego występowania w Polsce się podwoiła.<sup>19</sup>

<sup>18</sup> Papiński Z., Jaserm I.: Rak płuca, PZWL, Warszawa 1994

<sup>19</sup> Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce. Zakład organizacji walki z rakiem i Epidemiologii nowotworów, Tom I, Centrum Onkologii- Instytut im. Marii Skłodowskiej- Curie, Warszawa 1993

### **Nikotyna a układ rozrodczy.**

Tytoń ma negatywny wpływ na proces rozrodu, powoduje on obniżenie płodności. Płodność osób regularnie palących tytoń wynosi około 70% płodności osób niepalących, a zależność ta jest proporcjonalna do liczby wypalanych papierosów.<sup>20</sup>

W odniesieniu do kobiet palenie tytoniu powoduje wzrost niepłodności z powodu m.in. toksycznego oddziaływania składników dymu tytoniowego, wzrostu stężenia hormonu luteinizującego w okresie około owulacyjnym. Obecność w śluzie szyjkowym nikotyny i jej metabolitów wpływa niekorzystnie na ruchliwość plemników. Niekorzystny wpływ składników dymu nikotynowego na błonę mięśniową jajników może spowodować zaburzenia transportu zygoty z bańki jajowodu do macicy i wystąpienie ciąży pozamacicznej. Zmniejszona jest zdolność komórki jajowej do obrony przed zapłodnieniem przez więcej niż jeden plemnik, a wieloplemnikowa zygota częściej ulega obumarciu. Istnieje wiele dowodów na to, że toksyczne związki znajdujące się w dymie nikotynowym mają negatywny wpływ na żeński układ rozrodczy. Z przeprowadzonych badań wynika, że kobiety palące regularnie papierosy mogą mieć o kilka lat wcześniej menopauzę, czyli ostatnią miesiączkę. Toksyczne składniki dymu tytoniowego (policykliczne węglowodany aromatyczne) przyspieszają proces degeneracji jajników, co stanowi przyczynę wcześniejszego wkroczenia w okres klimakterium. Wiadomo, że przedwczesna menopauza jest zjawiskiem niekorzystnym z punktu widzenia zdrowia kobiety.<sup>21</sup>

Palenie papierosów sprzyja występowaniu impotencji, zwiększając ryzyko tej choroby o około 50% u mężczyzn w wieku 30- 49 lat.<sup>22</sup> Wykrycie impotencji sygnalizuje wystąpienie bardziej poważnych schorzeń naczyniowych. Uszkodzenie drobnych naczyń krwionośnych przebiega objawiające się jako impotencja, może być sygnałem ostrzegawczym świadczącym o możliwości poważnych uszkodzeń głównych tętnic w sercu. Szkodliwy wpływ palenia tytoniu na sprawność seksualną mężczyzn przejawia się jako:

- zmniejszenie objętości ejakulatu (wydzielanego nasienia)
- zmniejszenie liczby plemników
- nieprawidłowości kształtu plemników
- upośledzenie ruchliwości plemników.

U ponad 20% palaczy z impotencją stwierdza się zbyt niskie ciśnienie krwi w naczyniach krwionośnych. Skutkiem tego jest zmniejszenie ilości krwi dopływającej do prącia.

### **Sposoby walki z nałogiem palenia papierosów.**

Zaprzestanie palenia wiąże się z powstaniem subiektywnych i obiektywnych objawów odstawienia nikotyny. Objawy subiektywne to: głód papierosa, wzrost napięcia, niepokój, nadmierna nerwowość, agresja, depresja, trudności w koncentracji, nadmierna senność lub bezsenność, wzrost łaknienia. Do objawów obiektywnych należą: zmiany w zapisie EEG, spadek ciśnienia krwi, zwolnienie czynności serca, spadek poziomu kortyzolu, katecholamin, wzrost masy ciała, zaburzenia snu, uwagi i pamięci. Objawy te występują w największym nasileniu w ciągu pierwszego miesiąca, a następnie stopniowo ustępują, chociaż chęć zapalenia papierosa często pojawia się po wielu miesiącach a nawet latach od zaprzestania palenia i może doprowadzić do powrotu do nałogu.

#### *Metody behawioralne.*

Metody behawioralne polegają na zmianie zachowań palacza, polegającej na nabyciu umiejętności radzenia sobie z nałogiem i utrzymanie stanu niepalenia przez stosowanie dwóch odmiennych podejść: metody awersyjnej, oraz metody pozytywnego wzmocnienia. Terapia za pomocą metod awersyjnych polega na obrzydzeniu palenia przy użyciu różnych bodźców takich

<sup>20</sup> Kamińska S.: Zdrowi rodzice to zdrowe dziecko. Magazyn pielęgniarki i położnej, grudzień, 2006 nr 12 s14

<sup>21</sup> <http://palenie.esculap.pl/kobiety.htm>, z dn. 5 maja 2007

<sup>22</sup> [http://zdrowie.onet.pl/7917,2367,1204163,palenie\\_a\\_impotencja\\_serwis.html](http://zdrowie.onet.pl/7917,2367,1204163,palenie_a_impotencja_serwis.html), z dn. 2 maja 2007



jak: wywoływanie przykrych odczuć związanych z wyglądem czy zapachem pozostałości po wypalonych papierosach, a nawet stosowanie elektrowstrząsów. Inną metodą jest stosowanie jako bodźca samego dymu tytoniowego. Wprowadzenie tej metody, do terapii towarzyszyło przekonanie, że niechęć do palenia można wywołać przez stosowanie go w nadmiernych ilościach. Metoda szybkiego palenia tytoniu oparta jest na podobnej zasadzie. Pacjent wypala 1- 2 papierosy, zaciągając się regularnie, głęboko dymem, co kilka sekund. Potem następuje krótka przerwa i czynność powtarza się aż do granic możliwości palacza. Bodziec awersyjny osiągnąć taki stan po około 20- 25 min. Metoda ta ma dość dobre wyniki krótkoterminowe.

#### *Samokontrola.*

Następny kierunek mający na celu dopomóc w rozwiązaniu problemu uzależnienia od nikotyny to wdrożenie metod opartych na samokontroli pacjenta. W walce z nałogiem zakłada się samokontrolę. Wykorzystuje się w tej metodzie różne zdarzenia związane z paleniem. Jeśli ktoś palił papierosa podczas picia kawy lub herbaty powinien zmienić napój lub porę jego konsumpcji. W ten sposób przerwane zostaje jedno ogniwo nałogu. Drugą wersją tej metody jest zakodowanie w świadomości i podświadomości pacjenta, że palić wolno tylko na określony sygnał podawany przez sprzężone z zegarem urządzenie. Za każdym razem palenie łączy się z sygnałem a liczba sygnałów jest stopniowo zmniejszana. Cechą charakterystyczną tych metod jest znaczny aktywny udział palacza.

#### *Hipnoza i akupunktura.*

W krajach rozwiniętych hipnoza jest popularną metodą odzwyczajania od palenia, chociaż badania kontrolowane nie potwierdzają jej wyższości nad innymi metodami. Jest w tej metodzie opisany zarówno relaks połączony z sugestiami, głównie natury behawioralnej, jak i stan głębokiego transu, w jaki wprowadza się pacjenta. Hipnoza podobnie jak inne metody, nie zapewnia znacznych sukcesów w walce z nałogiem. Głównymi czynnikami zapewniającymi powodzenie tej terapii są: doświadczenie terapeuty, staranna selekcja pacjentów, silna motywacja i podatność pacjentów na sugestię.

Akupunktura jest metodą stosowaną w Chinach od setek lat. W odzwyczajaniu od nałogu palenia stosuje się nakłuwania w dwóch punktach: nakłucie nosa, oraz ucha. Nakłucie nosa powoduje zmniejszenie przekrwienia układu oddechowego i wywołuje odrzę do tytoniu. Stymulacja ucha może być przedłużona przez chirurgiczną implantację metalowej klamerki. Zamiast akupunktury można również stosować elektroakupunkturę. Technika ta była pomocna dla wielu pacjentów w przezwyciężeniu uzależnienia od nikotyny.

#### *Plan pięciu dni i inne schematy terapii grupowej.*

Duże doświadczenia i tradycje w walce z nikotynizmem ma Kościół Adwentystów Dnia Siódmego. Lekarze pracujący z tym kościołem opracowali tzw. plan pięciu dni. Niepodważalnym plusem tej metody jest jej krótkotrwałość i prostota. Najważniejszymi cechami takich grup terapeutycznych są: zapewnienie wzajemnego poparcia oraz elementy edukacji zdrowotnej. Grupy te starają się przyciągać palaczy, którzy muszą mieć silną motywację do zerwania z nałogiem. Grupy palaczom oferują taką pomoc, jakiej lekarze z braku czasu lub doświadczenia nie mogą im zapewnić.

#### *Minimalna interwencja.*

Wielu palaczy uważa, że przestaliby palić, gdyby dostali taką radę od lekarza. Dlatego lekarze powinni zachęcać i pomagać swoim pacjentom rzucić palenie. Wiarygodność tej porady jest większa, gdy lekarz sam nie pali.

Postępowanie takie powinno polegać na:

- Określeniu w wywiadzie stanu pacjenta w kategoriach: niepalący, ekspalacz, palący. Informacja taka powinna być odnotowana w dokumentacji lekarskiej.
- Przekazaniu pacjentowi rady, aby przestał palić.
- Służeniu mu pomocą w rzuceniu palenia.

- Sprawdzeniu, czy pacjent przestał palić na dłużej i umocnieniu go w abstinencji.  
Efekt tej interwencji lekarza może być wzmacniany zaangażowaniem pielęgniarki w interwencję. Badania potwierdzają, że taka krótka interwencja lekarska może być skuteczna na poziomie populacyjnym.<sup>23</sup>

### **Środki pomagające wyjść z nalogu.**

Dostępnych jest dużo środków odstrasżających i ułatwiających odejście od palenia tytoniu. Na polskim rynku obecne są atrapy papierosów, specjalne filtry np.: filtry „Vecturi”, pudełka na papierosy z otwieranymi o określonej porze zamkami, mieszanki ziołowe i rozmaite związki chemiczne pogarszające smak dymu np.: środki ściągające jak sole srebra dające w połączeniu z dymem tytoniowym niemiłe wrażenia smakowe.

### *Farmakologiczne*

- Farmakologiczne leczenie zależności tytoniowej podąży w czterech kierunkach.
1. Stosowanie pochodnych lobeliny, alkaloidu izolowanego ze stroiczkii rozdętej (*Labelia inflata*) spokrewnionego z tytoniem. Lobelina w wielu działaniach jest identyczna z nikotyną. Nie udało się dotychczas udowodnić skutecznego działania lobeliny w terapii antynikotynowej. Jej efekt jest porównywalny z efektem placebo. Próby stosowania w terapii analogów nikotyny trwają. Być może doprowadzą one do wprowadzenia do terapii substancji blokujących receptory nikotynowe i w ten sposób zmniejszenia objawów abstynencji nikotynowej bez stosowania nikotyny.
  2. Preparaty oparte na tzw. produktach naturalnych, ziołowych i innych, mogą pomagać palącym przełamać potrzebę zapalenia papierosa, zmniejszyć napięcie nerwowe, odświeżyć jamę ustną, zwiększyć stężenie glukozy, zmniejszyć apetyt.
  3. Stosowanie leków trankwilizujących i innych w celu złagodzenia objawów abstynencji, głównie napięcia oraz zdenerwowania. Trzeba jednak pamiętać, że jest to tylko leczenie objawowe, będące jedynie elementem koniecznego kompleksowego postępowania.
  4. Stosowanie nikotyny oczyszczonej w ramach tzw. substytucyjnej terapii nikotynowej.

### *Nikotynowa terapia zastępcza.*

Nikotynowa terapia zastępcza (NTZ) jest najbardziej popularną i najdokładniej zbadaną metodą leczenia farmakologicznego osób pragnących przestać palić. Powstanie uzależnienia od nikotyny jest ściśle związane z poziomem nikotyny, oraz jej głównego metabolitu kotyniny w surowicy krwi. Średnie stężenie nikotyny w surowicy krwi uzależnionych palaczy wynosi 300 mg/ml, natomiast u osób nie uzależnionych stężenie to wynosi około 50- 70 mg/ml.<sup>24</sup> Z tego powodu tą wartość stężenia kotyniny uznano za granicę wyznaczającą próg fizycznego uzależnienia. NTZ stosuje się by zapobiec pojawieniu się objawów odstawienia nikotyny. Proces leczenia podzielony jest na dwa etapy:

1. Po całkowitym zaprzestaniu palenia, kiedy gwałtownie zmniejsza się stężenie nikotyny w organizmie, regularne jej podawanie w innej formie minimalizuje objawy głodu nikotynowego. W tym okresie pacjent uczy się panować nad odruchami związanymi z uzależnieniem, uczy się, jak panować na stresem, zdenerwowaniem i nudą, czyli jak żyć bez papierosa.
2. Od chwili kiedy pacjentowi udało się skutecznie pokonać uzależnienie o charakterze psychogennym, rozpoczyna się drugi etap, który obejmuje stopniowe zmniejszenie dawki nikotyny podawanej z innego niż papierosy źródła, aż do jej całkowitego wyeliminowania.

*Nikotynowa guma do żucia.*

<sup>23</sup> Górecka D.: Metody odzwyczajania od palenia tytoniu. Służba zdrowia, z dn. 8- 12 czerwca 2007 nr 46-47 (2939- 2940) s28- 31

<sup>24</sup> Górecka D.: Metody odzwyczajania od palenia tytoniu. Służba zdrowia, z dn. 8- 12 czerwiec 2000 s28-30

Nikotynę podaje się w postaci gumy do żucia z kilku powodów. W tej postaci jest łatwo przyswajana z błony śluzowej jamy ustnej. Ryzyko uzależnienia jest niewielkie, ponieważ w trakcie jej zażywania nie wzrasta ekstremalnie stężenie nikotyny we krwi tak, jak ma to miejsce w przypadku palenia papierosów. Ryzyko zatrucia na skutek połknięcia gumy jest niewielkie, gdyż nikotyna jest silnie związana z żywicami jonowymiennymi. Żucie gumy stanowi w pewnym stopniu zachowanie zastępcze w stosunku do palenia papierosów, ponieważ podawanie nikotyny odbywa się także za pośrednictwem jamy ustnej, czynność żucia ma znaczenie behawioralne. Guma nikotynowa skutecznie zwalcza chęć zapalenia papierosa jednak nie powstrzymuje palacza przed sięgnięciem po papierosa, jeśli podjął już on taki zamiar. Zaleca się, aby pacjenci żuli gumę trzymając się ściśle określonych zasad np.: jeden kawałek w ciągu każdej godziny lub początkowo co najmniej 12 kawałków gumy dziennie, aby zapobiec wystąpieniu objawów zespołu odstawienia. Ilość spożywanej gumy nikotynowej powinna być dobrana w zależności od stopnia uzależnienia pacjenta od nikotyny. Silnie uzależnieni palacze i ci, którym nie udało się zaprzestać palenia stosując 2 mg dawkę gumy powinni otrzymać 4 mg dawki gumy Nicorette. Wszystkim pozostałym pacjentom zaleca się rozpoczęcie terapii od 2 mg dawki gumy do żucia. Aby osiągnąć maksymalne korzyści ze stosowania gumy nikotynowej należy stosować odpowiednią technikę żucia. By uwolnić nieco nikotyny potrzebnych jest co najmniej 15 ruchów żujących. Gdy pojawi się mrowienie w jamie ustnej, należy gumę umieścić między policzkiem a zębami i dziąsłami. Gdy mrowienie ustąpi należy ponownie rozpocząć żucie. Każdy kawałek gumy powinien być żuty przez około 20- 30 min. Należy unikać spożywania płynów tuż przed i w czasie żucia, gdyż większość z nich zmienia pH śliny i w ten sposób zmniejsza wchłanianie nikotyny. Zalecany okres stosowania przez pacjentów gumy nikotynowej zmienia się w zależności od wielu czynników. Należą do nich: stopień motywacji do zaprzestania palenia, rodzaj i natężenie towarzyszących sytuacji stresowych, zakres, rodzaj i intensywność dodatkowej pomocy o charakterze psychospołecznym udzielonej pacjentowi podczas leczenia. Zaleca się aby gumę nikotynową stosować co najmniej przez 3 miesiące przed jej stopniowym odstawieniem. Leczenie należy przerwać, gdy spożycie gumy spadło do 1- 2 kawałków dziennie. Nie powinno się stosować gumy dłużej niż przez rok.

#### *Plaster nikotynowy*

Plaster nikotynowy jest wygodnym alternatywnym środkiem wobec nikotynowej gumy do żucia. Stosowany raz dziennie dostarcza bezpośrednio przez skórę stałą dawkę nikotyny. Obecnie produkuje się 16- godzinny plaster, który dostępny jest na rynku polskim „Nicorette” firmy Pharmacia, które dostosowują czas ekspozycji na nikotynę do modelu podobnego do czynności palenia. Plaster jest przyklejony do ciała. W większości przypadków stosuje się przez pierwszych 8 tygodni plaster o największym stężeniu nikotyny np. 15 mg, przez następne 1- 2 tygodnie plaster o mniejszym stężeniu nikotyny np. 10 mg i przez ostatnie 2- 3 tygodnie plaster o najmniejszym stężeniu nikotyny np.: 5 mg. Plaster ma liczne zalety, należą do nich: niski odsetek ubocznych objawów ogólnoustrojowych, małe prawdopodobieństwo uzależnienia. Wadą używania plastra jest to, że w przypadku osób uzależnionych w dużym stopniu tempo wchłaniania może okazać się zbyt wolne. Niekorzystny jest brak możliwości zastosowania doraźnej interwencji w przypadku pojawienia się nagłej potrzeby zapalenia, oraz brak składnika behawioralnego, pozwalającego zastąpić czynność związaną z paleniem. Wyniki badań świadczą, że równoczesne stosowanie gumy do żucia i plastrów pozwala na zwiększenie odsetka osób wyleczonych z nałogu.

#### *Inhalator*

Inhalator Nicorette jest to jedyna forma nikotynowej terapii zastępczej, rozwijająca zarówno behawioralny gest: ręka- usta jak i farmakologiczny aspekt uzależnienia od tytoniu. Jeden wkład zawiera 10 mg substancji czynnej nikotyny, oraz mentol. Dawkowanie i długość leczenia zależy od indywidualnych potrzeb pacjenta. Każda inhalacja powinna trwać około 20 min. Należy ją stosować wówczas gdy pojawi się potrzeba zapalenia papierosa, u osób palących do 24 papierosów na dobę zaleca się stosowanie 6 wkładów w ciągu dnia. Okres leczenia trwa 3

miesiące, po tym czasie należy zmniejszyć dawkę dobową przez 6- 8 tygodni. Inhalacje mogą być płytkie lub głębokie, ich częstotliwość a także długość leczenia są dostosowane do indywidualnych potrzeb. Preparat należy używać, gdy tylko pojawi się potrzeba zapalenia papierosa. Należy go używać w ten sam sposób jak papierosa. Dawka nikotyny uwalniana podczas jednego wdechu z inhalatora jest znacznie mniejsza od wdychanej podczas zaciągania się papierosem. Dlatego pacjent w celu kontrolowania łaknienia nikotyny może używać inhalatora przez dłuższy czas niż papierosa podczas palenia. Inhalator jest stosowany w leczeniu uzależnienia od tytoniu u palaczy zdecydowanych na rzucenie nałogu, poprzez złagodzenie głodu nikotynowego i objawów wynikających z odstawienia nikotyny.<sup>25</sup>

#### *Pastyłka do ssania*

NiQuitin jest to pastylka do ssania zawierająca nikotynę, przeznaczona do pomocy palaczowi, aby zwalczyć chęć na papierosa i rozdrażnienie, jakie może odczuwać podczas rzucania palenia. Działa ona w taki sposób, aby stopniowo dostarczyć organizmowi coraz mniejszych dawek nikotyny. Zawarta w pastylce nikotyna wchłania się do organizmu przez śluzówkę jamy ustnej. Pacjent powinien trzymać pastylkę w ustach do całkowitego rozpuszczenia przez około 20- 30 min. Od czasu do czasu powinien ją przemieszczać z jednej strony ust do drugiej i z powrotem. Jeżeli pacjent wypala pierwszego papierosa przez upływem 30 min. po przebudzeniu powinien zastosować pastylkę do ssania NiQuitin 4 mg. Jeżeli natomiast wypala pierwszego papierosa po upływie 30 min. po przebudzeniu chory stosuje pastylki 2 mg. W ciągu 12 tygodni stopniowego zmniejszania ilości używanych pastylek do ssania zmniejsza się chęć na zapalenie papierosa, poprawia się samopoczucie pacjenta.<sup>26</sup>

#### *Tabletki do ssania*

Tabletki do ssania Tobacoff zawierają substancje pochodzenia naturalnego, zawarte w preparacie zmieniają smak i zapach dymu tytoniowego. Dzięki temu zapalenie papierosa przestaje sprawiać przyjemność. Niewielka zawartość łatwo przyswajalnego cukru łagodzi uczucie głodu i niepokoju towarzyszącego odzwyczajaniu się od palenia. Tobacoff jest produktem leczniczym roślinnym. Ma tak dobrany skład, aby mogli go stosować bez ograniczeń wszyscy uzależnieni od nikotyny.<sup>27</sup>

#### *Filtry*

Filtry Venturi są to filtry zakładane na papieros. Przeciętny okres leczenia dla pacjenta palącego 20 papierosów dziennie trwa 10 dni przy użyciu białego filtru. Wdychany dym dostaje się do wnętrza tuby, gdzie następuje akceleracja przepływu cząsteczek do prędkości ok. 200 ml/godz. Cząsteczki te zostają skierowane na barierę, która je unieruchamia. Pozostała część dymu papierosowego, zawierająca mniej szkodliwego zanieczyszczenia a wpływająca na smak i aromat uchodzi przez ustnik.<sup>28</sup>

#### **Programy profilaktyczne.**

Centrum Onkologii- Instytut im. Marii Skłodowskiej- Curie w Warszawie jest od lat 90-tych głównym wykonawcą realizowanego na zlecenie Ministerstwa Zdrowia programu ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce, którego w ramach co roku jest organizowana akcja każdego 31 maja „Rzuc palenie razem z nami”. Głównym celem tej akcji jest zapewnienie osobom chcącym rzucić palenie odpowiednich warunków, zachęty i pomocy w realizacji tej decyzji. Do jej realizacji włączono wiele różnorodnych organizacji, stowarzyszeń, związków, jak i ogół społeczności, czyli tych, którzy pragną przyczynić się do rozpropagowania mody na zdrowy tryb życia. W ramach akcji zachęca się palaczy do zerwania z nałogiem.

<sup>25</sup> [www.nicorette.pl](http://www.nicorette.pl), z dn. 18 maj 2007

<sup>26</sup> [www.niquitin.pl](http://www.niquitin.pl), z dn. 18 maj 2007

<sup>27</sup> [www.colfarm.pl](http://www.colfarm.pl), z dn. 18 maj 2007

<sup>28</sup> [http://mediweb.pl/sklep/product\\_info.php/products\\_id/1158](http://mediweb.pl/sklep/product_info.php/products_id/1158), z dn. 18 maj 2007

**Zadania:**

- Edukacja Polaków na temat skutków zdrowotnych, ekonomicznych i socjalnych palenia tytoniu.
- Upowszechnienie i tworzenie mody na niepalenie.
- Egzekwowanie przez lokalne społeczności wolnych od dymu tytoniowego miejsc publicznych.
- Działania dla zwiększenia liczby eks-palaczy o kolejny milion Polaków.
- Edukacja kobiet w ciąży o skutkach zdrowotnych wynikających z palenia tytoniu.
- Ochrona jeszcze nienarodzonych dzieci przed skutkami wynikającymi z palenia tytoniu przez ich matki.
- Ochrona małych dzieci przed wymuszonym biernym paleniem.

Kolejnym ważnym i dużym dokumentem dotyczącym profilaktyki szeroko pojętej jest Narodowy Program Zdrowia.

Cele operacyjne oraz zadania Narodowego Programu Zdrowia w latach 2007-2015.

Cel operacyjny 1.

- zmniejszenie rozpowszechniania palenia tytoniu.

*Oczekiwane efekty do 2015r. są następujące:*

1. Utrzymanie tempa spadku liczby wypalanych papierosów na poziomie 1-3% rocznie.
2. Eliminowanie palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży.
3. Wzrost liczby szkoleń zorganizowanych dla osób realizujących działania profilaktyczne w zakresie używania tytoniu w szkołach i innych placówkach oświatowych i kulturalnych.

*Zadania:*

1. Ochrona zdrowia oraz rozwoju dzieci i młodzieży przed narażeniem na dym tytoniowy oraz eliminowanie palenia tytoniu wśród kobiet w ciąży oraz upowszechnienie programów edukacyjnych zapobiegających paleniu tytoniu przez dzieci i młodzież,
2. Zagwarantowanie wszystkim zatrudnionym w Polsce miejsc pracy wolnych od zanieczyszczenia dymem tytoniowym,
3. Podejmowanie działań zmierzających do wdrożenia „Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu”,
4. Upowszechnienie leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu,
5. Uspołecznienie działań zmierzających do ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu,
6. Stworzenie atmosfery społecznej akceptacji dla życia wolnego od dymu tytoniowego,
7. Skuteczne kontrolowanie rynku wyrobów tytoniowych,
8. Tworzenie i upowszechnianie programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży, nauczycieli i rodziców,
9. Zwiększenie kompetencji nauczycieli, pedagogów, instruktorów i animatorów kultury oraz psychologów w zakresie profilaktyki problemów dzieci i młodzieży, w tym profilaktyki problemów nikotynowych,
10. Zwiększenie dostępności pomocy profilaktycznej dla dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka.<sup>29</sup>

**Program Edukacji Antynikotynowej dla dzieci przedszkolnych.**

Założenia.

1. Program ten jest adresowany do dzieci przedszkolnych najstarszej grupy-przedszkolaków.
2. Stanowi on kolejne ogniwo w celu programów antynikotynowych.
3. Program ma charakter profilaktyczny, ale przede wszystkim ma na celu wykształcenie u dzieci świadomej umiejętności radzenia sobie w sytuacjach, w których inne osoby palą przy nich papierosy.<sup>30</sup>

<sup>29</sup> [http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/zal\\_urm\\_npz\\_90\\_15052007p.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf)

**Program edukacji antynikotynowej dla uczniów klas I- III szkoły podstawowej.**

Założenia.

1. Program przeznaczony jest dla uczniów klas I- III szkoły podstawowej tj. dzieci w wieku 7- 9 lat.
2. Stanowi drugie ogniwo w celu programów antytytoniowych dla dzieci i młodzieży realizowanych przez Instytut Matki i Dziecka od 1996 roku.
3. System klasowo- lekcyjny umożliwia przeprowadzenie 5 warsztatów w tym dwóch dwugodzinnych i trzech jednogodzinnych.
4. Program zawiera metody aktywizujące dostosowane do wieku dzieci.
5. W programie zawarte zostały uporządkowane wiadomości dotyczące zdrowia (dostosowanie do poziomu rozumienia dziecka).
6. Program ma charakter profilaktyczny, ale przede wszystkim ma na celu wykształcenie u dzieci świadomej umiejętności radzenia sobie w sytuacjach, w których inne osoby palą przy nich papierosy.<sup>31</sup>

**Program edukacji antytytoniowej dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych.**

Założenia.

1. Program przeznaczony jest dla uczniów klas I- III szkół ponadgimnazjalnych tj. młodzieży w wieku 16- 19 lat.
2. System klasowo- lekcyjny umożliwia przeprowadzenie 5 warsztatów, w tym dwóch dwugodzinnych i trzech jednogodzinnych.
3. Cykliczność spotkań w ramach programu sprzyja jego efektywności- utrwalaniu wiedzy, kształtowaniu postaw i wyćwiczeniu umiejętności.
4. Program został dostosowany do problemów adresatów, czyli młodzieży.
5. Program ma charakter profilaktyczno- interwencyjny, jego głównym celem jest rozwój u młodzieży umiejętności społecznych (zachowania asertywne, radzenie sobie w sytuacjach trudnych, rozumienie siebie i innych) niezbędnych do wykształcenia postaw zobowiązujących do niepalenia.<sup>32</sup>

**Podsumowanie**

Palenie tytoniu to jeden z najistotniejszych, poddających się redukcji czynników ryzyka wielu groźnych chorób dotykających współczesne społeczeństwo polskie jak choroby układu krążenia, układu oddechowego, nowotwory. Należy to wykorzystać w możliwie wielu działaniach promocji zdrowia aby zmniejszyć zachorowania i przedwczesne zgony spowodowane inhalacją dymu tytoniowego, a także zmniejszyć szkody jakie czyni nałóg palenia papierosów dla dzieci i młodzieży. Będzie to z pewnością korzystne dla poszczególnych jednostek, ale także z punktu widzenia polityki zdrowotnej państwa.

---

<sup>30</sup> Szyborski J., Zatoński W. i Juczyński Z.: Program Edukacji Antynikotynowej dla dzieci przedszkolnych. Czyste powietrze wokół nas, Wyd. Zakład Zdrowia Publicznego Instytutu Matki i Dziecka Pracownia Edukacji Zdrowotnej i Promocji Zdrowia, Warszawa 1999

<sup>31</sup> Szyborski J., Zatoński W. i Sito A.: Nie pal przy mnie, proszę. Program Edukacji Antynikotynowej dla dzieci przedszkolnych, Wyd. Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Szkolnej Instytut Matki i Dziecka Pracownia Edukacji Zdrowotnej i Promocji Zdrowia, Warszawa 2000

<sup>32</sup> Szyborski J., Zatoński W. i Kowalczyk T.: Zadbaj o swoją przyszłość. Program edukacji antytytoniowej dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych, Wyd. Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka Pracownia Edukacji Zdrowotnej i Promocji Zdrowia, Warszawa 2001

### Literatura

1. Chruścicka E.: Bierne palenie, Wyd. Pielęgniarka i położna, z dn. VIII.1996, nr8/429 s25
2. Czupryna A., Pożdżioch S., Rys A., Włodarczyk W. C.: Zdrowie publiczne, Tom I, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „VEALIUS”, Kraków 2000
3. Florek E.: Analiza naukowych dowodów wpływu wymuszonego „biernego palenia” na zdrowie, Wyd. Centrum Onkologii- Instytut im. Marii Skłodowskiej- Curie w Warszawie
4. Gajewski P., Górecka D., Habrat B., Nizankowska- Mogilnicka E., Torbicki A., Zatoński W.: Podręczny przewodnik leczenia uzależnienia od tytoniu dla lekarzy i pielęgniarek. Suplement Medycyny praktycznej, nr 4(134) 2002
5. Górecka D.: Metody odzwyczajania od palenia tytoniu. Służba zdrowia, z dn. 8- 12 czerwca 2007 nr 46- 47 (2939- 2940) s28- 31
6. Gromadzka- Ostrowska I., Włodarek D., Toeplitz Z.: Edukacja prozdrowotna, Wyd. SGGW, Warszawa 2003
7. Jetchon Z., Grzybowski A.: Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa, PZWL, Warszawa 2000
8. Jabłoński L.: Epidemiologia, Wyd. Folicum, Lublin 1996
9. Jaworski R. (red.): Palenie tytoniu aspekty medyczne, psychiczne i duchowe, Wyd. Centrum Onkologii- Instytut im. Marii Skłodowskiej- Curie
10. Kamiński K., Fiegler- Rudal P., Węgrzyn P.: Nieprawidłowe wzrastanie płodu, W: Bręborowicz G. H.: Położnictwo i ginekologia, Wyd. PZWL, Warszawa 2005
11. Kamińska S.: Zdrowi rodzice to zdrowe dziecko. Magazyn pielęgniarki i położnej, grudzień 2006 nr 12, s14
12. Karczewski J. K.: Higiena, Wyd. Czelej, Lublin 2002
13. Kot F.: Choroby wewnętrzne, Tom I, PZWL, Warszawa 1988
14. Kulik T.B, Latański M.: Zdrowie publiczne, Wyd. Czelej, Lublin 2002
15. Kuna P., Kasprzyk M.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP), Przewodnik lekarza, wrzesień 2002 nr 9(45) s 57- 62
16. Mazur J., Woynarowska B., Kowalewska A.: Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce. Palenie tytoniu z „Programu polityki zdrowotnej i społeczno- ekonomicznej prowadzonej do zmniejszenia konsumpcji tytoniu na lata 1997- 2000”, Warszawa 2000
17. Owoc A.: Problemy medycyny społecznej, nr 29, Wyd. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Warszawa 1996
18. Papliński Z., Jaserm I.: Rak płuca, PZWL, Warszawa 1994
19. Rosik B. P.: Narkotyki: Zażywanie i nadużywanie, Wyd. Katolicka Fundacja Pomocy Osobom Uzależnionym i Dzieciom „Karan”, Warszawa 1999
20. Szymborski J., Zatoński W.: Szkolne programy zapobiegania palenia tytoniu, Wyd. Centrum Onkologii- Instytut ze środków Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1988
21. Szymański J., Zatoński W., Juczyński Z.: Czyste powietrze wokół nas, Wyd. Zakład Zdrowia Publicznego Instytut Matki i Dziecka Pracowania Edukacji Zdrowotnej i Promocji Zdrowia, Warszawa 2000
22. Szymański J., Zatoński W., Juczyński Z.: Program edukacji antynikotynowej dla dzieci przedszkolnych. Czyste powietrze wokół nas, Wyd. Zakład Zdrowia Publicznego Instytut Matki i Dziecka Pracowania Edukacji Zdrowotnej i Promocji Zdrowia, Warszawa 1999
23. Szymborski J., Zatoński W. i Sito A.: Nie pal przy mnie, proszę. Program Edukacji Antynikotynowej dla dzieci przedszkolnych, Wyd. Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Szkolnej Instytut Matki i Dziecka Pracownia Edukacji Zdrowotnej i Promocji Zdrowia, Warszawa 2000
24. Szymborski J., Zatoński W. i Kowalczyk T.: Zadbaj o swoją przyszłość. Program edukacji antytytoniowej dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych, Wyd. Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka Pracownia Edukacji Zdrowotnej i Promocji Zdrowia, Warszawa 2001

25. Szczeklik A.: Choroby wewnętrzne, Tom I, Medycyna praktyczna, Kraków 2005
26. Wróbel P.: Zdrowie poszło z dymem, Rynek zdrowia, listopad- grudzień 2005 nr 6(6) s50- 51
27. Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce. Zakład organizacji walki z rakiem i epidemiologii nowotworów, Tom I, Centrum Onkologii- Instytut im. Marii Skłodowskiej- Curie, Warszawa 1993
28. Zatoński W.: Zdrowie dzieci a bierne palenie tytoniu, Wyd. Centrum Onkologii- Instytut ze środków „Programu pierwotnej profilaktyki chorób odtytoniowych w Polsce w 2000 r.”
29. Zatoński W. i Przewoźniak K.: Palenie tytoniu w Polsce: postawy, następstwa zdrowotne i profilaktyka, Wyd. Centrum Onkologii- Instytut im. Marii Skłodowskiej- Curie, Warszawa 1999
30. Zatoński W.: Leczenie uzależnienia od tytoniu, rola lekarza, Wyd. Centrum Onkologii- Instytut im. Marii Skłodowskiej- Curie, Warszawa 1999
31. Zatoński W.: Rzuć palenie razem z nami, Wyd. Centrum Onkologii- Instytut ze środków „Programu Polityki Zdrowotnej i Społeczno- Ekonomicznej prowadzącej do zmniejszenia konsumpcji tytoniu 1999
32. Zatoński W.: Epidemiologia chorób wywołanych paleniem tytoniu, Wyd. Centrum Onkologii- Instytut im. Marii Skłodowskiej- Curie, Warszawa 2003
33. Zatoński W.: Papieros fabryka trucizn, skład chemiczny dymu tytoniowego, Wyd. Fundacja „Promocja Zdrowia”, Warszawa 2003
34. Zatoński W., Przewoźniak K.: Przeciwno epidemii. Działania rządów, a ekonomika ograniczenia konsumpcji tytoniu, Wyd. Medycyna Praktyczna Wydanie I, Kraków 2002
35. Zatoński W.: Droga do zdrowia, Wyd. Centrum Onkologii- Instytut im. Marii Skłodowskiej- Curie, Warszawa 2003
36. Zatoński W.: Umieralność związana z paleniem tytoniu 50 letnia obserwacja lekarzy brytyjskich, Wyd. Medycyna praktyczna nr 11(165), listopad 2004 s. 114- 117
37. Zatoński W.: Jak rzucić palenie, Wyd. Fundacja Promocji Zdrowia, Warszawa

**Internet:**

<http://abc.paleniawebpark.pl/nikotyina.htm>

[www.promocjazdrowia.pl](http://www.promocjazdrowia.pl)

[www.pochp.org](http://www.pochp.org)

[www.pamietajoseru.pl](http://www.pamietajoseru.pl)

<http://palenie.esculap.pl/kobiety.htm>

[http://zdrowie.onet.pl/7917,2367,1204163,palenie\\_a\\_impotencja\\_serwis.html](http://zdrowie.onet.pl/7917,2367,1204163,palenie_a_impotencja_serwis.html)

[http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/zal\\_urm\\_npz\\_90\\_15052007p.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf)

[www.nicorette.pl](http://www.nicorette.pl)

[www.niquitin.pl](http://www.niquitin.pl)

[www.colfarm.pl](http://www.colfarm.pl)

[http://mediweb.pl/sklep/product\\_info.php/products\\_id/1158](http://mediweb.pl/sklep/product_info.php/products_id/1158)



# Otyłość – epidemia XXI wieku

*Agnieszka Pęska – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży*  
*Ewa Falkowska – Pijagin – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży*

## Streszczenie

Obok zagrożeń współczesnej cywilizacji konfliktami zbrojnymi, bronią masowego rażenia, epidemią głodu, zatruciem środowiska naturalnego czy terroryzmem istnieją stosunkowo nowe choroby społeczne, do których zalicza się także nadwagę i otyłość. Otyłość stanowi bardzo poważny problem zarówno społeczny jak i indywidualny. Dotyczy ogólnie pojętego zdrowia publicznego, nie tylko w naszym kraju, lecz także w większości krajów zurbanizowanych.

Przyczyn otyłości jest wiele, o niektórych dużo wiadomo, jednak nie wszystkie zostały ostatecznie wyjaśnione. Za przyczynę otyłości odpowiadają czynniki dziedziczne (skłonność do otyłości dotyczy często całych rodzin), środowiskowe, czynniki fizjologiczne, gdzie apetyt regulowany jest częstością posiłków, wielkością, smakiem potraw, ale również istotne znaczenie ma ośrodkowy układ nerwowy (podwzgórze). Wpływ mają też neurotransmitery (serotonina, dopamina, noradrenalina). Istotne są czynniki psychologiczne (człowiek rekompensuje sobie, odreagowuje za pomocą jedzenia wszelkie negatywne aspekty życia w społeczeństwie)<sup>1</sup>. Doskonale znane są natomiast skutki nadwagi i otyłości. Wiadomo, jakie one stanowią zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi oraz jak trudne są do leczenia. Hipercholesterolemia, miażdżyca - w następstwie tego choroba niedokrwienna serca i zawał serca, nadciśnienie tętnicze, udar mózgu, cukrzyca, choroby układu oddechowego, zmiany zwyrodnieniowe kości i stawów, a także niektóre nowotwory przewodu pokarmowego i narządu rodowego u kobiet to choroby częściej spotykane u osób z otyłością.

Sposoby walki z otyłością to przede wszystkim leczenie dietetyczne, aktywność fizyczna, leczenie farmakologiczne, psychoterapia, zmiana stylu życia.

**Słowa kluczowe:** nadwaga, otyłość

## 1. Uwarunkowania ewolucyjne i historyczne otyłości

Człowiek jako najbardziej wszechstronna istota żyjąca na Ziemi (może chodzić, pływać, czołgać się, wspinać się w górach, nurkować) ma możliwości adaptacyjne, których nie posiada większość istniejących stworzeń. Te możliwości wymagają zabezpieczenia w odpowiednią ilość energii potrzebnej do wykonywania wysiłku fizycznego i umysłowego. Przy takim rodzaju wysiłku zdolność do sprawnego gromadzenia (magazynowania) energii i sprawnego jej wykorzystywania ma olbrzymie znaczenie. Zdolność taka wydaje się być dobrze rozwinięta u człowieka (wyodrębniła się zdolność magazynowania energii w formie tłuszczu w adipocytach). Biorąc pod uwagę proporcje masy ciała ludzie mają więcej komórek tłuszczowych niż większość zwierząt żyjących na Ziemi. Nawet zwierzęta, które tradycyjnie uważamy za otyłe (świnie, foki, niedźwiedzie) mają ich mniej, jedynie walenie i jeże posiadają jeszcze więcej tychże komórek. Ta cecha była szczególnie przydatna w dalekiej przeszłości kiedy to człowiek musiał walczyć o przetrwanie i dbać o rozwój swojego gatunku. Nasi przodkowie, kiedy zaczęli polować na duże zwierzęta i wędrowali na dużych obszarach terenu w poszukiwaniu pożywienia, musieli zabezpieczyć sobie niezbędną do przeżycia ilość pokarmu. Zabezpieczeniem takim było swoiste obżarstwo przed wyprawą i nagromadzenie odpowiedniej ilości tłuszczu w organizmie „na przyszłość”. Dzięki nagromadzeniu tkanki tłuszczowej w okresach obfitości pożywienia można było przez jakiś czas przeżyć korzystając z własnych zasobów energetycznych.

---

<sup>1</sup> [http://www.zdrowie.med.pl/nadwaga/otylosc\\_03.html](http://www.zdrowie.med.pl/nadwaga/otylosc_03.html)

Zjawisko otyłości nie jest zjawiskiem nowym w historii rozwoju ludzkości. Dowodów dostarczają zachowane rzeźby czy też figurki przedstawiające osoby otyłe (pochodząca sprzed 4 tys. lat Wenus z Willendorf). Takie figurki z czasów prehistorycznych znajdowano w całej Europie, na Bliskim Wschodzie i na terenach północnej Azji. Prawdopodobnie miały one znaczenie magiczne: noszono je przy sobie aby odmienił się zły los w okresach głodu i posuchy.

W starożytnej Grecji lekarze tacy jak np. Hipokrates zauważyli zagrożenia zdrowia związane z otyłością i podejmowali inicjatywy informowania swoich pacjentów o skutkach zbyt dużej wagi ciała, zalecali też ograniczanie spożywania zbyt kalorycznych potraw. W czasach nowożytnych otyłość występowała dość często nie przyjmując jednak rozmiarów zjawiska o charakterze patologii społecznej. Dopiero po drugiej wojnie światowej, początkowo w grupie krajów zamożnych z wysokim poziomem rozwoju technologicznego i szybko rosnącej zamożności, a później także w innych regionach, problem otyłości stał się coraz bardziej powszechny. W połowie lat 80-tych w większości krajów europejskich odsetek osób otyłych wynosił ok. 10%<sup>2</sup>.

## **2. Występowanie nadwagi i otyłości w populacji dorosłych mieszkańców poszczególnych obszarów geograficznych.**

Otyłość jest problemem, z którym boryka się ogromna ilość ludzi na świecie. Liczebność osób otyłych zwiększa się z roku na rok w bardzo dużym tempie. Problem pogłębia to, że często osoby te nawet nie zdają sobie sprawy jakie niebezpieczeństwa niesie zwiększona waga ciała. Bagatelizowanie otyłości jest na świecie przypadłością powszechną, zarówno wśród laików, jak i lekarzy, co sprawia, iż tak naprawdę pacjent pozostawiony jest samemu sobie. Według raportu Europejskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością około 50% Europejczyków w wieku 35-56 lat miało nadwagę lub otyłość, w przedziale wieku 55-74 lat otyłość wykazywało 23,6% kobiet i 9,8% mężczyzn, natomiast w Polsce otyłością i nadwagą dotknięte jest obecnie ponad 60% społeczeństwa. Raport ten wskazuje, iż w zależności od kraju o 10-15% wzrosła liczba otyłych w minionych 10 latach. Wzrost otyłości, co jest bardzo niepokojące, występuje także coraz częściej u dzieci (25% dzieci w USA jest otyłych)<sup>3</sup>.

Informacji o występowaniu na świecie nadwagi i otyłości wśród dorosłych dostarczyły także badania WHO-MONICA (MONitoring of trends and determinants In CARdiovascular diseases), które zostały przeprowadzone w ciągu ostatnich 10 - 20 lat pod patronatem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Celem tych badań było określenie częstości występowania otyłości w sześciu regionach świata: Afryka, Ameryka Północna i Południowa, Azja Południowo-Wschodnia, Środkowy Wschód, Europa, Pacyfik Zachodni. Uzyskane wyniki wskazują, że od 50% do 75% badanych kobiet ma nadwagę lub otyłość. Natomiast wśród mężczyzn, z wyjątkiem Chińczyków, występowanie otyłości lub nadwagi przekracza 50% badanych populacji. Wykazano także, że istnieją populacje, wśród których ponad 75% to osoby z nadwagą lub otyłością.

Szacuje się, że rozpowszechnienie otyłości wzrosło do około 40% populacji europejskiej, a w krajach dawnego bloku wschodniego stwierdza się jeden z największych na świecie wskaźników występowania choroby niedokrwiennej serca, co jest w dużej mierze związane z rozpowszechnieniem otyłości. Z kolei najmniejszy odsetek ludzi otyłych zaobserwowano w Islandii, Danii, Szwecji, Szkocji i Holandii, a największy we Włoszech.

Wprowadzanie programów profilaktycznych na przestrzeni lat nie zapobiegło wzrostowi otyłości i/lub nadwagi. Prognozy przewidują zwiększanie się liczby ludzi otyłych w niektórych krajach cyklicznie, co pięć lat.

<sup>2</sup> W. Drygas: „Otyłość. Uwarunkowania Środowiskowe i Socjomedyczne”, w: „Medycyna Metaboliczna”, tom VII, nr 2, 2003 rok.

<sup>3</sup> A. Milewicz: „Choroba XXI wieku – eksplodująca epidemia otyłości”, w Endokrynol. Pol. – Polish J. Endocrinol., vol. 52, 2001 rok.

Z kolei badania epidemiologiczne prowadzone w USA w 1995 r. dowodzą, że długość życia osób otyłych spada o 22 % przy nadwadze 5-14% masy ciała, a aż o 44% przy nadwadze 15-25% masy ciała. Według informacji amerykańskiego Narodowego Centrum Statystyki Zdrowia (National Center for Health Statistics) z roku 1997 stwierdzono nadwagę już u 33,4% społeczeństwa amerykańskiego, a najnowsze wyniki badań z roku 1999 wskazują na 50% wzrost ludzi z nadwagą, z czego 17,9% do 22% ma otyłość, natomiast 3% wykazuje otyłość określaną jako „śmiertelną”<sup>4</sup>.

### 2.1 Nadwaga i otyłość wśród dorosłych mieszkańców Polski - skala zjawiska.

W Polsce tak jak w innych krajach wysoko uprzemysłowionych, zauważa się tendencję wzrostową występowania nadwagi i otyłości, co staje się poważnym problemem zdrowotnym. Mimo popularyzacji diety śródziemnomorskiej, spożywania kwasów tłuszczowych wielonienasyconych, drobiu i ryb zamiast tłustych mięs, model żywienia i styl życia Polaków nadal w znacznym stopniu odbiegają od zalecanego przez WHO (World Health Organization). Dieta Polaków charakteryzuje się zbyt wysoką zawartością kalorii, tłuszczów, cholesterolu i sodu. Natomiast aktywność fizyczną wykazuje tylko 10% dorosłych mieszkańców Polski

Większość Polaków (65 %) jest przekonana, że odżywia się „dość zdrowo”, a za podstawę takiego odżywiania (50 %) uważa regularne spożywanie trzech posiłków dziennie - wynika z najnowszego badania Ipsos.

Ipsos już po raz drugi przeprowadził badania między innymi w Polsce, Szwecji, Belgii, USA i Kanadzie na temat odżywiania i zdrowia. Jak wynika z raportu, niemal 40 % polskich konsumentów w ciągu ostatnich 6 miesięcy zadeklarowało zmiany w swoim odżywianiu polegające na ograniczaniu jedzenia niezdrowych produktów (15 %) lub na wprowadzaniu do menu nowych, zdrowszych produktów (13 %). Prawie wszyscy Polacy (97 %) jedzą mięso, które najczęściej smażą na patelni (38 %); 12 % respondentów zadeklarowało ograniczenie spożycia któregoś z rodzajów mięsa w ciągu ostatniego roku. Na pytanie, na czym przede wszystkim polega zdrowe odżywianie, połowa respondentów odpowiedziała, że na regularnym spożywaniu trzech posiłków dziennie. 38 % odpowiedziało, że na jedzeniu różnorodnych potraw, a co czwarty, że na konsumpcji potraw i produktów niskokalorycznych. Polacy, w zestawieniu z pozostałymi społeczeństwami objętymi sondażem, są najmniej zadowoleni ze swego stanu zdrowia. 42 % populacji ocenia swój stan zdrowia jako dobry, podczas gdy we wszystkich innych badanych krajach odsetek ten wynosi co najmniej 46 %. Częściej ze swego zdrowia zadowoleni są mężczyźni (48 %) niż kobiety (36 %), co - jak podaje Ipsos - prawdopodobnie wiąże się z większą troską i dbałością kobiet o swoje zdrowie i częstszymi wizytami u lekarzy. Z badania wynika również, że 39 % Polaków „w pełni ufa swojemu lekarzowi i wierzy, że podejmuje on najlepsze decyzje dla zdrowia pacjenta”<sup>5</sup>.

Źródłem cennych danych dotyczących otyłości Polaków jest także badanie MONICA przeprowadzone w Warszawie i Polsce południowo-wschodniej. Średnia wartość wskaźnika masy ciała BMI (informacje dotyczące poszczególnych wskaźników znajdują się w następnym rozdziale pracy) u mężczyzn i kobiet mieszkających w Warszawie była wyższa niż w regionach Polski południowo-wschodniej, co jest związane zapewne z większą aktywnością fizyczną ludności z obszarów wiejskich. W 1984 roku w Warszawie 18,6 % mężczyzn i 28 % kobiet miało wskaźnik masy ciała równy lub większy niż 30 kg/m<sup>2</sup>. Odsetek ten uległ zwiększeniu w następnych latach objętych badaniem. Podobna sytuacja miała miejsce w Polsce południowo-wschodniej.

Z kolei przeprowadzone w 2001 roku badania Pol-MONICA bis wykazały, że w porównaniu z rokiem 1993 rzeczywiście wzrosła częstość występowania otyłości

<sup>4</sup> S. Czekalski i inni: „Narodowy Program Zapobiegania i Leczenia Otyłości”, w Endokrynol. Pol. – Polish J. Endocrinol., vol. 52, 2001 rok

<sup>5</sup> Badanie Ipsos pt. "Fakty i mity. Odżywianie i zdrowie Polaków w kontekście międzynarodowym - raport 2006", 23 czerwca – 7 lipca 2006 rok.

u mężczyzn z 22,4% do 30,1%, ale jednocześnie zmniejszyła się liczba otyłych kobiet z 29% do 27,1%.

Prawdopodobny wydaje się związek występowania otyłości w tych regionach Polski z rozwojem motoryzacji i mechanizacji pracy ponieważ liczba zarejestrowanych samochodów i ciągników zwiększyła się na tych obszarach kilkunastokrotnie.

W Polsce, według najnowszych badań, szacuje się, że około 41% mężczyzn i 28,7% kobiet ma problem z nadmierną masą ciała (wykazuje nadwagę). Natomiast otyłość (BMI > 30) dotyczy około 15,7% mężczyzn i 19,9% kobiet.<sup>6</sup>

## **2.2 Nadmierna masa ciała i otyłość dzieci i młodzieży w Polsce i na świecie w ujęciu statystycznym.**

W krajach wysoko rozwiniętych stwierdza się nadmierne występowanie otyłości wśród dzieci, co jest niepokojące, obserwuje się stały trend wzrostowy tego zagrożenia cywilizacyjnego. W Europie zachodniej nadwagę wykazuje 16% dzieci w wieku 6-11 lat i młodzieży w wieku 12-19 lat. Odsetek otyłych dzieci stanowi średnio około 8-15%, a w Stanach Zjednoczonych jak wcześniej podano wynosi ok. 25%. W Kanadzie 10% chłopców i 9% dziewcząt cierpi na otyłość, a w Finlandii 16,7% chłopców i 9,8% dziewcząt wykazuje tę patologię. Coraz częściej też pojawiają się zagrożenia chorobami spowodowane nadwagą lub otyłością, które wcześniej nie występowały wśród takich grup wiekowych<sup>7</sup>.

Wydaje się, że olbrzymią rolę w powstawaniu nadwagi i otyłości odgrywa styl życia (czynniki behawioralne i społeczno-kulturowe w 25-48% przypadków), a od niedawna uważa się także, że jedną z przyczyn jest czynnik genetyczny (około 35-40% przypadków). Dziecko szczupłych rodziców „ma szansę” być otyłe w 7% przypadków, a gdy oboje rodziców jest otyłych, odsetek ten wynosi aż 80%. Wiadomo też, że wbrew oczekiwaniom rodziców zrzucających winę za nadwagę i otyłość na karb rzekomych problemów hormonalnych, w 90% powodem takich problemów jest przekarmianie i zaniedbanie.

Szczególnie znaczenie ma brak aktywności fizycznej dzieci, co zostało udowodnione wielokrotnie. Z poszczególnych opracowań wynika, że w krajach rozwiniętych około 20% dzieci w wieku 6-18 lat uczestniczy w intensywnych ćwiczeniach fizycznych mniej niż dwa razy w tygodniu, a prawie 70% ogląda programy telewizyjne ponad dwie godziny dziennie.

Badania z 1997 roku oceniające występowanie nadwagi i otyłości u dzieci szkolnych w Polsce wykazały, iż nadwagę ma 7,8% badanych uczniów, a otyłość 3,4%. Obecnie niemal 16% dzieci cierpi na nadwagę lub otyłość co skutkuje zwiększoną zachorowalnością na cukrzycę typu II oraz nadciśnienie w młodym wieku<sup>8</sup>. Obserwuje się także tendencję wzrostową tej choroby cywilizacyjnej w naszym kraju, ale jednocześnie istnieje w tym względzie duże zróżnicowanie regionalne. Najbardziej dotychczas wartościowa analiza stanu odżywienia dzieci w Polsce z 2004 roku autorstwa dr Lucjana Szponara i Macieja Ołtarzewskiego z Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie mówi o niecałych 5% dzieci otyłych i około 7-8% z nadwagą.

W wieku rozwojowym wyróżnia się dwa zasadnicze okresy dla rozwoju otyłości i metabolicznych chorób cywilizacyjnych. Pierwszym jest okres prenatalny, w którym ważna jest masa urodzeniowa. Udowodniono, że mała masa urodzeniowa dziecka może sprzyjać rozwojowi oporności na insulinę oraz otyłości w wieku dorosłym, a niedożywienie wewnątrzmaciczne może mieć wpływ na rozwój nadciśnienia w wieku dojrzałym. Drugim okresem jest okres niemowlęcy, w którym zasadnicze znaczenie ma żywienie naturalne (brak takiego żywienia może sprzyjać otyłości i cukrzycy typu pierwszego). Występowanie otyłości u dzieci karmionych naturalnie wynosi ok. 2,8%, a u dzieci karmionych sztucznie liczy ok. 4,5%. Obecnie w Europie, a także

<sup>6</sup> A. Dolna, J. Ciok: „Indeks glikemiczny a otyłość”, w: „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej”, CXIV, 5(11) 2005 rok.

<sup>7</sup> A. Obuchowicz, M. Książewska, J. Pietrzak, A. Świętochowska-Chechlińska: „Profilaktyka chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży”, w: „Lekarz”, nr 7-8, 2005 rok.

<sup>8</sup> <http://tvp.pl/1787,20061025412375.strona?Blok=WczesniejNaTemat>, 9 marzec 2007 rok

w Polsce trwają badania nad znaczeniem zawartości białka (symulacja rozwoju adipocytów) w mieszankach mlecznych. Wyniki tychże badań być może pozwolą opracować takie mieszanki żywieniowe, które zmniejszą zagrożenie otyłością wśród dzieci.

Zwiększone mnożenie komórek tłuszczowych ma miejsce pomiędzy 1 a 2 rokiem życia oraz na przełomie 10 i 18 roku życia<sup>9</sup>. Jak wynika z obserwacji w tym drugim okresie pojawiają się najczęściej błędy żywieniowe związane z nadmiernym poborem energii oraz nadmiernym spożyciem tłuszczu i soli kuchennej. Błędy te korelują bezpośrednio z wielkością masy ciała oraz grubością tkanki podskórnej, a w przypadku soli z występowaniem nadciśnienia. Do największych błędów żywieniowych zaliczyć można stosowanie diety typu fast-food. Jak wynika z danych statystycznych wzrasta spożycie tego typu produktów tak w Stanach Zjednoczonych, jak i w Europie, co bezpośrednio łączy się ze zwiększonym magazynowaniem energii, nadmiernym spożyciem nasyconych kwasów tłuszczowych, soli i sacharozy oraz zmniejszonym zużyciem nienasyconych kwasów tłuszczowych, mleka, warzyw i owoców.

Wydaje się zasadne zwrócenie uwagi młodych ludzi na problem właściwego odżywiania, a także aktywności fizycznej. Zwłaszcza rodzice i nauczyciele powinni mieć wpływ na świadomość dzieci odnośnie diety i zdrowego stylu życia. Szkoła jako instytucja może również wpływać na wiedzę rodziców poprzez edukację ich dzieci. Taki sposób postępowania w promocji właściwego odżywiania, a więc w profilaktyce chorób cywilizacyjnych może przynieść największe efekty dla całego społeczeństwa.

### 3. Istota nadwagi i otyłości

Według Małej Encyklopedii Medycyny otyłość to nadmierny rozwój tkanki tłuszczowej podskórnej i około narządowej w całym ustroju. Miernikiem otyłości jest ciężar ciała, który w warunkach prawidłowych u ludzi dorosłych powinien wynosić o 10% mniej kilogramów, niż wynosi wzrost wyrażony w centymetrach, mniej 100. Encyklopedia wyróżnia otyłość zewnątrzpochodną czyli bilansową oraz wewnątrzpochodną czyli neurohormonalną. Otyłość bilansowa powstaje wówczas, gdy ilość energii wydatkowanej przez ustrój jest mniejsza niż ilość energii przyjęta z pokarmem, co powoduje, że nadmiar dostarczonej energii gromadzi się w postaci zapasu tłuszczu. Otyłość bilansowa powstaje przy przejadaniu się lub braku pracy fizycznej i ruchu, jednak pewną rolę odgrywają także czynniki konstytucjonalne. Otyłość neurohormonalna powstaje wskutek zaburzeń mechanizmów regulujących przemianę materii. Najistotniejsze są zaburzenia w wydzielaniu różnych gruczołów dokrewnych np. gruczołów płciowych, przysadki mózgowej, tarczycy. Otyłość może wystąpić także w następstwie pourazowych uszkodzeń mózgu, zapaleń mózgu, stanów nerwicowych i zaburzeń psychicznych<sup>10</sup>.

Otyłość jest chroniczną chorobą przypominającą pod wieloma względami nadciśnienie czy cukrzycę i tak jak one wymaga dożywotniego leczenia. Jest chorobą, którą w skrajnej formie stosunkowo łatwo jest stwierdzić. Z punktu widzenia biomedycznego, otyłość jest związana z czynnikami behawioralnymi, psychologicznymi i środowiskowymi. Do najczęstszych błędów żywieniowych należy nie stosowanie się do ustalonych norm żywieniowych. Zamiast tego stosuje się żywienie nawykowe, zgodne z nabytymi zwyczajami, głęboko osadzonymi w psychice (zazwyczaj wywodzą się z wczesnego dzieciństwa). Do niedawna twierdzono, że za otyłość odpowiada nadmierne spożycie tłuszczu i dlatego metody odchudzania skupiały się na obniżeniu jego konsumpcji wraz z pożywieniem. Jednakże związek pomiędzy spożywaniem tłuszczu a otyłością został podważony. Na podstawie doświadczeń stwierdzono, iż utrata masy ciała przy stosowaniu niskotłuszczowej diety jest zwykle niewystarczająca. Poza tym prospektywne badania epidemiologiczne nie wykazały, że osobnicy jedzący największą ilość tłuszczu ważą więcej niż jedzący najmniejszą jego ilość.

<sup>9</sup> D. Kochman: „Otyłość w dzieciństwie i wieku młodzieńczym. Możliwość zapobiegania i leczenia”, w: „Pielęgniarstwo Polskie”, nr. 1(17) -2(18), str. 92-99, 2004 rok.

<sup>10</sup> S. Bogusławski i inni: „Mała Encyklopedia Medycyny tom II”, wyd. PWN, Warszawa 1987 rok.

### 3.1 Kryteria rozpoznawania otyłości i metody pomiaru tkanki tłuszczowej.

W celu stwierdzenia otyłości u człowieka stosuje się kilka metod opierających się na stosowaniu interpretacji proporcji masy ciała w stosunku do uśrednionych cech populacji (masa należna) czy też do wzrostu jednostki. U podstaw tych metod leży uproszczone założenie, że osobnicy o tej samej wysokości ciała mają podobną tzw. beztłuszczową masę ciała, co oznacza, że ewentualne różnice w ich całkowitej masie ciała dotyczą występowania różnej zawartości tkanki tłuszczowej<sup>11</sup>.

Do najprostszych metod oceny otyłości należą:

- Metoda „dwóch pasm centylowych”, należąca do najczęściej stosowanych. Kryterium otyłości w tej metodzie stanowi pozycja centylowa masy ciała, oceniana według wieku osobnika, przewyższająca, o co najmniej 2 centyle pozycję wysokości ciała.
- Metoda „dwóch odchyłeń standardowych (2s)” polega na ocenie według siatek standardowych wysokości i masy ciała. Kryterium otyłości w tym wypadku stanowi różnica między wysokością i masą ciała przekraczająca 2 odchylenia standardowe.

Metody powyższe niewątpliwie słuszne z punktu widzenia łatwości użycia i dostępności standardów wykazują wadę w postaci szerokiego zakresu tolerancji, co powoduje, że w badaniach większej grupy osób istnieje ryzyko przeoczenia przypadków otyłości. W celu ograniczenia niepożądanych przypadków stosuje się zmniejszenie zakresu normy z dwóch pasm centylowych lub odchyłeń do 1,5 lub nawet 1.

Do metod bardziej szczegółowych oceny otyłości zalicza się:

- Siatki centylowe skorelowane – narzędziem w tym przypadku są siatki centylowe proporcji masy ciała w stosunku do wysokości. Metoda ta nie bierze pod uwagę wieku, jeśli więc mamy do czynienia z określeniem wysokości ciała np.: dziecka to należy użyć siatki zależności wysokości od wieku kalendarzowego. W metodzie tej, im osobnik jest cięższy tym pozycja centylowa proporcji masy ciała do wysokości jest wyższa. Za normę wagową uznaje się zakres od 25 do 75 centyla. Pomiędzy 75 a 90 centylem mamy do czynienia z tendencją do nadwagi. Zakres od 90 do 97 centyla wyróżniamy nadwagę, natomiast ponad 97 centyl określa się już otyłość.
- Metoda obliczania „procentu masy należnej” jest dość popularną metodą. U ludzi dorosłych otyłość przy tej metodzie określa się na podstawie stosunku rzeczywistej masy ciała do masy ciała należnej, przy założeniu aktualnej wysokości ciała (często określa się jako masę ciała powyżej 120 - 130% masy należnej). Wadą tej metody jest nieuwzględnienie zmiennego tempa wzrostu tkanki tłuszczowej w ontogenezie.
- Ilorazem wskaźniki wzrostowo-wagowe – z uwagi na współzależność między wynikami oznaczeń ilości tkanki tłuszczowej, metodami bezpośrednimi i pośrednimi za najbardziej miarodajny uznano wskaźnik masy ciała BMI (Body Mass Index – inaczej wskaźnik Queteleta), który jest najczęściej spotykanym kryterium rozpoznawania otyłości i nadwagi, wyrażający się ilorazem masy ciała w kilogramach i kwadracie wysokości w metrach ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Nadwagę rozpoznajemy, gdy BMI znajduje się w przedziale od 25-30  $\text{kg}/\text{m}^2$ , BMI  $\geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$  upoważnia już do stwierdzenia otyłości, a BMI  $\geq 40 \text{ kg}/\text{m}^2$  ujawnia patologiczną otyłość. Zaletą wskaźnika masy ciała jest jego prostota stosowania, obliczenie go nie wymaga stosowania skomplikowanych struktur matematycznych (wzory i formuły), czy też skomplikowanych pomiarów, wystarczy określić masę ciała i wzrost człowieka. Wskaźnik BMI koreluje bardzo mocno (od  $r = 0,81$  do  $r = 91$ ) z całkowitą masą tłuszczu ustrojowego i jest miarodajny niezależnie od stopnia otyłości, dostarcza wystarczających informacji o zawartości tkanki tłuszczowej w ustroju zarówno dla celów epidemiologicznych, jak i klinicznych. Jest międzynarodowym punktem odniesienia w rozpoznawaniu otyłości.

<sup>11</sup> D. Kochman: „Otyłość w dzieciństwie i wieku młodzieńczym. Możliwość zapobiegania i leczenia”, w: „Pielęgniarstwo Polskie”, nr. 1(17) -2(18), str. 92-99, 2004 rok.

Jednak istnieją pewne ograniczenia definicji otyłości biorąc pod uwagę zakres wskaźnika BMI, ponieważ odnosi się on do aktualnej masy ciała a nie uwzględnia wieku, czasu trwania otyłości, rozmieszczenia tkanki tłuszczowej, a także niezależnych od stopnia nadwagi czynników ryzyka. Miarodajnie określa on ryzyko całej populacji, a tylko w niewielkim stopniu ryzyko jednostki<sup>12</sup>, dlatego też wprowadzono inny, zmodyfikowany wskaźnik otyłości WHR (Waist to Hip Ratio), określający rozkład tkanki tłuszczowej w organizmie i umożliwiający podział otyłości na brzuszłą (otrzewną, centralną) i pośladkowo-udową.

Wskaźnik WHR przy otyłości brzusznej dla kobiet zawiera się w przedziale powyżej 0,8 i 0,9 (w zależności od autorów), a dla mężczyzn otyłość rozpoznajemy przy  $\text{WHR} \geq 0,95$  i  $\geq 1,0$  (w zależności od autorów). Niższe wartości wskazują na otyłość pośladkowo-udową. Przy otyłości drugiego lub trzeciego stopnia (patrz tabela 3) często trudno jest określić obwód talii. Najczęściej wykonuje się wówczas pomiar obwodu na wysokości pępka (cm). Gdy pomiar przekracza 88cm u kobiet i 102cm u mężczyzn, to mówimy wówczas o otyłości<sup>13</sup>.

Charakter dystrybucji tkanki tłuszczowej w organizmie bardziej niż sama nadwaga lub otyłość jest odpowiedzialny za ryzyko powikłań w głównej mierze sercowo-naczyniowych, a także upośledzenia tolerancji glukozy, dyslipidemii, zaburzeń fibrynozy. Biorąc pod uwagę grupę osób o takim samym wskaźniku masy ciała ryzyko powikłań wzrasta zależnie od wartości wskaźnika WHR. Najmniej zagrożoną grupę stanowią osoby z dużą nadwagą, ale niskim wskaźnikiem WHR, natomiast osoby szczupłe z wysokim wskaźnikiem WHR narażone są na wyższe ryzyko powikłań. Podobna sytuacja dotyczy umieralności<sup>14</sup>.

Wydaje się zasadne wprowadzenie pomiaru obwodów talii i bioder oraz określania wskaźnika WHR na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, jako elementu niezwykle istotnego w profilaktyce zagrożeń powikłaniami głównie sercowo-naczyniowymi.

Do oceny powikłań metabolicznych może posłużyć pomiar jedynie obwodu talii (technika stosowana przez Leana i współpracowników). Według takiego kryterium otyłość brzuszna u kobiet rozpoznajemy, gdy obwód talii  $> 85\text{cm}$ , natomiast u mężczyzn  $> 98\text{cm}$ <sup>15</sup>. Dodatkowo zawartość tkanki tłuszczowej w organizmie można określić także za pomocą:

1. Pomiaru grubości fałdów skórnych w określonych miejscach,
2. Pomiaru impedancji bioelektrycznej,
3. Oceny zawartości wody całkowitej w organizmie,
4. Wążeń hydrostatycznego.

Najdokładniejsze pomiary wewnątrz brzusznej tkanki tłuszczowej przeprowadza się za pomocą tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, jednakże z uwagi na koszty takich badań nie stosuje się ich w profilaktyce rutynowej.

---

<sup>12</sup> World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of WHO. Consultation presented at: the World Health Organization. June 3-5, 1997. Geneva Switzerland, w: Otyłość- Światowa Epidemia, Medycyna po dyplomie, vol. 10/nr 9/ październik 2001 rok.

<sup>13</sup> J. Karczewski (pod redakcją): „Higiena. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa”, wyd. CZELEJ sp. z o.o., Lublin 2002 rok

<sup>14</sup> World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of WHO. Consultation presented at: the World Health Organization. June 3-5, 1997. Geneva Switzerland, w: Otyłość- Światowa Epidemia, Medycyna po dyplomie, vol. 10/nr 9/ październik 2001 rok.

<sup>15</sup> Tamże

Tabela 1.  
Klasyfikacja wagi ciała ludzkiego (według WHO)

Ocena wagi ciała	BMI(kg/m <sup>2</sup> )	Obwód talii (cm)	
		Kobiety	Mężczyźni
Norma	18,5-24,9	< 80	< 90
Nadwaga	25,0-29,9	80-88	94-102
Otyłość	> 30		
I°	30,0-34,9	> 88	> 102
II°	35,0-39,9		
III°	> 40		

Źródło: opracowanie własne na podstawie J. Karczewskiego (pod redakcją): „Higiena. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa”, wyd. CZELEJ sp. z o.o., Lublin 2002 rok.

### 2.3 Przyczyny powstania otyłości oraz jej podział.

Wyniki badań naukowych dotyczących nadwagi i otyłości tylko częściowo wyjaśniają przyczyny takich problemów wśród wielu społeczeństw. Niezależnie od przyczyn otyłość jest zawsze efektem długotrwałego utrzymywania się dodatniego bilansu energetycznego organizmu. Jest on regulowany na zasadzie sprzężenia zwrotnego - brak substancji odżywczych pobudza do jedzenia, nadmiar hamuje łaknienie. Nadmierny apetyt może wynikać z zaburzeń regulacji tego sprzężenia lub może być skutkiem regulacji nastawionej na gromadzenie zbyt dużych zapasów. Wyniki obserwacji ludzi i doświadczenia przeprowadzone na zwierzęcych modelach otyłości ukazują, że u ludzi z nadwagą i otyłych mózg ignoruje sygnały o nadmiarze tłuszczu zgromadzonego w tkance zapasowej i utrzymuje punkt równowagi, czy raczej bezpieczeństwa energetycznego, na patologicznie wysokim poziomie, uznając go za wzorcowy. Jednocześnie w podwzgórze dochodzi do rozregulowania ośrodka łaknienia, co zaburza równowagę między nim i ośrodkiem sytości, a także prawidłową kontrolę neurohumoralną metabolizmu. Jednym z tego skutków jest wzrost wydajności metabolicznej, czyli bardziej oszczędne gospodarowanie energią, utrzymujące nadwagę. Te zmiany w funkcjonowaniu mózgu powodują często czynniki genetyczne.

Nadmierny apetyt to często efekt działania hormonów. Wśród nich najważniejszą rolę pełni leptyna, sprzyjająca nadmiernemu spożyciu pokarmów i otyłości.

Chęć zaspokojenia głodu zależy też od insuliny (wrażliwość tkanek na insulinę) czy związków pośredniczących w przekazywaniu impulsów nerwowych (serotoniny, dopaminy, noradrenaliny). Ponadto istotne jest wydzielanie hormonu wzrostu i kortyzolu należącego do glikokortykoidów (glikokortykoidy zwiększają wydzielanie kwasu żołądkowego). Ilość i aktywność wszystkich tych związków zależy od genów, więc także otyłość może wynikać po części z czynników dziedzicznych<sup>16</sup>.

Nieczęsto przyczyną otyłości jest stan chorobowy podwzgórza (guzy tej okolicy), choroby gruczołów endokrynnych (najczęściej upośledzenia funkcji tarczycy), zaburzenia w wydzielaniu hormonów przysadki, nadnerczy, jajników a także trzustki<sup>17</sup>. Nie należy ignorować także czynników psychologicznych; otyłość wielokrotnie traktowana jest jako forma uzależnienia (utruty kontroli nad jedzeniem). Jest także sposobem na życie dla ludzi stroniących od towarzystwa innych osób, łagodzących sobie w ten sposób niepowodzenia życiowe, jest ucieczką w znany sobie świat bez ocen i złośliwości ludzi.

Obecnie największą wagę w powstawaniu otyłości nadaje się czynnikiem środowiskowym, które obok czynników genetycznych są uznawane za główną przyczynę otyłości.

<sup>16</sup> M. Orzeszko, „Komu Dokładkę?” w: "Wiedza i Życie" nr 12/2001

<sup>17</sup> Tamże



*Wpływ czynników środowiskowych i genetycznych na powstawanie otyłości.*

Jak wcześniej wspomniano otyłość mimo dużego zróżnicowania przyczyn i złożonej patogenезy jest zawsze wynikiem dodatniego bilansu energetycznego. Czynniki środowiskowe powodują, że człowiek trzyma się pewnych wzorców nabytych w procesie wychowania czyli akceptuje pewne „wyrobione” odruchy w wyniku interakcji ze społecznością. Nie należy pomijać faktu, że w powstawaniu otyłości decydującą rolę odgrywają czynniki genetyczne obok środowiskowych, choć znaczenie i zakres oddziaływania tych czynników jest nadal przedmiotem badań.

Wpływy środowiskowe dotyczą interakcji z następującymi czynnikami<sup>18</sup>:

- Środowiskiem życia i rozwoju osobistego – pod uwagę bierze się okres płodowy i wczesne dzieciństwo, a w późniejszych okresach rozwój indywidualny, rodzinny społeczny,
- Stylem życia, a więc aktywnością fizyczną, pracą, podatnością na depresję, dostępnością pożywienia, wpływami kulturowymi, tradycją i wierzeniami,
- Nieodpowiednim dostosowaniem do czynników środowiska sprzyjającym otyłości, zmianom zachowania, np. stosowanie używek, narażenie na dodatkowe choroby, stosowanie niektórych leków.

Należy dodać, że do typowo społecznych czynników mających wpływ na powstawanie otyłości zalicza się: pochodzenie społeczne, warunki materialne, czynniki ekologiczne, aktywność rynkową producentów pożywienia, kulturę i obyczaje, aktywność ruchową, negatywną ocenę swojej sylwetki, modę na szczupłą sylwetkę (presja społeczna), zaburzenia w samoakceptacji (nieadekwatne widzenie siebie), niewłaściwe zachowania żywieniowe (nocne podjadanie, bulimia, jedzenie rytualne)<sup>19</sup>.

Środowisko zarówno biologiczne jak i społeczne koreluje z czynnikami dziedzicznymi. Czynniki środowiskowe takie jak łatwa dostępność pożywienia a także atrakcyjność produktów (walory smakowe, wizualne, zapachowe) oddziałują na mechanizmy genetyczne i regulacyjne, które to z kolei nie mogą przystosować się do nadmiaru oferty żywieniowej. W konsekwencji mechanizmy te, ze swej natury, gromadzą energię zapasową w postaci masy tłuszczowej, pomimo, iż jest to zupełnie niepotrzebne.

Czynniki genetyczne, według niektórych autorów prac z zakresu badań nad otyłością, w głównej mierze odpowiadają za ciężar ciała, a ich udział sięga nawet 70%<sup>20</sup>.

W końcu roku 1994, odkryto gen, nazwany genem ob, którego nazwano potocznie genem otyłości. Nastąpiło także odkrycie produktu tego genu. Okazał się nim hormon wytwarzany przez tkankę tłuszczową, nazwany leptyną, który zmniejsza apetyt, podnosząc równocześnie zużycie energii zgmagazynowanej w postaci tłuszczu. Uszkodzenie genu ob wstrzymuje wytwarzanie leptyny co sprzyja powstawaniu nadmiernej ilości tkanki tłuszczowej w organizmie. Brak hormonu mózg odbiera bowiem jako informację o niedostatku tłuszczu w organizmie, nie ma więc powodu, by tłumić apetyt i podnosić zużycie energii. Bywa jednak, że poziom leptyny nie odbiega od normy, lecz mózg zbyt późno uruchamia mechanizmy regulacyjne. Następuje wówczas sytuacja, że organizm tyje ponieważ „myśli”, że jest jeszcze szczupły, choć prawda wygląda zupełnie inaczej<sup>21</sup>.

Zjawisko otyłości należy postrzegać wielowymiarowo, nie tylko jako defekt genetyczny, ale także jako chorobę o wieloczynnikowej patogenезy i etiologii, nie bez udziału czynników środowiskowych. Znaczenie tychże ilustrują badania dotyczące roli migracji ludności. Jako przykład niech posłużą obserwacje dotyczące migracji ludności chińskiej, która osiedlając się na innych bardziej zamożnych obszarach (Tajwan, Hong Kong) częściej zmagala się z otyłością niż ludność biedniejsza pozostająca na terenie Chin kontynentalnych. Częściej też

<sup>18</sup> A. Czech: „Czynniki środowiskowe sprzyjające otyłości”, w: „Terapia”, nr. 5/2005

<sup>19</sup> Tamże

<sup>20</sup> W. Drygas: „Otyłość. Uwarunkowania Środowiskowe i Socjomedyczne”, w: „Medycyna Metaboliczna”, tom VII, nr 2, 2003 rok.

<sup>21</sup> B. Prater: „Nadzieje i zwątpienia”, w: „Wiedza i Życie” nr 1/1996

wśród bogatszej części Chińczyków występowała cukrzyca i nadciśnienie, a także zaburzenia przemiany lipidowej<sup>22</sup>.

### Klasyfikacja otyłości

1. Ze względu na ilość i wielkość komórek tłuszczowych (adipocytów) wyróżnia się:

- Otyłość hiperplastyczną (zwiększenie ilości adipocytów),
- Otyłość hipertroficzną (zwiększenie objętości adipocytów),
- Mieszaną (zwiększenie liczby i objętości adipocytów).

Otyłość hiperplastyczna najczęściej dotyczy osób, które zaczęły tyć już w dzieciństwie i młodości. Dzieje się tak dlatego, że tkanka tłuszczowa przyrasta głównie w okresie niemowlęcym, przedszkolnym oraz dojrzewania. W przypadku, gdy dziecko jest notorycznie przekarmiane liczba komórek tłuszczowych zwiększa się 2-4 krotnie. Ta nadmierna liczba adipocytów pozostaje już przez całe życie. W przypadku działań na rzecz zmniejszenia masy ciała, niemożliwa jest redukcja liczby komórek tłuszczowych a jedynie ich objętości. Należy pamiętać o leczeniu otyłości we wczesnym jej okresie tzn. u dzieci młodszych, kiedy liczba adipocytów jej stosunkowo niewielka i są one jedynie nadmiernie wypełnione.

2. Ze względu na rozmieszczenie tkanki tłuszczowej u dorosłych wyróżnia się:

- Równomierne rozmieszczenie tkanki tłuszczowej w organizmie,
- Nadmiar tkanki tłuszczowej na tułowie, szczególnie w okolicy brzucha (otyłość androidalna, wisceralna),
- Nadmiar tkanki tłuszczowej w okolicy brzucha,
- Nagromadzenie tkanki tłuszczowej w okolicy pośladkowo-udowej (otyłość gynoidalna).

U dzieci w wieku 6-7 lat tkanka tłuszczowa jest równomiernie rozłożona, natomiast w wieku późniejszym dochodzi do zmiany jej rozmieszczenia, z największym nasileniem zmian w okresie pokwitania. Pojawiają się także różnice w występowaniu tkanki tłuszczowej w zależności od płci (kobiety posiadają więcej tkanki na kończynach i biodrach, natomiast mężczyźni na tułowie).

3. Podział otyłości stosowany w praktyce klinicznej:

- Otyłość prosta, czyli pierwotna – jest skutkiem zachwiania równowagi między energią dostarczoną z pożywieniem a wydatkowaną przez organizm. Czynniki sprzyjające jej powstawaniu to: czynniki genetyczne, środowiskowe oraz psycho-emocjonalne.
- Otyłość wtórna – towarzyszy różnym zaburzeniom i zespołom chorobowym – nadmierna masa ciała jest skutkiem uszkodzenia układów regulujących pobór i wydatek energii.

Otyłość prosta (pierwotna) jest najczęstszą postacią otyłości dotyczącą dzieci, młodzieży i dorosłych (90% przypadków)<sup>23</sup>.

### 3. Sposoby walki z otyłością i jej leczenie

Zjawisko otyłości w społeczeństwach Unii Europejskiej osiąga alarmujące proporcje. W związku z tym została powołana w 2005 roku unijna organizacja ekspercka pod nazwą Platforma Działania na rzecz Odżywiania się, Aktywności Fizycznej i Zdrowia. Dla określenia, w jakim stopniu rozwiązania systemowe poszczególnych państw mogłyby wspomóc działania na rzecz ograniczenia problemu nadwagi, Komisja Wspólnot Europejskich wydała w Brukseli, dnia 8 grudnia 2005 roku Zieloną Księgę („Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym”) zawierającą wytyczne do stosowania promocji zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. Stwierdza ona, iż:

<sup>22</sup> W. Drygas: „Otyłość. Uwarunkowania Środowiskowe i Socjomedyczne”, w: „Medycyna Metaboliczna”, tom VII, nr 2, 2003 rok.

<sup>23</sup> D. Kochman: „Otyłość w dzieciństwie i wieku młodzieńczym. Możliwość zapobiegania i leczenia”, w: „Pielęgniarstwo Polskie”, nr. 1(17) -2(18), str. 92-99, 2004rok

„Podstawową przyczyną możliwych do uniknięcia chorób oraz przedwczesnej umieralności w Europie jest niezdrowe żywienie i brak aktywności fizycznej, a otyłość, coraz bardziej rozpowszechniona w Europie, stała się jednym z głównych problemów zdrowia publicznego”. Księga zwraca uwagę na odpowiednie działania przeciw epidemii otyłości: „Działania wspólnotowe mogą doskonale uzupełniać inicjatywy na szczeblu krajowym ...”<sup>24</sup>.

Oprócz tego istnieją programy badawcze dofinansowane z funduszy europejskich mające na celu wypracowanie metod na odwrócenie niekorzystnego wpływu otyłości. Do najbardziej znanych należą: projekty Earnest, Nutrix, Helena, EU Childhood Obesity Group i programy Diogenes i Lipgene<sup>25</sup>. W Polsce ponadto istnieje szereg programów propagujących zdrowy tryb życia takich jak Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego „POLKARD 2006 - 2008”, którego celem jest zmniejszenie umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego (co najmniej utrzymanie poziomu z lat 1990-2004). Program przewiduje realizację zadań w zakresie propagowania zdrowego trybu życia na podstawie dokumentu WHO: „Globalna strategia w sprawie żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia” przyjętego na 57 Światowym Zgromadzeniu Zdrowia - Wzmocnienie krajowej akcji „Postaw Serce na Nogi”.<sup>26</sup>

### 3.1 Leczenie dietetyczne

Aby osiągnąć sukces w zmniejszeniu masy organizmu należy przyjąć realny cel, co jest nieodzowne. Miarą sukcesu jest spadek masy ciała chociażby o 5-10% w 6 miesięcy, normalizacja ciśnienia tętniczego krwi oraz normalizacja profilu lipidowego we krwi (m. in. cholesterolu).

Warto znaleźć też osobę, która wspomże w działaniach, która doceni sukcesy, pomoże przetrwać chwile słabości i obiektywnie będzie oceniać poczynania na rzecz odchudzenia. Samotne borykanie się z problemami zawsze jest trudniejsze i łatwiej o zniechęcenie.

Należy też wziąć pod uwagę szereg zmian stylu życia. Bynajmniej nie chodzi o wprowadzanie rewolucyjnych zmian, lecz zerwanie z przyzwyczajeniami, które mają fatalny wpływ na walkę z nadwagą. W wielu przypadkach uniknięcie takich błędów może spowodować zmniejszenie masy ciała bez dodatkowych wyrzeczeń.

Podstawowe błędy podczas stosowania diety:

1. Zaniżanie ilości zjadanych pokarmów;
2. Nieregularne jedzenie, podjadanie. Należy jadać pięć razy dziennie, regularnie, planując na posiłek przerwę w pracy;
3. Szybkie jedzenie;
4. Jedzenie na szczycie głodu;
5. Dokładki, próbowanie, zjedanie resztek ;
6. Syndrom pustego talerza;
7. Jedzenie nieświadome (telewizja, kino, czytanie);
8. Jedzenie w nocy;
9. Zbyt mało jarzyn i płynów.

Popularność różnych diet i ich ilość jest bardzo duża, najczęściej wynika to z naszej niechęci do wysiłku fizycznego i radykalnych zmian w przyzwyczajeniach. Należy jednak pamiętać, że zbyt długie i surowe diety nie są bezpieczne. Grożą nie tylko niedoborami witamin i soli mineralnych, ale także utratą masy mięśniowej, wzrostem poziomu kwasu moczowego, który wyraża się w stawach, powodując bardzo silne bóle, kamicą pęcherzyka żółciowego. Dochodzi do tego nadmierne obciążenie kwasami tłuszczowymi uwolnionymi z komórek tłuszczowych (wątroba musi je przetworzyć). Należy sobie zadać pytanie, w jaki sposób się odchudzać? Lekarze zgodni są co do tego, że trzeba to robić rozważnie i konsekwentnie. Okazuje się bowiem, że dla naszego zdrowia bardzo niekorzystne są także wahania wagi. Nie tylko

<sup>24</sup> [http://www.europarl.europa.eu/news/public/story\\_page...](http://www.europarl.europa.eu/news/public/story_page...) 9 marzec 2007 rok

<sup>25</sup> Polska Federacja Producentów Żywności: [http://www.pfzp.pl/nowosci/?id\\_news...](http://www.pfzp.pl/nowosci/?id_news...) 9 marzec 2007 rok

<sup>26</sup> <http://www.mz.gov.pl>, marzec 2007 rok

utrudniają każdą kolejną próbę zrzucenia zbędnych kilogramów, zwiększając opór organizmu przed zadawanym mu gwałtem głodu, ale i poważnie obciążają serce. Tymczasem grzech niewytrwania jest tym, który najczęściej popełniają osoby odchudzające się. Niedawno przebadano grupę 2001 osób z nadwagą; 64% z nich stosowało kiedyś dietę odchudzającą, i to średnio 11 razy, 65% z tych ludzi nawet z sukcesem, ale już tylko 1 osoba na 9 utrzymała osiągniętą wagę<sup>27</sup>.

Aby przygotować organizm do zastosowania diety istotne jest określenie liczby kalorii, która potrzebna jest nam do zachowania właściwego bilansu energetycznego. Spożywanie tylko tej ilości gwarantuje niezmienną masę ciała. Nadmiar spowoduje wzrost wagi ciała, mniej oczywiście utratę masy.

Rzeczywiste zapotrzebowanie energetyczne w kcal = Podstawowa Przemiana Materii (PPM) x wskaźnik aktywności fizycznej

Poszczególne wskaźniki:

- Niskiej aktywności fizycznej = 1,3
- Średniej aktywności fizycznej = 1,5
- Wysokiej aktywności fizycznej = 1,7

Tabela 3.

Wielkość podstawowej przemiany materii (PPM) w zależności od masy ciała.

Czynnik podstawowy - masa ciała 50kg PPM = 1250 kcal	
Waga	Kcal
55	1280
60	1310
65	1340
70	1370
75	1400
80	1450

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: dr W. Jankowiaka: „Medycyna estetyczna - Vademecum odchudzania część 1” w: [www.wiza.pl](http://www.wiza.pl), 6 marzec 2007 rok.

Przykład:

Mało aktywna fizycznie osoba (wskaźnik 1,3) o masie ciała 55kg będzie potrzebować na dobę 1280kcal x 1,3 = 1664kcal.

Inny sposób obliczenia rzeczywistego zapotrzebowania energetycznego:

- Siedzący tryb życia - Masa idealna x 30 kcal
- Umiarkowanie aktywny tryb życia - Masa idealna x 35 kcal
- Bardzo aktywny tryb życia - Masa idealna x 45 kcal

Najczęściej proponuje się choremu stosowanie diety „1000 kcal”. Lekarze przyjmują, że jest to graniczna bezpieczna wartość energetyczna dla diety naturalnej. Nie można tak skonstruować menu z naturalnych produktów, by przy wartości energetycznej mniej niż 1000 kcal zawierało odpowiednią ilość wymaganych dla zdrowia białek, witamin, związków mineralnych i innych. Dlatego w tych przypadkach należy wesprzeć się dietami przygotowanymi przemysłowo, na przykład dietą Cambridge, i koniecznie pozostawać pod kontrolą lekarza. Odchudzając się, warto pamiętać, że to, co dobre dla jednej osoby, nie musi sprzyjać drugiej. Każdy organizm różni się nieco, choćby wydajnością przyswajania witamin, stąd odmienne mogą być skutki pozostawania na takiej lub innej diecie.

<sup>27</sup> J. Nurkowska: „Problem w skali XXI”, w: "Wiedza i Życie" nr 10/1998 rok.

Propozycje diet najczęściej stosowanych:

- **Dieta 1000 Kalorii** - Dieta ta jest najbardziej znana i najbardziej polecana jako sposób odchudzania. Przed rozpoczęciem stosowania przedmiotowej diety, należy przez tydzień zapisywać wszystko co jest zjadane, każdy posiłek i przekąskę. W diecie tej zaleca się zmniejszenie ilości produktów zawierających tzw. puste kalorie i bomby kaloryczne, czyli duże ilości tłuszczu, słodczyce, tłuste mięsa, wędliny i sery (szczególnie żółte), piwo, alkohol. Należy zrezygnować z ostrych przypraw, ponieważ pobudzają apetyt. Należy też jeść na małych talerzykach, co sprzyja odpowiedniemu podziałowi porcji. Po każdym kęsie należy odkładać porcję pokarmu na talerzyk. Sięgamy po nią, gdy będziemy mieć puste usta. Należy wypijać szklankę wody przed posiłkiem. Należy jeść powoli i dokładnie przeżuwać. Nie należy zjadać czegoś tylko dlatego, że mogłoby się zmarnować. Trzeba usuwać skórkę z drobiu. Śmietaną należy zastępować kefirem lub jogurtem<sup>28</sup>.

- **Dieta 1200 Kalorii** - Sekret tej diety to spożywanie niedużych porcji, jedzonych pięć razy w ciągu dnia, co trzy godziny o tej samej porze, co pozwala na oszukanie głodu. Dania zawierają odpowiednią ilość pełnowartościowego białka i minerałów. Stosując dietę, można pić bez ograniczeń niegazowaną wodę mineralną, najlepiej jednak na kilka minut przed lub dwie godziny po jedzeniu (podobnie jak pozostałe napoje). Jeśli stosujemy dietę dłużej niż tydzień, w kolejnych tygodniach powinno się zastąpić posiłki mięsne rybnymi. Ryby powinny być spożywane 3-4 razy w tygodniu. Mają wiele pełnowartościowego białka oraz korzystne dla zdrowia nienasycone kwasy tłuszczowe omega 3. Dieta 1200 kcal nie powinna być stosowana dłużej niż 1 miesiąc, można ją powtórzyć dopiero po 2-3 miesiącach<sup>29</sup>.

- **Dieta Cambridge** - Podstawą postępowania w leczeniu otyłości jest ograniczenie spożycia energii - czyli leczenie dietetyczne, co wiąże się zawsze ze zmianą stylu życia i zwiększoną aktywnością fizyczną. Każda właściwa dieta stosowana w leczeniu powinna być zbilansowana i dostarczać organizmowi wszystkich niezbędnych składników zapewniających prawidłowe wewnątrzustrojowe funkcje organizmu. Diety niekompletne powodują niedobory co prowadzi do dysfunkcji organizmu. Jeżeli dieta ubogokaloryczna w granicach 1000 kcal nie daje oczekiwanych rezultatów, zachodzi potrzeba zastosowania diety o bardzo małej zawartości energii w granicach 400-500 kcal dziennie. Podstawę diety Cambridge stanowią przygotowane przemysłowo napoje i zupy w formie sproszkowanej zawierające wszystkie elementy właściwego żywienia: białko, małą ilość węglowodanów i tłuszczu, błonnik pokarmowy, witaminy i substancje mineralne w dawkach odpowiadających dziennemu zapotrzebowaniu organizmu. Dieta Cambridge może stanowić wyłączone źródło odżywiania lub może być łączona z konwencjonalnym posiłkiem. Rodzaj diety podyktowany jest stanem zdrowia. W określonych przypadkach potrzebna jest konsultacja lekarska. Średni ubytek wagi wynosi około 3 kg tygodniowo. Posiłki diety stanowią napoje i zupy w formie sproszkowanej, które należy rozpuścić w wodzie. Ilość posiłków dziennie zależy od rodzaju diety, płci i wzrostu pacjenta. Ocena kliniczna przeprowadzona w Polsce w Instytucie Żywności i Żywienia potwierdziła zarówno bezpieczeństwo, skuteczność jak i dobrą tolerancję w czasie leczenia. Oprócz oczekiwanych ubytków wagi odnotowano: regulację gospodarki tłuszczowej (obniżenie poziomu złego cholesterolu i trójglicerydów) oraz obniżenie podwyższonych wartości poziomu glukozy i ciśnienia tętniczego. Najlepsze rezultaty daje leczenie cykliczne: 3 tygodnie diety ścisłej + 2 tygodnie diety mieszanej<sup>30</sup>.

- **Dieta omega 3** – Opiera się na potrawach, które zawierają niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe oraz na sporej ilości świeżych warzyw i owoców. Zmniejsza ryzyko chorób serca i układu krążenia, korzystnie wpływa na skórę, działa także przeciwnowotworowo. Osoby będące na tej diecie rzadziej cierpią na depresję i łatwiej się koncentrują. Dieta omega 3 zakłada, że nie wszystkie tłuszcze są złe, jednakże należy wybierać te z pierwszego tłoczenia na zimno (oliwa

<sup>28</sup> <http://www.mojadieta.host247.pl/1.php>

<sup>29</sup> Tamże

<sup>30</sup> Tamże

i olej rzepakowy nierafinowany). Należy jeść tłuste ryby morskie (łosoś, tuńczyk, makrela, śledź), a także warzywa o zielonych liściach. Do gotowania, pieczenia i sałatek należy używać oliwy extra virgin i oleju rzepakowego albo lnianego tłoczonego na zimno. Należy jeść produkty zawierające wartościowe białko roślinne takie jak groch, fasola, orzechy, a warzywa i owoce jeść siedem razy dziennie. Trzeba unikać nasyconych kwasów tłuszczowych – kupować jak najchudsze mięsa np.: piersi z indyka bez skóry. Produkty mleczne należy kupować z obniżoną zawartością tłuszczu, a olejów o wysokim stężeniu kwasów omega 6 (olej kukurydziany, słonecznikowy, sojowy) należy unikać. Nie wolno używać margaryny (w formie stałej i płynnej) i nie należy kupować fabrycznie wyprodukowanych ciast i ciasteczek, chipsów, batoników, przekąsek. Nie wolno jeść produktów smażonych zwłaszcza w głębokim tłuszczu<sup>31</sup>.

- **Dieta kopenhadzka** - Jest to dieta dla obdarzonych silną wolą i mocnymi nerwami. Ekstremalna, rygorystyczna, wyczerpująca, ale za to bardzo krótka. Trwa tylko 13 dni i nie wolno jej stosować ani dnia dłużej. Jest to dieta dla lubiących szybkie efekty. Stanowi dobry wstęp do diet bardziej racjonalnych. Zmienia przemianę materii i upodobania smakowe. Działa tylko wtedy, gdy jest przeprowadzana ściśle wg planu. Jeżeli podczas kuracji zostanie spożyty posiłek spoza harmonogramu (lampka wina, piwo, słodycze albo guma do żucia), to kuracja zostaje zaprzeczona od razu i w związku z tym ginie efekt. Jeżeli kuracja zostanie przerwana przed upływem 6 dni, można ją powtórzyć od nowa po 3 miesiącach. Jeżeli kurację przeprowadziło się punkt po punkcie we wszystkim, nie można jej absolutnie powtórzyć szybciej niż po roku. Nie wolno także stosować jej dłużej niż 13 dni i nie częściej niż raz na dwa lata, bo może doprowadzić do osłabienia organizmu, niedoborów witamin i minerałów. Pomoc może picie co najmniej 2 litrów wody mineralnej dziennie.

- **Głodówka** - Głodówka jest przede wszystkim metodą na oczyszczenie, odrzucenie i odmłodzenie organizmu. To także dobry sposób na zrzucenie nagromadzonych kilogramów. Ze względu na wyjątkową siłę działania musi być przeprowadzana zgodnie z przemyślanym, ściśle określonym planem, najlepiej pod kontrolą lekarza. Mechanizm działania głodówki opiera się na założeniu, iż organizm pozbawiony dawek żywności z zewnątrz powinien przejść na odżywianie wewnątrzustrojowe. W pierwszej kolejności spalane jest wszystko, co zbędne, co stanowi dla organizmu balast utrudniający sprawne funkcjonowanie na co dzień. W starych komórkach zalega tzw. białko złogowe, które w czasie głodówki ulega zużyciu w pierwszej kolejności. Pochłaniane są też wszelkiego rodzaju ogniska zapalne, martwe fragmenty tkanek. Niekorzystne objawy pojawiające się w trakcie głodówki, nie są spowodowane, jak się dość powszechnie sądzi, osłabieniem wywołanym brakiem jedzenia. Bóle głowy, czasem mdłości, poczucie ciężkości to objawy zatrucia organizmu, tym cięższe im więcej toksyn jest w organizmie. Zmagazynowane w różnych zakamarkach przez organizm toksyny (czasem bywa ich zbyt wiele, by usuwać je na bieżąco) zostają głodówką poruszone, a następnie wydalone. Dzięki głodówce wzrasta m.in. odporność na infekcje, ponieważ rośnie liczba białych krwinek, poza tym poddające się głodówce osoby zauważają większą wydolność umysłową, lepsze samopoczucie psychiczne, przyływ energii, wrażenie niezwyklej lekkości.

- **Dieta Montignaca** – dieta ta polega na komponowaniu w posiłku produktów o niskim indeksie glikemicznym. To znaczy takich, które jak najmniej podnoszą poziom glukozy we krwi. Produkty o wysokim IG powodują, że następuje wzrost apetytu i magazynowanie niepotrzebnych zapasów.

Zasady, które należy przestrzegać przy stosowaniu diety Montignaca:

- ✓ Nie należy łączyć produktów o wysokim indeksie glikemicznym z tłuszczami w jednym posiłku,
- ✓ Należy unikać produktów węglowodanowo-tłuszczowych (pełne mleko, czekolada, awokado, wątroba, orzechy laskowe),
- ✓ Należy wyeliminować z diety sacharozę,
- ✓ Jeść tylko chleb pełnoziarnisty i tylko na śniadanie,

---

<sup>31</sup> A. Wrońska pod red. „Bądź fit”- dodatek do gazety wyborczej, 26-27 sierpnia 2006 rok.

- ✓ Trzeba wyeliminować ziemniaki pod każdą postacią
- ✓ Należy wyeliminować biały ryż,
- ✓ Jeść tylko makaron razowy ugotowany al dente,
- ✓ Owoce należy jeść oddzielnie, najlepiej na czczo i ze skórką,
- ✓ Trzeba zrezygnować z alkoholu,
- ✓ Nie pić mocnej kawy ani herbaty,
- ✓ Jeść co najmniej trzy posiłki dziennie, nie rezygnować z żadnego,
- ✓ Ograniczyć tłuszcze nasycone na korzyść nienasyconych,
- ✓ W czasie posiłku nie pić wody, nie pić też bezpośrednio przed nim,
- ✓ Nie śpieszyć się, przeżuwać dokładnie każdy kęs,
- ✓ Wyciskać soki owocowe i pić od razu,
- ✓ Wyeliminować słodzone napoje gazowane,
- ✓ Po posiłku składającym się z węglowodanów odczekać trzy godziny, zanim zje się coś zawierającego tłuszcze,
- ✓ Po posiłku składającym się z produktów tłuszczowych należy poczekać cztery godziny, zanim zje się coś zawierającego węglowodany,
- ✓ Należy jeść warzywa bogate w błonnik,
- ✓ Pić dwa litry niegazowanej wody mineralnej dziennie.

### 3.2 Wysiłek fizyczny

Mała aktywność fizyczna jest jednym z najważniejszych czynników wywołujących otyłość wśród dzieci i młodzieży a także ludzi dorosłych. Ruch wpływa na prawidłowy rozwój fizyczny, pomaga utrzymać prawidłową masę ciała, kształtuje psychikę dziecka, uodparnia na stres i zwiększa samoocenę. Brak ruchu prowadzi do zastój mięśniowego, który powoduje gromadzenie się kropelek tłuszczu w adipocytach co utrudnia jego rozpad<sup>32</sup>. Aktywność fizyczna intensyfikuje metabolizm, zwiększając udział tłuszczów w produkcji energii, a tym samym zmniejsza ilość tłuszczu w organizmie<sup>33</sup>.

Leczenie otyłości wymaga zwiększenia aktywności ruchowej, co ma wpływ na bilans energetyczny oraz - co najważniejsze - zapobiega utracie masy mięśniowej (szczególnie podczas stosowania niskokalorycznych diet), poprawiając proporcje ilości tłuszczu do mięśni, wpływając na harmonię sylwetki, poprawiając stan układu krążenia i oddechowego. Po początkowej niechęci do ruchu pojawia się jego potrzeba, poprawia się nastrój, sprawniejsze ciało daje dużo zadowolenia. Zapotrzebowanie na ruch powinno zaspokoić działanie co najmniej 3 razy w tygodniu po 45 minut, średnio intensywnie - by rytm serca osiągnął 70% wartości maksymalnej. Najczęściej zaleca się ćwiczenia aerobowe (jogging, rower, pływanie, aerobik). Siłownia może je tylko uzupełniać, ale z pewnością nie zastąpi. Jednocześnie zwraca się uwagę na motywację, gdyż jest istotnym elementem prawidłowego działania. Zmiana wyglądu, zdecydowana poprawa samopoczucia powinny wystarczająco motywować, choć każdy człowiek zapewne postrzega to indywidualnie.

Działania wpływające na utrzymanie właściwej formy fizycznej i prawidłowej masy ciała<sup>34</sup>:

- *Jogging* – jeden z najprostszych sportów (bieg), który może uprawiać praktycznie każdy człowiek bez względu na wiek, kondycję fizyczną czy też typ sylwetki. Istotne jest aby dobrać odpowiednie obuwie i trasę biegu (nieodpowiednie dla stawów są twarde osiedlowe alejki i ubite leśne trakty). Bieganie poprawia sprawność fizyczną, obniża ciśnienie krwi, zwiększa poziom dobrego cholesterolu. Ponadto pomaga spalić nadmierną ilość tkanki tłuszczowej. Dla początkujących biegaczy dobrze jest ustalić krótki dystans stopniowo zwiększając długość

<sup>32</sup> H. Kamińska, A. Stefanowicz: „Grube dziecko to niezdrowe dziecko”, w: „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”, nr 3/2007

<sup>33</sup> Z. Jethon: „Efektywność aktywności fizycznej w utrzymaniu prawidłowej masy ciała u dzieci i młodzieży”, wyd. Zakład fizjologii Wysiłku AWF, Wrocław

<sup>34</sup> A. Wrońska (red.) „Bądź fit”- dodatek do gazety wyborczej, 26-27 sierpnia 2006 rok.

biegu i doząc odpowiednio wysiłek co zapobiegnie kontuzjom. Warto po treningu wykonywać serię ćwiczeń rozciągających co uelastyczni mięśnie. Należy także pamiętać o piciu niegazowanej wody mineralnej. Przy pierwszym treningu należy łączyć bieg z marszem stopniowo skracając czas marszu i wydłużając czas biegu. Organizm w ten sposób uzyska odpowiednią kondycję i zostanie przyzwyczajony do wysiłku. Jogging przynosi najlepsze rezultaty jeśli ćwiczy się 4 razy w tygodniu.

- *Nordic walking* – to nie tylko spacerowanie, sportowy chód czy jogging. Dzięki specjalnie zaprojektowanym kijkom jest ćwiczeniem całego ciała doskonałym dla osób w każdym wieku. Podczas marszu z kijkami intensywnie pracują mięśnie grzbietu, obręczy barkowej i górnych kończyn. Podczas intensywnego marszu trenowane są mięśnie pośladków, brzucha i grzbietu, a mięśnie pleców, obręczy barkowej i kończyn górnych naprzemiennie napinają się i rozluźniają. Nordic walking zwiększa masę aktywnych mięśni do 90% w porównaniu z chodem sportowym, a zużycie energii jest większe przeciętnie o 20%.
- *Joga* – jest lekarstwem na stres, pozwala zachować spokój nawet podczas aktywnego działania. Pozycje jogi, czyli asany, to ruchy dynamicznie rozciągające, wzmacniające, a zarazem relaksujące mięśnie, stawy, narządy wewnętrzne, najdrobniejsze nerwy i komórki ciała. Nie wymagają wysiłku, raczej skupienia, koncentracji i wielu powtórzeń. Wykonywane asany energetyzują, wzmacniają i rozluźniają ciało. Poprawiają krążenie, odblokowują oddech i zwiększają sygnały pochodzące z ciała. Joga wzmacnia mięśnie, redukuje tłuszcz, obniża ciśnienie, ujędrnia skórę.
- *Low impact aerobic* – jest formą ćwiczeń bez podskoków, z prostymi elementami kroków. W wykonywanych ćwiczeniach jedna noga zawsze pozostaje na podłożu. Low impact aerobic jest mniej wyczerpujący niż tradycyjny aerobic. Ćwiczenia opierają się na tak zwanej pozycji bazowej ciała, czyli lekko ugiętych kolanach i ramionach, wysuniętej do przodu miednicy oraz napiętych mięśniach pośladków i brzucha. L.I.A. jest idealny dla osób z nadwagą, otyłością i słabą kondycją. Ćwiczenia wzmacniają mięśnie szyi, ramion, talii, ud i łydek. Tętno podczas wykonywania ćwiczeń waha się w przedziale 125-150 uderzeń na minutę.
- *Pilates* – wykonywany na macie trening całego ciała, wymyślony przez Josepha Pilatesa, obejmuje ponad 500 ćwiczeń, które kładą nacisk na właściwą pozycję ciała, giętkość i rozwój mięśni. Pilates wzmacnia i uelastycznia ciało, ujędrnia i buduje harmonijną sylwetkę.

Tabela 4.

Wydatki energetyczne w zależności od wykonywanej aktywności fizycznej i masy ciała

Rodzaj wykonywanej czynności fizycznej	Czas trwania	Masa ciała		
		70,5 kg	82,5 kg	90,5 kg
Marsz	30 min	150 kcal	260 kcal	320 kcal
Jazda na rowerze		130 kcal	200 kcal	250 kcal
Marszobieg		220 kcal	340 kcal	430 kcal
Pływanie		250 kcal	300 kcal	370 kcal
Schodzenie po schodach		230 kcal	230 kcal	440 kcal
Wchodzenie po schodach		550 kcal	700 kcal	890 kcal
Wiosłowanie		350 kcal	440 kcal	490 kcal
Gimnastyka otyłych		240 kcal	290 kcal	360 kcal

Źródło: opracowanie własne na podstawie J. Karczewskiego (pod redakcją): „Higiena. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa”, wyd. CZELEJ sp. z o.o., Lublin 2002 rok

### 3.3 Leczenie farmakologiczne

Pojawiające się po spożyciu posiłku uczucie sytości wynika z pobudzenia obecnego w podwzgórzcu tzw. układu serotonergicznego, czyli zespołu neuronów wytwarzających neuroprzekaźnik - serotoninę. Serotonina będąca pochodną tryptofanu (zawarty jest m.in. w czekoladzie) wpływa na sen, potrzeby seksualne, zachowania impulsywne i, co ważne w omawianej kwestii, na nastrój i apetyt. Stwierdzono, że spożycie węglowodanów podnosi poziom tego neurotransmitera w mózgu (w płynie mózgowo-rdzeniowym), poprawiając nastrój,



a jednocześnie tłumiąc apetyt na te związki. Stąd słodczyce i przekąski uznaje się za naturalne leki na „smutek”, a tycie - za skutek uboczny takiej kuracji. Właściwości takie wykazuje np. amfetamina i dlatego w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych pewne jej pochodne wykorzystano do walki z apetytem. Jednak bez większych osiągnięć, ponieważ leki miały działanie narkotyczne - powodowały uzależnienie, podnosiły ciśnienie, a nawet wywoływały agresję i paranoję.

Kontrola apetytu to bardzo złożony mechanizm, należy próbować regulować go na innych poziomach. Głód tłumią także sygnały przekazywane przez włókna nerwowe reagujące na rozciągnięcie ścianek żołądka i jelit czy nerw błędny niosący z wątroby potwierdzenie świeżych dostaw jedzenia. Ośrodek głodu wyciszają bodźce metaboliczne - glukoza i insulina pojawiające się we krwi po spożyciu i strawieniu pokarmu - czy sygnały neurohumoralne, na przykład hormony jelitowe bombezyna i cholecystokinina (CCK). Wiedza o tych faktach przyniosła rozwiązania w postaci kolejnych opracowywanych leków, na przykład agonisty CCK czy środków zapobiegających rozkładowi tego zazwyczaj bardzo nietrwałego hormonu.

Ogromne nadzieje wśród osób otyłych wzbudził odkryty dwa lata temu inny jeszcze czynnik sytości - leptyna, białko hormonalne wytwarzane przez tkankę tłuszczową. Wyniki dotychczasowych badań każą niestety wątpić, by do schudnięcia wystarczyło samo podanie leptyny. Niemniej jednak entuzjazm naukowców nie słabnie, podobnie jak ich wiara, że wysiłki i ogromne środki przeznaczane na poznanie leptyny oraz mechanizmów jej działania przyniosą wymierne korzyści terapeutyczne.

Istnieją jednak i inne sposoby schudnięcia poza wymuszonym ograniczeniem poboru energii, choćby zwiększenie jej wydatkowania. Naukowcy rozważają możliwości zwiększenia tempa podstawowej przemiany materii, np. przy użyciu adrenaliny, neuroprzekąznika działającego w sytuacji silnego stresu. Firma Pfizer pracuje nad preparatem nazwanym CP-331679, który, naśladując adrenalinę, przyłącza się do jej receptorów w tkance tłuszczowej, zwiększając u szczurów o 1/3 metabolizm i spalanie tłuszczu.

Obecnie dostępny jest także inny środek wzmagający metabolizm - efedryna (roślinny fen/phen), znana także jako Ma Huang. Lek ten jest niestety niebezpieczny dla zdrowia, gdyż podnosi ciśnienie krwi, powoduje zaburzenia rytmu pracy serca, bezsenność, drżenia, a nawet udary i ataki serca bezpośrednio zagrażające życiu.

Do farmakologicznych nowości należy też następna nadzieja ludzi otyłych - orlistat, który działa w przewodzie pokarmowym. Związek ów zmniejsza przyswajanie tłuszczu z pokarmów, uniemożliwiając enzymom ich strawienie. Jak stwierdzono, dzięki lekowi pobieranie tłuszczu spada o około 30%. Dzięki orlistatowi porcja frytek i ciastko z kremem nie byłyby już tak potężną bombą energetyczną, przyjemność natomiast z ich zjedzenia pozostałaby.

Odłuszczenie posiłku przeprowadza się także innym sposobem - zażywając chitosan, preparat przygotowany ze sproszkowanych pancerzy krabów i homarów, wiążący 12 razy tyle tłuszczu, ile sam waży; na podobnej zasadzie działa ponoć także chityna<sup>35</sup>.

Każdy dotychczas opracowany lek na otyłość wywiera, poza pożądanymi, także niekorzystne skutki uboczne i tylko lekarz w oparciu o swą wiedzę może zdecydować, czy dobrodziejstwa jego stosowania przeważają szkody, jakie przyniesie organizmowi.

Spośród innych metod leczenia wymienić należy psychoterapię (wyjaśnianie istoty zaburzeń nerwicowych, interesowanie się codziennymi troskami tak zawodowymi jak i małżeńskimi czy też rodzinnymi) oraz leczenie chirurgiczne (wyłączenie lub ograniczenie zdolności trawiennej żołądka, wykonanie przetoki między jelitem krętym i biodrowym). Możliwe jest także zmniejszenie powierzchni wchłaniania za pomocą chirurgicznego wyłączenia określonej części jelita cienkiego. Jednakże wszelkie interwencje tego typu wiążą się bezpośrednio z możliwością wystąpienia określonych niebezpieczeństw (możliwość wystąpienia porfirii, kamicy nerkowej, zaburzeń elektrolitowych, niewydolności mięszu wątrobowego

---

<sup>35</sup> Tamże

i bólów stawowych), dlatego też takie zabiegi powinny wykonywać dobrze przygotowane i doświadczone ośrodki medyczne<sup>36</sup>.

#### 4. Zaburzenia i powikłania wynikające z otyłości

Otyłość wprawdzie nie uśmierca, ale wyraźnie zwiększa podatność na różnego rodzaju choroby. Najczęściej są to choroby serca mające największy udział w ogólnej liczbie zgonów. Są one najskuteczniejszym zabójcą w krajach rozwiniętych, choć za nimi, na drugim miejscu plasują się nowotwory.

Tabela 5.  
Zwiększenie ryzyka chorób u osób otyłych w porównaniu do osób szczupłych (według WHO).

Zwiększenie	
3-krotne	Cukrzyca typu II, Choroba pęcherzyka żółciowego, Dyslipidemia, Insulinooporność, Zadzyszka, Zespół bezdechu sennego
2-3-krotne	Choroba niedokrwienności serca, Nadciśnienie tętnicze, Choroba zwyrodnieniowa stawów (kolan), Dna moczanowa
1-2-krotne	Rak (piersi u kobiet po menopauzie, endometrium, okrężnicy), Zaburzenia dotyczące hormonów płciowych, Upośledzenie płodności, Bóle odcinka krzyżowego kręgosłupa, Nieprawidłowości płodu

Źródło: A. Abramczyk: „Otyłość-choroba społeczna. Możliwości leczenia i profilaktyki”, w: „Med. Dydak. Wychow.”, vol. XXXVI (1), 2004 rok.

Najczęstsze zaburzenia i schorzenia związane z występowaniem otyłości:

- Cukrzyca typu II - stanowi 90% przypadków cukrzycy. 80-90% pacjentów stanowią osoby otyłe. Związek cukrzycy typu II z otyłością ma złożone podłoże patofizjologiczne, u podstaw którego leży insulinooporność. Wspomnieć należy, iż o powstawaniu u ludzi otyłych cukrzycy decyduje przede wszystkim ilość tłuszczu w okolicach brzusznych. Niebagatelną rolę odgrywa też predyspozycja genetyczna do obu tych schorzeń. Oprócz tego powstawanie cukrzycy typu II należy, oprócz czynników genetycznych, łączyć z obciążeniami w postaci patologicznego trybu życia<sup>37</sup>. Dowiedziono, że otyłość oraz towarzyszący jej często obniżony poziom aktywności fizycznej uważane są za dwa niezależne i najważniejsze czynniki ryzyka wystąpienia cukrzycy typu II. Towarzyszące cukrzycy insulinooporność i hiperinsulinemia są częścią zespołu metabolicznego, a częste kojarzenie ich z innymi zaburzeniami metabolicznymi i strukturalnymi, np. dyslipidemią i nadciśnieniem tętniczym, zwiększa znacznie ryzyko wystąpienia chorób krążenia. Co więcej, otyłość uważa się nie tylko za najsilniejszy czynnik ryzyka wystąpienia cukrzycy typu II ale także za czynnik odpowiadający za nasilenie objawów już istniejącej cukrzycy oraz utrudniający i wydłużający proces leczenia. Wprawdzie wskaźnik masy ciała nie jest czynnikiem pozwalającym przewidzieć stopień nasilenia choroby, ale jest bez wątpienia niezależnym i istotnym czynnikiem wymagającym klinicznie pogorszenie (najczęściej u chorych z wysokim wskaźnikiem WHR). Otyłość androidalna jest bardziej cukrzycogenna niż otyłość gynoidalna i właśnie typ androidalny indukuje insulinooporność komórkową. Badania wskazują, że zwiększone ryzyko cukrzycy typu II pojawia się już przy BMI = 25kg/m<sup>2</sup>. Zarówno cukrzyca, jak i otyłość występują częściej u osób prowadzących siedzący tryb życia i dlatego podejmowanie regularnych wysiłków odgrywa u osób otyłych z cukrzycą bardzo ważną rolę. Zwiększa wrażliwość tkanek na insulinę oraz wpływa korzystnie na gospodarkę węglowodanową, a także umożliwia obniżenie masy ciała, co jest ważnym działaniem

<sup>36</sup> F. Kokot pod red.: „Choroby wewnętrzne-podręcznik dla studentów”, wyd. PZWL, Warszawa 1991 rok.

<sup>37</sup> M. Białkowska: „Powikłania zdrowotne otyłości”, w: „Nowa Medycyna”.

leczniczym przy tego typu schorzeniu. U chorych tych, intensywny wysiłek fizyczny wywołuje ostre obniżenie poziomu glikemii. Ten korzystny efekt jest wynikiem powysiłkowego uwrażliwienia tkanek na insulinę i może trwać kilka godzin a nawet kilka dni po wysiłku. Zmiany takie zależą także od wywołanych treningiem zmian w składzie ciała, między innymi dystrybucji tkanki tłuszczowej oraz zwiększeniem masy mięśni. Ćwiczenia ze średnią intensywnością redukują ryzyko wystąpienia cukrzycy typu II o ponad 50%<sup>38</sup>.

- **Nadciśnienie tętnicze** – utrzymanie prawidłowego ciśnienia tętniczego krwi jest niezbędne do utrzymania organizmu w równowadze. Jest ono czynnikiem decydującym o przepływie krwi przez poszczególne narządy. Wzrost ciśnienia tętniczego jest konsekwencją wzrostu jednego z tych czynników. Ze względu na powszechność występowania nadciśnienia tętniczego można mówić o problemie społecznym. Już wzrost masy ciała o 20% powoduje ośmiokrotny wzrost częstości występowania nadciśnienia. Znany jest jej związek z wiekiem obu płci oraz z okresem przekwitania u kobiet. Występuje także związek nadciśnienia z miejscem zamieszkania (większość ludzi chorujących na tę chorobę mieszka w dużych miastach), a także miejscem pracy i zajmowanym stanowiskiem (problem ten dotyczy osób zatrudnionych w biurach oraz osób zajmujących kierownicze stanowiska) oraz masą ciała (większość osób otyłych i mających nadwagę oraz obciążonych wywiadem rodzinnym w tym kierunku wykazuje takie schorzenia)<sup>39</sup>.

- **Niewydolność serca** – jest to stan, w którym serce (albo jedna z jego komór) nie jest w stanie przetoczyć odpowiedniej ilości krwi. Może ona przebiegać zarówno ze zmniejszeniem, jak i wzrostem objętości minutowej serca w stosunku do normy. Niewydolność serca dzieli się na ostrą i przewlekłą oraz prawokomorową, lewokomorową oraz niewydolność obu komór<sup>40</sup>. Ryzyko powstania tej choroby u osób otyłych jest większe o 1,9 w stosunku do średniej<sup>41</sup>.

- **Hiperlipidemia** – czyli podwyższenie poziomu cholesterolu i trójglicerydów we krwi. Poza poziomem całkowitego cholesterolu dla ryzyka chorób serca ważny zdaje się być stosunek pomiędzy cholesterolem HDL i LDL. Stosunek ten jest niekorzystny u osób otyłych.

- **Choroba niedokrwienna serca** – tym terminem określa się stan uszkodzenia mięśnia sercowego wywołany zachwianiem równowagi pomiędzy wielkością przepływu wieńcowego, a zapotrzebowaniem mięśnia na tlen, co jest spowodowane zmianami strukturalnymi i/lub zaburzeniami czynnościowymi w krążeniu wieńcowym. Następstwem niewydolności wieńcowej jest właśnie najczęściej niedokrwienie mięśnia sercowego lub nawet jego martwica. Do największych czynników powodujących taki stan rzeczy doprowadza palenie papierosów, dieta bogatoenergetyczna, mało ruchliwy tryb życia, nerwowa praca<sup>42</sup>.

- **Zmiany zwyrodnieniowe stawów** – zbyt duża masa ciała doprowadza do nadmiernego obciążenia stawów. W wyniku tego stawy nazbyt obciążone szybciej ulegają uszkodzeniu co doprowadza do pojawiania się zespołów bólowych a co za tym idzie pogorszenia jakości życia.

- **Nowotwory** – do przyczyn powstawania nowotworów należy zaliczyć niewłaściwe odżywianie. Zwłaszcza obecność czynników karcynogennych (kancerogennych) odpowiadających za indukowanie nowotworów złośliwych, jak i antykarcynogennych (antykancerogennych) odpowiadających za hamowanie powstawania i rozwoju nowotworów w pożywieniu wydaje się być istotne. Według badaczy amerykańskich przyczyny żywieniowe stanowią około 35% czynników ryzyka rozwoju nowotworów. Należy więc za wszelką cenę wyeliminować z pożywienia wszelkie substancje trujące o działaniu nowotworowym. Główne czynniki żywieniowe o działaniu nowotworowym to toksyny pochodzące z grzybów – mykotosyny. Szczególnie alfatoksyny obecne w grzybach stanowią niebezpieczeństwo dla

<sup>38</sup> A. Sierpowska, G. Cywińska-Wasilewska: „Aktywność fizyczna i otyłość u chorych na cukrzycę 2 typu”, w: „Fizjoterapia” nr. 62-69 2004 rok.

<sup>39</sup> F. Kokot pod red.: „Choroby wewnętrzne-podręcznik dla studentów”, wyd. PZWL, Warszawa 1991 rok.

<sup>40</sup> Tamże.

<sup>41</sup> [http://www.zdrowie.med.pl/nadwaga/otylosc\\_04.html](http://www.zdrowie.med.pl/nadwaga/otylosc_04.html)

<sup>42</sup> Tamże.

organizmu (obecne są na roślinnych produktach spożywczych nie właściwie przechowywanych). W produktach mięsnych wędzonych zaś i innych produktach pochodzenia zwierzęcego występuje niebezpieczny benzopiren – policykliczny węglowodór aromatyczny mający działanie rakotwórcze. Podczas pieczenia mięs i ryb z kolei tworzą się mutageny i karcynogeny, powstające w wyniku działania wysokiej temperatury na produkty bogate w białko. Kolejnym zagrożeniem są nitrozaminy których źródłem są azotany zawarte np. w wodzie pitnej czy w soli używanej do peklowania mięsa, zamieniane w organizmie w azotyny. Nowotwory często dotyczą też osób mających problemy alkoholowe (guzy odbytu, rak przełyku i gardła). Za rozwój raka żołądka często obwinia się zakażenia bakteriami *Helicobacter pylori* obecnymi często w wodzie. Rak piersi występuje u kobiet spożywających duże ilości tłuszczu, żywności nieprawidłowo (nadmierna dieta), otyłych. Z kolei pozytywne oddziaływanie na organizm mające na celu eliminowanie lub hamowanie rozwoju nowotworów przypisuje się przeciwutleniaczom (witaminy A i C, karotenoidy, flawonoidy, polifenole). Działanie przeciwrakowe wykazują metabolity roślinne: czosnku, warzyw kapustnych, soi, marchwi, cebuli, selera, owoców cytrusowych<sup>43</sup>.

- Zaburzenia oddychania w czasie snu – objawiające się między innymi zespołem hipowentylacji lub bezdechu sennego.
- Żyłaki kończyn dolnych – u osoby otyłej gorsze są warunki odpływu krwi z dolnych kończyn co doprowadza do upośledzeń w wymianie krwi (nadmierne wypełnienie żył) i w końcu do powstawania żylaków.
- Zaburzenia psychiczne, depresja - w naszej kulturze należy być szczupłym, otyłość jest zdecydowanie niemodna. Nic więc dziwnego, że ludzie otyli popadają często w depresję. Zdaniem amerykańskich genetyków istnieje związek między otyłością a depresją. Ujawniono, że słynny gen Ob, kodujący hormon odpowiadający za masę ciała, wywiera jeszcze silniejszy wpływ na nastrój. Dodatkowo depresja może pojawiać się wraz z występowaniem miażdżycy naczyń mózgowych a co za tym idzie nasilają się: utrata zainteresowań, poczucie niewydolności fizycznej i psychicznej, stany zubożenia i tendencje do samobójstwa<sup>44</sup>. Znane są także objawy uboczne działania niektórych leków przeciwdepresyjnych w postaci niepożądanego przyrostu masy ciała, przeciwpadaczkowe, steroidy i glikokortykosteroidy oraz przeciwcukrzycowe.

#### 4.1 Koszty społeczno-ekonomiczne otyłości

Wzrastająca liczba przypadków otyłości, niezależnie od powodowanego cierpienia, pociąga za sobą skutki ekonomiczne o szczególnym znaczeniu. Koszty te stanowią istotny odsetek nakładów państwa na opiekę zdrowotną. Szacuje się, że w Unii Europejskiej na walkę z otyłością przeznaczona jest do 7 % kosztów opieki zdrowotnej i wydatki na ten cel będą się nadal zwiększać, biorąc pod uwagę wzrostową tendencję występowania otyłości. Mimo braku dokładnych danych dla wszystkich państw UE, przeprowadzone badania wykazują znaczne koszty ekonomiczne związane z otyłością: zgodnie z raportem przygotowanym przez Brytyjską Krajową Izbę Kontroli (United Kingdom's National Audit Office) w 2001 r., otyłość w samej tylko Anglii spowodowała 18 mln dni absencji chorobowej oraz 30000 przedwczesnych zgonów, co odpowiada rocznym bezpośrednim kosztom opieki zdrowotnej wynoszącym co najmniej 500 mln GBP. Szerzej pojmowane koszty ekonomiczne, uwzględniające zmniejszenie produktywności oraz straty produkcji, oszacowano na kwotę dalszych 2 mld GBP rocznie. W sprawozdaniu dotyczącym skutków aktywności fizycznej i jej wpływie na zdrowie Główny Lekarz Wielkiej Brytanii (United Kingdom's Chief Medical Officer) z 2004 r. oszacował koszty braku aktywności fizycznej na 8,2 mld GBP rocznie (w tym koszty opieki zdrowotnej oraz szerzej pojęte koszty ekonomiczne, takie jak dni zwolnienia z pracy). W Irlandii określono

<sup>43</sup> J. Karczewski pod redakcją: „Higiena. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa”, wyd. CZELEJ sp. z o.o., Lublin 2002 rok

<sup>44</sup> S. Dąbrowski, J. Jaroszyński, S. Puzyński, pod red. : „Psychiatria - tom II”, wyd. PZWL, Warszawa 1988 rok.

bezpośrednie koszty leczenia otyłości na sumę ok. 70 mln EUR w 2002 r. W Hiszpanii całkowite koszty, powiązane z otyłością szacowane są na kwotę około 2,5 miliarda EUR rocznie. W Stanach Zjednoczonych CDC (Centers for Disease Control and Prevention - Centra Kontroli Chorób i Prewencji) oszacowały koszty opieki zdrowotnej związanej z otyłością na 75 mld USD. Analizując poszczególne przypadki, badania wykazały, że roczne wydatki medyczne na przeciętną otyłą osobę dorosłą w Stanach Zjednoczonych są o 37% wyższe, niż w przypadku osoby o normalnej wadze. Te koszty bezpośrednie nie uwzględniają zmniejszonej produktywności związanej z niezdolnością do pracy oraz przedwczesną umieralnością<sup>45</sup>. Ludzie otyli, między innymi z powodu złego stanu zdrowia, są dużo częściej nieobecni w pracy. W ostatecznym rozrachunku należy również uwzględnić inne koszty społeczne, takie jak na przykład osiąganie słabych wyników w szkole czy też dyskryminacja w miejscu pracy.

### Podsumowanie

Otyłość jest w obecnych czasach problemem globalnym, potwierdzają to statystyki prowadzone w wielu krajach. Obecna sytuacja staje się coraz bardziej dramatyczna, czego dowodem jest stały wzrost liczby ludzi otyłych na świecie. Tylko w ciągu ostatnich dziesięciu lat liczba otyłych ludzi na świecie wzrosła z ok. 200 mln do prawie 300 mln osób. Mówi się już o otyłości w kategoriach epidemii. Problem otyłości występuje już nie tylko w krajach rozwiniętych, ale również coraz częściej pojawia się w miejscach, gdzie problemem był dotychczas głód. Potwierdzeniem tego jest fakt, iż w niektórych państwach afrykańskich liczba ludzi mających problemy z nadwagą sięga już 20% (RPA). Ponadto, choroby będące najczęściej wynikiem otyłości tj.: nowotwory, cukrzyca, choroby serca i nadciśnienie są najczęstszą przyczyną zgonów nie tylko w krajach bogatych, ale także w tych biedniejszych. Zasadne jest twierdzenie, iż należy niezwłocznie przystąpić do działań prewencyjnych na rzecz ograniczenia epidemii XXI wieku jaką jest otyłość i nadwaga. Poznana wiedza na temat otyłości i nadwagi stanowi ogromny skok naprzód w dziedzinie medycyny obecnego stulecia i jeśli tylko zdołamy wykorzystać tę wiedzę w większości zachowań zdrowotnych człowieka to będzie to gwarancja przedłużonego życia w zadowoleniu. Umożliwi człowiekowi podejmowanie wszelkich działań zawodowych, realizowanie pasji i wyznaczanie sobie kolejnych, możliwych do zrealizowania wyzwań.

### Literatura

1. Badanie Ipsos pt. „Fakty i mity. Odżywianie i zdrowie Polaków w kontekście międzynarodowym - raport 2006”, 23 czerwca – 7 lipca 2006 r.
2. Białkowska M.: Otyłość-epidemia XXI wieku. w: Gabinet Prywatny, nr 5/2003
3. Białkowska M.: Powikłania zdrowotne otyłości. w: Nowa Medycyna.
4. Bogusławski S. i inni: Mała Encyklopedia Medycyny tom II. PWN, Warszawa 1987
5. Czech A.: Czynniki środowiskowe sprzyjające otyłości. w: Terapia, nr 5/2005
6. Czekalski S. i inni: Narodowy Program Zapobiegania i Leczenia Otyłości, w: Endokrynol. Pol. – Polish J. Endocrinol., vol. 52, 2001
7. Dąbrowski S., Jaroszyński J., Pużyński S.(red.) :Psychiatria - tom II.PZWL, Warszawa,1988.
8. Dąbrowski S., Jaroszyński J., Pużyński S., (red.):Psychiatria - tom III.PZWL, Warszawa, 1989.
9. Dolna A., Ciok J.: Indeks glikemiczny a otyłość. w: Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, CXIV, 5(11) 2005 r.
10. Drygas W.: Otyłość. Uwarunkowania Środowiskowe i Socjomedyczne”, w: Medycyna Metaboliczna. tom VII, nr 2, 2003.

<sup>45</sup> <http://www.eur-lex.europa.eu>

11. Jethon Z.: Efektywność aktywności fizycznej w utrzymaniu prawidłowej masy ciała u dzieci i młodzieży. wyd. Zakład Fizjologii Wysiłku AWF, Wrocław
12. Kamińska H., Stefanowicz A.: Grube dziecko to niezdrowe dziecko. w: Magazyn Pielęgniarki i Położnej, nr 3/2007
13. Karczewski J. (red.): Higiena. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa. Wyd. CZELEJ sp. z o.o., Lublin, 2002
14. Kochman D.: Otyłość w dzieciństwie i wieku młodzieńczym. Możliwość zapobiegania i leczenia, w: Pielęgniarstwo Polskie, nr. 1(17) -2(18), str. 92-99, 2004 r.
15. Kokot F.(red.): Choroby wewnętrzne-podręcznik dla studentów. wyd. PZWL, Warszawa, 1991.
16. Luks M. i inni: Przyrost masy ciała związany z lekami antypsychotycznymi, w: Farmakoterapia w psychiatrii i neurologii, 1, 113-125, 2001 r.
17. Milewicz A.: Choroba XXI wieku – eksplodująca epidemia otyłości. W: Endokrynol. Pol. – Polish J. Endocrinol., vol. 52, 2001 r.
18. Nurkowska J.: Problem w skali XXI, w: Wiedza i Życie nr 10/1998.
19. Obuchowicz A., Książewska M., Pietrzak J., Świętochowska-Chechlińska A.: Profilaktyka chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży. w: Lekarz, nr 7-8, 2005 r.
20. Orzeszko M.:Komu Dokładkę? w: Wiedza i Życie, nr 12/2001
21. Pratzler B.: Nadzieje i zwątpienia. w: Wiedza i Życie, nr 1/1996
22. Publikacja Wojewódzkiej Stacji Sanitarno Epidemiologicznej w Szczecinie: „Światowy Dzień Walki z Otyłością”, 26 luty 2006 rok.
23. Sierpowska A., Cywińska-Wasilewska G.: Aktywność fizyczna i otyłość u chorych na cukrzycę 2 typu. w: Fizjoterapia, nr 62-69/ 2004.
24. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of WHO. Consultation presented at: the World Health Organization. June 3-5, 1997. Geneva Switzerland, w: Otyłość- Światowa Epidemia. Medycyna po dyplomie, vol. 10/nr 9/ październik 2001 r.
25. Wrońska A. (red.): Bądź fit- dodatek do Gazety wyborczej, 26-27 sierpnia 2006 rok.

#### Witryny internetowe:

1. Polska Federacja Producentów Żywności: [http://www.pfpz.pl/nowosci/?id\\_news...](http://www.pfpz.pl/nowosci/?id_news...) 9 marzec 2007 rok
2. <http://tvp.pl/1787,20061025412375.strona?Blok=WczesniejNaTemat>, marzec 2007 rok.
3. [http://www.europarl.europa.eu/news/public/story\\_page...](http://www.europarl.europa.eu/news/public/story_page...) marzec 2007 rok
4. [http://www.zdrowie.med.pl/nadwaga/otylosc\\_03.html](http://www.zdrowie.med.pl/nadwaga/otylosc_03.html), luty 2007 rok
5. <http://www.mojadieta.host247.pl/1.php>, kwiecień 2007 rok.
6. <http://www.mz.gov.pl>, marzec 2007 rok
7. [http://www.zdrowie.med.pl/nadwaga/otylosc\\_04.html](http://www.zdrowie.med.pl/nadwaga/otylosc_04.html), kwiecień 2007 rok.
8. <http://www.eur-lex.europa.eu>, luty 2007 rok.