

Zagrożenia zdrowotne wśród dzieci i młodzieży

tom 3



Zagrożenia zdrowotne wśród dzieci i młodzieży

redakcja naukowa

Mariola Seń, Grażyna Dębska

tom 3

Kraków 2011

Rada Wydawnicza Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego:
Klemens Budzowski, Maria Kapiszewska, Zbigniew Maciąg, Jacek M. Majchrowski

Recenzja: prof. dr hab. Alicja Chybicka

Projekt okładki: Oleg Aleksejczuk

Korekta: Filip Szczurek

ISBN 978-83-7571-240-7

Copyright© by Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Kraków 2011

Na zlecenie:



Krakowskiej Akademii
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
www.ka.edu.pl

Wydawca:

Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM,
Kraków 2011

Żadna część tej publikacji nie może być powielana ani magazynowana w sposób umożliwiający ponowne wykorzystanie, ani też rozpowszechniana w jakiegokolwiek formie za pomocą środków elektronicznych, mechanicznych, kopiujących, nagrywających i innych, bez uprzedniej pisemnej zgody właściciela praw autorskich

Sprzedaż detaliczną, hurtową i wysyłkową prowadzi:
Księgarnia u Frycza
Kampus Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków
tel./faks: (12) 252 45 93
e-mail: ksiegarnia@kte.pl

Skład: Oleg Aleksejczuk

Druk i oprawa: Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o.

Spis treści

Wstęp (<i>Mariola Seń, Grażyna Dębska</i>)	9
Anna Felińczak, Grażyna Szymańska-Pomorska, Mariola Seń, Krystyna Misiak, Faustina Hamma <i>Ocena częstości występowania elementów zespołu metabolicznego u młodzieży gimnazjalnej</i>	11
Maria Zięba, Wioletta Ławska, Grażyna Dębska <i>Skuteczność edukacji zdrowotnej dotyczącej profilaktyki nadwagi i otyłości wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych</i>	23
Jadwiga Kuciel-Lewandowska, Anna Kokocińska, Małgorzata Paprocka-Borowicz, Małgorzata Szybińska, Bożena Bogut, Andrzej Kierzek <i>Skuteczność kinezyterapii w profilaktyce i zwalczaniu nadwagi u dzieci w wieku przedszkolnym</i>	37
Małgorzata Modl <i>Aktywność fizyczna i odżywianie się w czasie pobytu w szkole a występowanie otyłości wśród młodzieży gimnazjalnej</i>	49
Mariola Seń, Zofia Foryś, Anna Felińczak, Grażyna Dębska, Grażyna Cepuch, Faustina Hamma, Donata Kurpas <i>Zdrowotne skutki palenia tytoniu w opinii studentów Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego</i>	61
Jadwiga Staniszevska, Iwona Klisowska, Marzena Krysa, Mariola Seń, Grażyna Szymańska-Pomorska <i>Zagrożenie nikotynizmem i stan wiedzy na temat zdrowotnych następstw palenia tytoniu uczniów klas gimnazjalnych na Dolnym Śląsku</i>	73
Klaudia Oleksiuk, Marta Kubasiak, Ewa Marchwińska-Wyrwał <i>Wykształcenie rodziców a narażenie dzieci na dym tytoniowy w środowisku domowym</i>	85
Iwona Klisowska, Anna Dąbek, Iwona Tabin, Małgorzata Stelmaszyk, Elżbieta Wrońska, Wioletta Terlecka <i>Wiedza studentów Akademii Medycznej na temat zagrożeń wynikających ze stosowania dopalaczy</i>	93

Karolina Jankowska, Krystyna Misiak <i>Poziom wiedzy studentów o alkoholu i alkoholizmie</i>	103
Halina Kulik, Stanisława Dutkiewicz <i>Życie z piętnem rodziny alkoholowej</i>	113
Grażyna Dębska, Wioletta Ławska, Maria Zięba, Monika Mirek <i>Problem używania Internetu przez młodzież</i>	125
Edyta Laurman-Jarząbek, Monika Szpringer, Eliza Mazur <i>Zachowania ryzykowne a profilaktyka HIV/AIDS w środowisku akademickim</i>	139
Anna Dąbek, Iwona Klisowska, Iwona Zborowska, Jerzy Twardak <i>Stan wiedzy rodziców dzieci w wieku niemowlęcym na temat szczepień ochronnych i czynniki decydujące o ich wyborze</i>	151
Grzegorz Kaczmarczyk, Agata Korusiewicz, Grzegorz Machnik, Małgorzata Zapała, Ewa Pelc, Monika Czapla <i>Profilaktyka zakażeń wirusowych wśród dzieci i młodzieży na przykładzie grypy sezonowej i nowej grypy A/H1N1</i>	161
Mariola Seń, Iwona Piłat, Anna Felińczak, Grażyna Szymańska-Pomorska, Marzena Krysa, Faustina Hamma, Andrzej M. Fal <i>Realizacja szczepień ochronnych w populacji dzieci i osób dorosłych w opinii rodziców</i>	173

Contents

Introduction (<i>Mariola Seń, Grażyna Dębska</i>)	9
Anna Felińczak, Grażyna Szymańska-Pomorska, Mariola Seń, Krystyna Misiak, Faustina Hamma <i>Evaluation of the Prevalence of Metabolic Syndrome Components in Junior High School Pupils</i>	11
Maria Zięba, Wioletta Ławska, Grażyna Dębska <i>The Effectiveness of Health Education Concerning Excess Weight Prevention among the High School Learners</i>	23
Jadwiga Kuciel-Lewandowska, Anna Kokocińska, Małgorzata Paprocka-Borowicz, Małgorzata Szybińska, Bożena Bogut, Andrzej Kierzek <i>Effectiveness of the Kinesiotherapy in the Prevention and Fighting the Overweight at Pre-school Children</i>	37
Małgorzata Modl <i>Motor Activity and Eating Habits at the Time of Staying at School versus Obesity Problem among Youth</i>	49
Mariola Seń, Zofia Foryś, Anna Felińczak, Grażyna Dębska, Grażyna Cepuch, Faustina Hamma, Donata Kurpas <i>Health Impacts of Smoking in the Opinion of Students from the Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University</i>	61
Jadwiga Staniszevska, Iwona Klisowska, Marzena Krysa, Mariola Seń, Grażyna Szymańska-Pomorska <i>The Risk of Nicotinism and Knowledge of Health Effects of Smoking Tobacco in Secondary School Pupils in the Region of Lower Silesia</i>	73
Klaudia Oleksiuk, Marta Kubasiak, Ewa Marchwińska-Wyrwał <i>Parents' Education and Children's Exposure to Tobacco Smoke in the Home Environment</i>	85
Iwona Klisowska, Anna Dąbek, Iwona Tabin, Małgorzata Stelmaszyk, Elżbieta Wrońska, Wioleta Terlecka <i>Medical Academy's Students Knowledge about Threats Come from Stimulants Consumption</i>	93

Karolina Jankowska, Krystyna Misiak <i>The Level of Knowledge about Alcohol and Alcoholism among University Students</i>	103
Halina Kulik, Stanisława Dutkiewicz <i>Life with the Stigma of an Alcoholic Family</i>	113
Grażyna Dębska, Wioletta Ławska, Maria Zięba, Monika Mirek <i>Problem of Using the Internet by the Young Stock</i>	125
Edyta Laurman-Jarząbek, Monika Szpringer, Eliza Mazur <i>Risky Behavior and Prevention of HIV/AIDS in the Academic Environment</i>	139
Anna Dąbek, Iwona Klisowska, Iwona Zborowska, Jerzy Twardak <i>The State of Knowledge of Parents of Children in Infancy on Immunization and the Factors Determining their Choice</i>	151
Grzegorz Kaczmarczyk, Agata Korusiewicz, Grzegorz Machnik, Małgorzata Zapała, Ewa Pelc, Monika Czapla <i>Flu. Prevention and Prophylaxis of Serious Viral Infections among Children and Young People on the Example of Seasonal Influenza and Avian Influenza A/H1N1</i>	161
Mariola Seń, Iwona Piąt, Anna Felińczak, Grażyna Szymańska-Pomorska, Marzena Krysa, Faustina Hamma, Andrzej M. Fal <i>The Implementation of Preventive Vaccination in the Population of Children and Adults in their Parents' Opinions</i>	173

Wstęp

Styl życia i zachowania zdrowotne jednostki kształtują się pod wpływem otoczenia i intencjonalnych działań w ciągu całego życia. We wczesnych okresach rozwoju człowieka wpływ bliskiego środowiska społecznego, a zwłaszcza rodziny, jest najsilniejszy; później większego znaczenia nabierają szersze środowiska, głównie szkoła. Wpływ środowiska, zarówno społecznego, jak i fizycznego, jest modyfikowany przez aktywność własną jednostki, a ta związana jest z właściwym poziomem wiedzy i umiejętności w tym zakresie. Przez wiele lat nauczyciele i wychowawcy, pielęgniarki szkolne, lekarze POZ, rówieśnicy i rodzice „intensywnie pracują”, aby przygotować młodego człowieka do samodzielnego życia: samodzielnego podejmowania decyzji, rozumienia prostych i skomplikowanych relacji międzyludzkich, wreszcie – podejmowania samodzielnych wyborów i efektywnych działań, także w sferze zdrowia. Wymaga to ścisłej współpracy szkoły, jako instytucji oświatowej, z rodzicami, a także przedstawicielami ochrony zdrowia i organizacji pozarządowych, ponieważ to na nich spada odpowiedzialność za szeroko rozumiane zdrowie młodego pokolenia. W domu rodzinnym dziecko od najmłodszych lat uczy się zachowań prozdrowotnych i nawyków, które mają wpływ na jego dalsze życie. Dzięki działaniom prewencyjnym dziecko może uniknąć w przyszłości wielu problemów zdrowotnych i społecznych, związanych z otyłością wynikającą z nieprawidłowych nawyków żywieniowych i braku aktywności fizycznej, uzależnieniami czy brakiem wsparcia w rodzinie. Ważnym elementem profilaktyki w dzisiejszej dobie wśród dzieci są szczepienia ochronne. Profilaktyka zakażeń powinna być prowadzona zarówno w szkole przez odpowiednio przygotowane pielęgniarki, nauczycieli, jak również przez rodziców w domu. Pozwala to zapobiec rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych, które w dalszym ciągu są groźne w populacji najmłodszych. Szczepienia ochronne to najskuteczniejsza metoda ochrony przed groźnymi chorobami. Zawarte w monografii praktyczne wskazówki dotyczące współpracy z rodzicami, jednostkami rządowymi i pozarządowymi mogą być bezpośrednio wykorzystywane w programach profilaktycznych i zdrowotnych realizowanych na terenie przedszkola, szkoły bądź uczelni.

*Mariola Seń
Grażyna Dębska*



Anna Felińczak¹, Grażyna Szymańska-Pomorska¹, Mariola Seń^{1,2},
Krystyna Misiak¹, Faustina Hamma¹

Ocena częstości występowania elementów zespołu metabolicznego u młodzieży gimnazjalnej

Abstract

Evaluation of the Prevalence of Metabolic Syndrome Components in Junior High School Pupils

Research conducted in many countries shows that the metabolic syndrome epidemic is growing. The incidence of metabolic syndrome varies and depends on age, gender and the ethnic group to which an individual belongs.

The aim of our study is to assess the prevalence of metabolic syndrome components such as obesity, abdominal obesity and hypertension among high school pupils aged 13 to 15 years. The research was conducted in 2008 in Wrocław among 3195 boys and girls aged 13 to 15 years. In the study basic anthropometric parameters (weight, height and waist circumference), as well as blood pressure were made.

Overweight and obesity were diagnosed on the basis of BMI according to the standards appropriate for the age and sex of subjects and abdominal obesity was assessed on the basis of the WHtR index. Interpretation of blood pressure measurements was made on the basis of percentile distributions, according to the Fourth Report (IVR) Working Group for Pressure Control in Children (NHBPEP, National High Blood Pressure Education Program on Children and Adolescent), which took into account the age, gender and percentile level of a child's height.

Of all respondents, 21,40% of them had excessive body weight of which 16,83% were overweight and 4,56% were obese. Abnormal systolic blood pressure (SBP), indicating the possibility of a pre-hypertensive condition and/or arterial hypertension was observed in 15.08% of all the respondents. The occurrence of abdominal

¹ Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Katedra Zdrowia Publicznego.

² Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych.

obesity was assessed on the basis of WHtR index and was observed in 8.98% of all respondents. Recognizing the early symptoms of metabolic syndrome was observed significantly more often among boys than girls and in obese subjects who were studied in relation to those who were overweight and normal weight.

Our results also indicate that, simple anthropometric and blood pressure measurements play an important role in the detection of early symptoms of metabolic syndrome.

Key words: obesity, metabolic syndrome, WHtR, pre-hypertensive state, arterial hypertension

Słowa kluczowe: otyłość, zespół metaboliczny, WHtR, stan przednadciśnieniowy, nadciśnienie tętnicze

Wstęp

Zespół metaboliczny jest coraz częściej rozpoznawanym schorzeniem zarówno wśród dorosłych, jak i u dzieci. Charakteryzuje się jednoczesnym występowaniem zaburzeń gospodarki węglowodanowej, lipidowej oraz nadciśnieniem tętniczym. Podłożem powyższych zaburzeń jest otyłość, szczególnie typu brzusznej, i towarzysząca jej insulinooporność.

Po raz pierwszy zespół metaboliczny został opisany w 1988 roku przez Geralda Reavena [11]. Jeszcze do niedawna uważano, że zespół metaboliczny dotyczy osób dorosłych. Wzrastająca częstość występowania otyłości wśród dzieci i młodzieży stała się podstawą badań nad konsekwencjami otyłości dla zdrowia dzieci i młodzieży.

Kliniczne rozpoznawanie zespołu metabolicznego ustalane jest na podstawie zaleceń amerykańskiego Narodowego Programu Edukacji Cholesterolowej Dorosłych (NCEP – ang. National Cholesterol Education Program) przedstawionych w III Raporcie Zespołu Ekspertów do spraw Wykrywania, Oceny i Leczenia Hipercholesterolemii u Dorosłych (ATP III – ang. Adult Treatment Panel III) [14]. Eksperci NCEP – ATP III ustalili, że zespół metaboliczny jest to zaburzenie, w którego skład wchodzi takie czynniki ryzyka, jak: otyłość brzuszna, dyslipidemia, czyli podwyższone stężenie trójglicerydów i lipoprotein o małej gęstości (LDL – ang. *low-density lipoprotein*) oraz obniżone stężenie lipoprotein o dużej gęstości (HDL – ang. *high-density lipoprotein*), podwyższone ciśnienie tętnicze, insulinooporność, upośledzona tolerancja glukozy, stan prozakrzepowy i prozapalny. Obecność trzech z pięciu wymienionych czynników pozwala rozpoznać zespół metaboliczny.

Badania naukowe prowadzone w wielu krajach wskazują na narastającą epidemię zespołu metabolicznego. Częstość występowania zespołu metabolicznego zróżnicowana jest w zależności od wieku, płci, przynależności do grupy etnicznej. Liczba osób z rozpoznany zespół metaboliczny wzrasta wraz z wiekiem. Szczególnie wysoki odsetek, około 40%, rozpoznawany jest wśród

populacji osób powyżej 60 roku życia [1].

Badanie przeprowadzone według kryteriów ATP III przez Forda *et al.* wykazało występowanie zespołu metabolicznego u 25% badanych Amerykanów [2]. We Francji, w badaniu STANISLAS, zespół metaboliczny rozpoznano, według kryteriów ATP III, u 5,9% mężczyzn i 2,1% kobiet, a po powtórzeniu badań po pięciu latach otrzymano wyniki 7,2% u mężczyzn i 5,4% u kobiet [2].

W Polsce, według badań Pol-MONICA, zespół metaboliczny stwierdza się wśród 20,6% mężczyzn i 17,4% kobiet z populacji w wieku 20–74 lat. W badaniu posłużono się kryteriami rozpoznania zespołu metabolicznego według WHO. Natomiast w badaniu NATPOL PLUS (Nadciśnienie Tętnicze w Polsce Plus Zaburzenia Lipidowe i Cukrzyca) z 2002 roku, które przeprowadzono wśród populacji w wieku 18–94 lat, według kryteriów ATP III z 2001 roku, ustalono, że zespół metaboliczny występuje u 22% kobiet i 18% mężczyzn [10, 13]. Badanie WOBASZ przeprowadzono wśród populacji polskiej w latach 2003–2005. W badaniu tym wzięto pod uwagę zarówno kryteria ATP III z 2001 roku, jak i kryteria IDF z 2005 roku. Wyniki wykazały częstość występowania zespołu metabolicznego na poziomie 19,5% u mężczyzn i 18,6% u kobiet. Kryteria IDF spełniało 23% mężczyzn i 20% kobiet.

Wyniki badań dotyczących częstości występowania zespołu metabolicznego wśród dzieci są często rozbieżne, gdyż jak dotąd nie opracowano jednolitej definicji zespołu dla dzieci i młodzieży. W badaniach NHANES III przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych w latach 1988–1994, posługując się kryteriami dla dorosłych, ustalono częstość zespołu metabolicznego u nastolatków z prawidłową masą ciała na 4,2%. U nastolatków z nadwagą oraz otyłych (BMI > 95 centyla) – na 28,7%. Jednocześnie aż u 89% nastolatków z nadwagą stwierdzono występowanie przynajmniej jednego elementu zespołu metabolicznego, a u 56% dwu elementów. Weiss *et al.* rozpoznali zespół metaboliczny u 39% badanych w wieku od 4 do 20 lat, w grupie z umiarkowaną otyłością, i aż u 50% dzieci z otyłością olbrzymią [5].

W populacji europejskiej częstość zespołu metabolicznego jest nieco niższa. Györgyi Csábi *et al.* stwierdzili zespół metaboliczny u 9% otyłych dzieci węgierskich [3]. W Finlandii schorzenie to stwierdzono u 4% dzieci. Weiss *et al.* w wieloletniczej i wielorasowej grupie dzieci z otyłością i nadwagą (40,8% stanowiły dzieci rasy kaukaskiej) stwierdzili zespół metaboliczny u 38,7% dzieci z otyłością miernego stopnia oraz u 49,7% dzieci z otyłością znacznego stopnia.

W badaniach prowadzonych przez Pomorską Akademię Medyczną ustalono, że częstość zespołu metabolicznego w grupie dzieci i młodzieży z otyłością wynosiła ponad 26%. Badania poznańskie, w których oceniano elementy zespołu metabolicznego w grupie 140 dzieci z otyłością, wskazują na zaburzenia gospodarki lipidowej, węglowodanowej i/lub nadciśnienie tętnicze u 31% dzieci [13]. Rozbieżności uzyskanych wyników dopatrywać się można w przyjęciu przez badaczy różnych kryteriów rozpoznawania zespołu, co znacznie utrudnia prowadzenie analiz porównawczych.

W związku z narastającą epidemią nadwagi i otyłości wzrosło ryzyko pojawienia się komplikacji zdrowotnych, w tym objawów towarzyszących zespołowi metabolicznemu. Wczesne wykrywanie elementów zespołu metabolicznego, takich jak: otyłość brzuszna i nadciśnienie tętnicze, w populacji dzieci i młodzieży jest możliwe dzięki wykonywaniu prostych i nieinwazyjnych pomiarów antropometrycznych. Pomiary te pozwalają na wczesne wdrożenie działań zapobiegawczych, a co za tym idzie, mogą przeciwdziałać rozwojowi pełnoobjawowego zespołu metabolicznego.

Celem naszych badań jest ocena częstości występowania u młodzieży gimnazjalnej elementów składowych zespołu metabolicznego, takich jak: otyłość, otyłość brzuszna oraz nadciśnienie tętnicze.

Metodologia

Badania zostały przeprowadzone w 2008 roku we Wrocławiu. Udział w badaniu wzięła młodzież gimnazjalna w wieku od 13 do 15 lat. Ogółem przebadano 3195 dzieci, w tym 1504 dziewcząt oraz 1691 chłopców.

Dokonano następujących pomiarów antropometrycznych:

- 1) Wysokości ciała, mierzonej za pomocą antropometru.
- 2) Masy ciała, mierzonej przy użyciu wagi lekarskiej.
- 3) Ciśnienia tętniczego, mierzonego w pozycji pionowej (na siedząco). Pomiar dokonywany był po co najmniej pięciominutowym okresie spoczynku, na lewym ramieniu (na wysokości serca), przy użyciu ciśnieniomierza. Dane rejestrowano odpowiednio w momencie pojawienia się i zaników tonów Korotkowa.
- 4) Obwodu pasa, mierzonego na wysokości pępka przy użyciu taśmy antropometrycznej z dokładnością do 0,5cm.

Do oceny ogólnego otłuszczenia zastosowano wskaźnik BMI, będący ilorazem masy ciała i kwadratu jego wysokości (kg/m^2). Wielkość wskaźnika BMI pozwoliła na wyodrębnienie spośród badanych dzieci grupy osób z nadwagą i z otyłością. W tym celu zastosowano progi wskaźnika BMI opracowane przez International Obesity Taskforce (IOTF) i opublikowane przez Tima Cole'a *et al.* Progi te są ustalone dla nadwagi i otyłości w zależności od płci i wieku badanego dziecka z przedziału od 2 do 18 lat [4]. Zgodnie z przyjętymi wskaźnikami nadwagę określano wówczas, gdy mieściła się pomiędzy „ekwiwalentem BMI 25 i 30 u dorosłych”, natomiast otyłość, jeżeli BMI mieściło się na poziomie 30 lub powyżej.

W ocenie otyłości brzusznej oparto się na amerykańskich siatkach centylowych ze względu na brak polskich odpowiedników. Otyłość brzuszna była rozpoznawana wówczas, gdy wartość obwodu pasa dla danego wieku i płci badanych była na poziomie 75 centyla bądź wyższym.

Interpretacji pomiarów ciśnienia tętniczego dokonano na podstawie rozkładów centylowych zgodnie z IV raportem (IVR) Grupy Roboczej ds. Kontroli Ciśnienia u Dzieci (NHBPEP – ang. National High Blood Pressure Education Program on Children and Adolescent), gdzie uwzględniono wiek, płeć oraz poziom centylowy wysokości ciała dziecka.

Ciśnienie prawidłowe (norma) określano wówczas, jeżeli zarówno ciśnienie skurczowe (SBP – ang. *systolic blood pressure*) oraz ciśnienie rozkurczowe (DBP – ang. *diastolic blood pressure*) przyjmowały wartości niższe od poziomu centylowego c90 dla obu ciśnień. Stan przednadciśnieniowy stwierdzano wówczas, gdy SBP i/lub DBP zawierały się w przedziale centylowym c90–c95. Nadciśnienie tętnicze było rozpoznawane wówczas, kiedy SBP i/lub DBP przekraczały poziom odpowiadający c95 [14].

Analizy statystyczne oraz prezentację graficzną wykonano przy użyciu pakietów Statistica 8.0 oraz Microsoft Excel.

Wyniki

Ogółem przebadano 3195 osób w wieku od 13 do 15 lat. W tym 1504 dziewczynki oraz 1691 chłopców, uczniów wrocławskich szkół gimnazjalnych. Spośród wszystkich badanych nadmierną masę ciała rozpoznano u 21,40% ogółu badanych, w tym nadwagę u 16,83%, a otyłość u 4,56%. Nadmierną masę ciała istotnie statystycznie częściej ($p=0,005$) rozpoznawano u chłopców (23,30%) niż dziewcząt (19,28%). Szczególnie wysoki wskaźnik procentowy u chłopców dotyczył występowania otyłości (5,80% vs 3,19%), jeżeli zaś chodzi o nadwagę, to różnice pomiędzy chłopcami a dziewczynkami były niższe (17,50% vs 16,09%). Szczegółowe dane zostały zestawione w tabeli 1.

Tabela 1. Nadwaga i otyłość wśród młodzieży gimnazjalnej z uwzględnieniem wieku i płci (dane wyrażone w %)

wiek	nadwaga		otyłość	
	dziewczynki	chłopcy	dziewczynki	chłopcy
13	15,23	18,33	3,02	6,81
14	14,64	16,00	3,78	4,53
15	19,02	17,20	3,08	4,94
razem	16,09	17,60	3,19	5,80

Nieprawidłowe wartości ciśnienia skurczowego (SBP), wskazujące na możliwość wystąpienia stanu przednadciśnieniowego i/lub nadciśnienia tętniczego, zaobserwowano u 15,08% ogółu badanych. Przy czym wartości ciśnienia określone jako stan przednadciśnieniowy (przedział centylowy c90–c95) dotyczy-

ty 8,63% badanych, natomiast wartości ciśnienia określane jako nadciśnienie (poziom centylowy $c \geq 95$) stwierdzono u 6,44% badanych. Biorąc pod uwagę płeć, różnice dotyczące częstości występowania stanu przednadciśnieniowego i nadciśnienia tętniczego nie są istotne statystycznie i wynoszą odpowiednio: u dziewcząt 8,78% oraz 5,25%, a u chłopców 8,52% oraz 7,51%. Dokładne dane uwzględniające wiek i płeć przedstawione zostały w tabeli 2.

Tabela 2. Częstość występowania nieprawidłowych parametrów w zakresie ciśnienia tętniczego skurczowego (SBP) krwi wśród młodzieży gimnazjalnej z uwzględnieniem wieku i płci (dane wyrażone w %)

wiek	podwyższone ciśnienie krwi		nadciśnienie	
	dziewczynki	chłopcy	dziewczynki	chłopcy
13	8,94	9,16	4,65	7,75
14	8,09	7,46	6,54	6,40
15	8,99	8,17	5,39	7,96
razem	8,78	8,52	5,25	7,51

Nieprawidłowe wartości ciśnienia rozkurczowego (DBP), wskazujące na możliwość wystąpienia stanu przednadciśnieniowego i/lub nadciśnienia tętniczego, zaobserwowano u 15,08% badanych. Przy czym wartości ciśnienia określane jako stan przednadciśnieniowy (przedział centylowy $c_{90} - c_{95}$) dotyczyły 13,23% badanych, natomiast wartości ciśnienia określane jako nadciśnienie (poziom centylowy $c \geq 95$) dotyczyły 3,44% badanych. Różnice, jeśli idzie o płeć, dotyczące częstości występowania stanu przednadciśnieniowego i nadciśnienia tętniczego są istotne statystycznie ($p=0,000$) i wynoszą odpowiednio: u dziewcząt 10,24% oraz 1,13%, a u chłopców 15,91% oraz 5,50%. Dokładne dane uwzględniające wiek i płeć przedstawione zostały w tabeli 3.

Tabela 3. Częstość występowania nieprawidłowych parametrów w zakresie ciśnienia tętniczego rozkurczowego (DBP) krwi wśród młodzieży gimnazjalnej z uwzględnieniem wieku i płci (dane wyrażone w %)

wiek	podwyższone ciśnienie krwi		nadciśnienie	
	dziewczynki	chłopcy	dziewczynki	chłopcy
13	9,19	10,81	0,25	5,52
14	12,46	18,66	3,42	6,40
15	10,53	23,01	1,03	4,73
razem	10,24	15,91	1,13	5,50

Występowanie otyłości brzusznej, ocenianej na podstawie wielkości wskaźnika WHtR, zaobserwowano u 8,98% badanych. Trzeba jednak podkreślić, że

istotnie statystycznie ($p=0,000$) częściej występuje u chłopców niż u dziewcząt (11,24% vs 6,45%). Dokładne dane uwzględniające wiek i płeć badanych przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Częstość występowania otyłości brzusznej (na podstawie wielkości wskaźnika WHtR) wśród młodzieży gimnazjalnej z uwzględnieniem wieku i płci (dane wyrażone w %)

wiek	otyłość brzuszna	
	dziewczynki	chłopcy
13	5,16	11,75
14	9,66	11,73
15	6,43	9,89
razem	6,45	11,24

U badanej młodzieży z nadmierną masą ciała istotnie statystycznie ($p=0,000$) częściej można zaobserwować nieprawidłowe wartości ciśnienie tętniczego krwi oraz centralne rozmieszczenie tkanki tłuszczowej. Szczegółowe dane dotyczące częstości występowania nieprawidłowych wartości SBP, DBP oraz wskaźnika WHtR znajdują się w tabeli 5. Nieprawidłowe SBP stwierdzono u 33% badanych z nadmierną masą ciała oraz u 10,16% badanych z prawidłową masą ciała. Podobnie nieprawidłowe podwyższone wartości DBP dotyczyły 30,26% oraz 12,98% badanych, odpowiednio z BMI wskazującym na nadwagę lub otyłość i z BMI w normie. Również centralne rozmieszczenie tkanki tłuszczowej częściej zaobserwowano u osób o podwyższonym wskaźniku BMI niż o prawidłowym (36,70% vs 1,43%).

Tabela 5. Częstość występowania (w %) nieprawidłowych wartości SBP, DBP oraz wskaźnika WHtR, z uwzględnieniem płci

parametr	ogółem		dziewczynki		chłopcy	
	BMI	BMI	BMI	BMI	BMI	BMI
	w normie	za wysokie	w normie	za wysokie	w normie	za wysokie
SBP stan przednadciśnieniowy	7,53	12,72	7,33	14,83	7,71	11,17
SBP nadciśnienie	2,07	20,47	2,39	17,24	2,85	22,84
DBP stan przednadciśnieniowy	11,23	20,61	8,90	15,85	13,42	24,11
DBP nadciśnienie	1,75	9,65	0,25	4,83	3,16	13,20
WHtR $\geq 0,5$ (otyłość brzuszna)	1,43	36,70	1,32	27,93	1,54	43,15

Dane zestawione w tabeli 6 dotyczące częstości występowania nieprawidłowych parametrów ciśnienia krwi oraz wskaźnika WHtR w zależności od płci

wskazują na częstsze ich występowanie u chłopców, z wyjątkiem częstszego rozpoznawania stanu przednadcisnieniowego SBP w grupie dziewcząt. Obliczone różnice dotyczące częstości występowania nieprawidłowych parametrów pomiędzy chłopcami a dziewczętami są istotne statystycznie, z pominięciem różnic w częstości rozpoznawania podwyższonych parametrów SBP. Uwzględniając w analizie poziom nadmiaru masy ciała, istotnie statystycznie częściej występowały nadciśnienie tętnicze skurczowe i rozkurczowe oraz otyłość brzuszna, którą rozpoznawano u badanych z BMI odpowiadającym otyłości.

Tabela 6. Częstości występowania nieprawidłowych parametrów ciśnienia krwi oraz wskaźnika WHtR w zależności od płci (dane wyrażone w %)

parametr	nadmiar masy ciała		p	nadwaga		p	otyłość		p
	dziewczynki	chłopcy		dziewczynki	chłopcy		dziewczynki	chłopcy	
SBP stan przednadcisnieniowy	14,83	11,17	NS	14,88	10,47	NS	14,58	13,27	NS
SBP nadciśnienie	17,24	22,84	NS	12,81	17,57	NS	39,58	38,78	NS
DBP stan przednadcisnieniowy	15,86	24,11	0,000	13,64	21,96	0,000	27,08	30,61	0,000
DBP nadciśnienie	4,83	13,20	0,000	2,89	10,14	0,000	14,58	22,45	0,000
WHtR \geq 0,5 (otyłość brzuszna)	27,93	43,15	0,000	17,17	30,07	0,000	79,17	82,65	0,000

Tabela 7. Częstości występowania nieprawidłowych parametrów ciśnienia krwi oraz wskaźnika WHtR w zależności od poziomu nadmiaru masy ciała (dane wyrażone w %)

parametr	ogółem		p	dziewczęta		p	chłopcy		p
	nadwaga	otyłość		nadwaga	otyłość		nadwaga	otyłość	
SBP stan przednadcisnieniowy	12,45	13,70	NS	14,88	14,58	NS	10,47	13,27	NS
SBP nadciśnienie	15,43	39,04	0,000	12,81	39,58	0,000	17,57	38,78	0,000
DBP stan przednadcisnieniowy	18,22	29,45	0,000	13,64	27,08	0,000	21,96	30,61	0,000
DBP nadciśnienie	6,88	19,86	0,000	2,89	14,58	0,000	10,14	22,45	0,000
WHtR \geq 0,5 (otyłość brzuszna)	24,54	81,51	0,000	17,77	79,17	0,000	30,07	82,65	0,000

Dyskusja

Wraz ze wzrostem występowania otyłości w populacji dzieci i młodzieży zwiększyła się częstość rozpoznawania zespołu metabolicznego, który jeszcze kilka lat

temu dotyczył tylko dorosłych. Wiadomo, że nadmierna masa ciała zwiększa ryzyko chorobowości i śmiertelności. Pierwsze symptomy, często nawet niewykrywalne, manifestują się pod postacią nieprawidłowości w zakresie parametrów biochemicznych lub łagodnego nadciśnienia, prowadząc w efekcie do rozwinięcia groźnych dla zdrowia i życia powikłań. Badania prowadzone przez Davida Freedmana *et al.* wykazały, że u dzieci z masą ciała powyżej 85 percentyla występuje 2,4 raza zwiększone ryzyko nieprawidłowego stężenia cholesterolu całkowitego, trzykrotne cholesterolu frakcji LDL, 7,1 raza triglicerydów oraz 4,5 raza nadciśnienia tętniczego [7]. Otyłość zwiększa ryzyko wystąpienia zespołu metabolicznego. Badania Freedmana *et al.* wskazują, że wśród dzieci z zespołem metabolicznym 80% posiada nadmierną masę ciała.

Szczególnie niekorzystny jest brzuszny typ otyłości, rozpoznawany u 36,70% dzieci z nadmierną masą ciała w badaniach własnych. Otyłość brzuszna jest wspólnym mianownikiem zespołu metabolicznego, ponieważ trzykrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia insulinooporności oraz wiąże się z występowaniem czynników ryzyka chorób układu krążenia [16].

Przeprowadzona na łamach „European Heart Journal” metaanaliza 15 prospektywnych badań, wśród 258114 pacjentów, pokazała, że wzrost obwodu talii o 1 cm zwiększa ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych o 2% [6].

Jednym z elementów zespołu metabolicznego jest nadciśnienie tętnicze, na którego wpływ w dużym stopniu ma występująca u dzieci otyłych hiperinsuline mia i insulinooporność. W badaniach prowadzonych wśród dzieci w wieku od 4 do 17 lat, przy zastosowaniu tych samych kryteriów oceny poziomu ciśnienia co w badaniach własnych, stan przednadciśnieniowy wykryto u 7,6% wszystkich badanych dzieci, a nadciśnienie tętnicze u 7,4%. Częściej chłopcy niż dziewczęta posiadali podwyższone parametry w zakresie ciśnienia tętniczego krwi. Obecność nadciśnienia rozpoznawano przede wszystkim u dzieci otyłych, rzadziej u dzieci z prawidłową masą ciała (19,5% vs 4,0%) [8].

Powyższe wyniki są zbieżne z wynikami uzyskanymi w badaniach własnych. Zgodnie z otrzymanymi wynikami nadciśnienie tętnicze znacznie częściej obserwowano wśród dzieci z nadmierną masą ciała. W zakresie ciśnienia tętniczego skurczowego obecność nadciśnienia rozpoznano u 20,47% dzieci z nadmierną masą ciała oraz tylko u 2,07% dzieci z prawidłową masą ciała. Nieprawidłowości w zakresie ciśnienia tętniczego rozkurczowego obserwowano rzadziej, ale tu również częściej dzieci z nadmierną masą ciała miały stwierdzone nadciśnienie (9,65% vs 1,75%).

Trudności z rozpoznawaniem pełnoobjawowego zespołu metabolicznego u dzieci związane są z brakiem jednolitych definicji tego zespołu dla danej grupy wiekowej. W wielu badaniach podkreśla się obecność występowania jednego lub więcej składowych zespołu metabolicznego, co wskazuje na zwiększone ryzyko rozwoju pełnoobjawowego zespołu. Ferranti i wsp. stwierdzili występowanie u 2/3 nastolatków z nadmierną masą ciała przynajmniej jednego ze składowych ZM, a u prawie 1/3 z nich rozpoznano pełny ZM. W badaniach własnych

u 15,49% ogółu badanych nastolatków stwierdza się jeden ze składowych elementów ZM (otyłość brzuszna lub nadciśnienie tętnicze), a u 5,88 % równoczesne występowanie dwu składowych ZM.

Pomimo że rozpoznanie składowych ZM w badaniach własnych opierało się na stwierdzeniu występowania otyłości brzusznej i/lub nadciśnienia tętniczego (nie wykonywano dodatkowych badań biochemicznych), przyniosło ono ważną informację diagnostyczną. Prowadzone przez nas badania dowodzą, że wykonywanie prostych pomiarów antropometrycznych oraz ciśnienia tętniczego krwi ma istotne znaczenie w rozpoznawaniu wczesnych symptomów zespołu metabolicznego. Podkreślenia wymaga niski koszt takich badań, co pozwala niewielkim nakładem środków wskazać grupę osób zagrożonych w przyszłości rozwojem pełnoobjawowego ZM. Dlatego, oceniając poziom rozwoju fizycznego dzieci i biorąc pod uwagę epidemię otyłości, wydaje się istotne, że oprócz wykonywania pomiarów masy i wysokości ciała powinno wprowadzić się jako obowiązujące pomiary obwodu pasa i ciśnienia tętniczego krwi.

Wnioski

1. Stopień nadmiaru masy ciała zwiększa ryzyko pojawienia się pierwszych symptomów zespołu metabolicznego, takich jak otyłość brzuszna oraz nadciśnienie tętnicze.
2. Otyłość brzuszna częściej występuje u chłopców niż dziewcząt (11,24% vs 6,45%). Jest to fakt istotny statystycznie ($p=0,000$).
3. Wykonywanie prostych pomiarów antropometrycznych oraz ciśnienia tętniczego krwi ma istotne znaczenie w rozpoznawaniu wczesnych symptomów zespołu metabolicznego. Pomiary te, przy użyciu niewielkich nakładów finansowych, pozwalają na wyłonienie osób zagrożonych w przyszłości rozwojem pełnoobjawowego ZM.

Bibliografia

- [1] Balkau B., Eschwège E., *The Metabolic Syndrome*, „Lancet” 2005, vol. 366, s. 1921.
- [2] Byrne Ch.D., Wild S.H., *The Metabolic Syndrome*, John Wiley and Sons, Chichester 2005.
- [3] Csábi G., Török K., Jeges S., Molnár D., *Presence of Metabolic Cardiovascular Syndrome in Obese Children*, „European Journal of Pediatrics” 2000, vol. 159, s. 91–94.
- [4] Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M., Dietz W.H., *Establishing a Standard Definition for Child Overweight and Obesity Worldwide: International Survey*, „BMJ” 2000, vol. 320.

- [5] Fronzo R.A. de, Ferrannini E., Keen H., Zimmet P., *International Textbook of Diabetes Mellitus*, John Wiley and Sons, Chichester 2004.
- [6] Domienik J., Pruszczyk P., *Otyłość jako czynnik ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych*, „Polski Przegląd Kardiologiczny” 2007, t. 9, nr 6, s. 432–436.
- [7] Freedman D., Dietz W., Srinivasan S., Berenson G., *The Relation of Overweight to Cardiovascular Risk Factors among Children and Adolescents: The Bogalusa Heart Study*, „Pediatrics” 1999, vol. 103, s. 1175–118.
- [8] Freedman D., Dietz W., Srinivasan S., Berenson G., *Risk Factors and Adult Body Mass Index Among Overweight Children: The Bogalusa Heart Study*, „Pediatrics” 2009, vol. 123, nr 3, s. 750–757.
- [9] Garanty-Bogacka B., Syrenicz M., Wójcik K., Walczak M., *Czy Acanthosis nigricans może być markerem zespołu metabolicznego u dzieci z otyłością prostą?*, „Endokrynologia Pediatria” 2006, t. 5, nr 2 (15), s. 49–55.
- [10] Kahn R., Buse J., Ferrannini E., Stern M., *The Metabolic Syndrome: Time for a Critical Appraisal: Joint Statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes*, „Diabetes Care” 2005, vol. 28, nr 9, s. 2289–2304.
- [11] Reaven G.M., *The Metabolic Syndrome: Requiescat in Pace*, „Clinical Chemistry” 2005, vol. 51, s. 930–931.
- [12] Reaven G.M., *Banting Lecture 1988. Role of Insulin Resistance in Human Disease*, „Diabetes” 1988, vol. 37, s. 1595–1607.
- [13] Skowrońska B., Fichna P., Stankiewicz W., Majewska K., *Pediatric Prevention of Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes in Obese Children and Adolescents – When to Start?*, Annual Meeting of International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD). 3, 2005 Kraków, „Pediatric Diabetes” 2005, vol. 6 (Suppl. 3), s. 28–29.
- [14] *The Seventh Report of the Joint National Committee of Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC Report*, „JAMA” 2003, vol. 289, s. 2560–2572.
- [15] Węgieńko J., *Cukrzyca*, PZWL, Warszawa 1958.
- [16] Zachurzok-Buczyńska A., Małecka-Tendera E., *Zespół metaboliczny u dzieci i młodzieży*, „Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii” 2005, t. 1, nr 3, s. 13–20.



Maria Zięba¹, Wioletta Ławska¹, Grażyna Dębska^{1,2}

Skuteczność edukacji zdrowotnej dotyczącej profilaktyki nadwagi i otyłości wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych

Abstrac

The Effectiveness of Health Education Concerning Excess Weight Prevention among the High School Learners

Introduction. Epidemiologic investigations prove the increasing frequency of overweight occurrence in Poland as well as all over the world. Obesity epidemic results from environmental conditionings: availability of highly processed and cheap food which is full of fats and carbohydrates and shortage of physical activity. The main indicator of health is an appropriate lifestyle and that is why an effective health education among adolescent people is crucial. The important element of health-care for children and teenagers is to show them the ability of making sound choices which should result in societies' better health condition. The aim of this project was to estimate high school learners' knowledge of obesity effects and its prevention.

Materials and methods. The research has been conducted in secondary schools in Nowy Targ and Krościenko from November 2007 to March 2008. The research tool was a diagnostic opinion poll and a survey. There were 659 interviewees aged 16–19; 266 male (40,3% of surveyed) and 393 girls (59,7%).

The results. The effectiveness of health education concerning excess weight prevention among the students of high schools is unsatisfactory.

Conclusions. Planning health education among young people one has to take into consideration boys who are of lower level of knowledge especially and to include particular unknown pieces of information. In order to increase the efficiency, health education should be tightly connected with the prevention and health promotion program. Moreover it should be realized in cooperation with school workers and the parents.

¹ Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu.

² Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego.

Key words: health education, young people, obesity

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, młodzież, otyłość

Wstęp

Planowanie zadań w systemie ochrony zdrowia uwzględnia kompleksową edukację pacjenta i jego rodziny w zakresie problemów zdrowia i choroby. Edukacja ta powinna uwzględnić warunki środowiska, w którym mieszka, uczy się lub pracuje pacjent i jego rodzina [1]. Komitet Ekspertów Edukacji i Promocji Zdrowia WHO uznał, że najważniejszym czynnikiem warunkującym zdrowie jest właściwy styl życia i dlatego niezwykle istotne jest prowadzenie skutecznej edukacji zdrowotnej w wieku dorastania [2].

WHO postuluje, by wychowanie zdrowotne w szkole uzyskało rangę integralnej części programu nauczania i wychowania. W obecnych programach nauczania w Polsce edukacja zdrowotna skupia się przede wszystkim na jakości życia i wspomaganiu dobrego samopoczucia uczniów zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym. Obejmuje nie tylko przekazywanie wiedzy na temat zdrowia, ale również rozwój umiejętności, które pomogą dzieciom i młodzieży w racjonalnym zastosowaniu zdobytej wiedzy i kształtowaniu właściwych postaw wobec zdrowia [3].

Większość autorów zalicza do chorób cywilizacyjnych otyłość, cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze i choroby układu krążenia związane z miażdżycą [4, 5].

Badania epidemiologiczne dostarczają dowodów na zwiększającą się częstość występowania otyłości zarówno na świecie, jak i w Polsce. W Stanach Zjednoczonych otyłość występuje u ok. 30% mieszkańców, a wliczając osoby z nadwagą – u 67% [6]. W Europie nadwagę wykazuje ponad 50% populacji, a otyłość stwierdza się u 22% kobiet i 15% mężczyzn – podobne dane uzyskano w populacji dorosłych osób w Polsce. W badaniu Pol-MONICA bis (2001), w którym uczestniczyli mieszkańcy Warszawy w wieku 20–74 lat, otyłość stwierdzono u 26% mężczyzn i 24% kobiet [7, 8]. Badanie NATPOL PLUS (2002) wykazało występowanie nadwagi lub otyłości u 24% osób dorosłych w wieku 18–30 lat i u 50% osób w wieku 31–44 lat [9].

Problem nadmiernej masy ciała dotyczy nie tylko krajów rozwiniętych, obserwuje się też wzrost występowania otyłości w krajach rozwijających się. W państwach północnej Afryki w ciągu ostatnich 20 lat częstość występowania otyłości zwiększyła się trzykrotnie i koreluje z niskim poziomem wykształcenia [7].

Szacuje się, że w ciągu ostatnich 20 lat częstość występowania otyłości wśród dzieci i młodzieży wzrosła dwu- do czterokrotnie. Obejmuje, w zależności od wieku i kraju zamieszkania, 5–15% populacji. W Stanach Zjednoczonych dotyczy to nawet do 25% dzieci. W Kanadzie występuje u 10% chłopców i u 9% dziewcząt, w Finlandii stwierdza się otyłość u 16,7% chłopców i u 9,8% dziewcząt [5].

Na podstawie badań przeprowadzonych w Niemczech wykazano, że epizody objadania się i związana z tym otyłość występują u 2% dzieci, a nocne jedzenie u 1,1% dzieci [10].

Z kolei z badań hiszpańskich autorów wynika, że ryzyko powstania zaburzeń odżywiania, w tym objadania i związanej z tym otyłości, dotyczy 15,3% dziewcząt i 2,2% chłopców w populacji nastolatków [11].

Badania z 2005 roku przeprowadzone w Polsce przez Zakład Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie wykazały występowanie nadwagi u 8,8% uczniów w wieku 13–15 lat, a otyłości u 4,5% uczniów z tej samej grupy wiekowej [12].

Na podstawie wielu analiz statystycznych za najbardziej przydatny do oceny stanu odżywienia, zarówno u dzieci, jak i dorosłych, uznany został w codziennej praktyce tzw. wskaźnik masy ciała – BMI (ang. *body mass index*) [9].

Międzynarodowe badania wskazują, że wśród osób, których względna masa ciała określona wartością BMI mieściła się w dzieciństwie powyżej 75 centyla, umieralność na choroby sercowo-naczyniowe w wieku dorosłym była dwukrotnie większa niż u osób, których wartość BMI mieściła się między 25 a 49 centylem [13].

Obserwowana w ostatnim ćwierćwieczu epidemia otyłości wynika głównie z uwarunkowań środowiskowych: dostępności wysoko przetworzonej, taniej żywności o znacznej zawartości tłuszczu i węglowodanów prostych oraz znacznego ograniczenia codziennej aktywności fizycznej [14, 15].

Profilaktyka żywieniowa to jeden z istotnych elementów prewencji chorób cywilizacyjnych, mogących przyczynić się do poprawy stanu zdrowia ludności. Nieprawidłowe odżywianie stanowi główne podłoże problemów związanych ze zdrowiem zarówno w rozwiniętych, jak i nierozwiniętych cywilizacyjnie populacjach [16].

Celem kształcenia na poziomie gimnazjalnym i ponadgimnazjalnym jest kształtowanie odpowiedzialności za zdrowie swoje i innych, przygotowanie młodzieży do prowadzenia zdrowego trybu życia, analizowanie zakłóceń stanu zdrowia człowieka (Rozporządzenie MENiS z dnia 12 lutego 2002 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego..., Dz.U. z dnia 9 maja 2002 roku, nr 15, poz. 142).

Uzasadnione jest zatem założenie, iż uczniowie drugich klas ponadgimnazjalnego kształcenia powinni wykazać się pewnym poziomem wiedzy na temat profilaktyki otyłości i jej skutków.

Badania przeprowadzono w szkołach ponadgimnazjalnych (liceum profilowane i technikum) w Nowym Targu i Krościenku nad Dunajcem w okresie od listopada 2007 roku do czerwca 2008 roku. Badaniami o charakterze ankietowym objęto 659 uczniów klas drugich, w tym 266 chłopców (40,3% ogółu badanych) i 393 dziewcząt (59,7% ogółu badanych). Badani uczniowie byli w wieku 16–19 lat (średnia wieku wyniosła 17,4 roku).

Kryteriami włączenia były: nauka w II klasie liceum profilowanego lub technikum, miejsce zamieszkania na terenie powiatu nowotarskiego, pisemna zgoda rodziców na przeprowadzenie badań i zgoda ucznia na wypełnienie ankiety.

Metoda

Narzędziem badawczym był kwestionariusz autorskiej anonimowej ankiety. Analiza statystyczna zebranych danych została przeprowadzona na podstawie komputerowego pakietu statystycznego Statistica 5.1 oraz programu Microsoft Excel 2000. W analizie sprawdzono rozkład procentowy odpowiedzi chłopców i dziewcząt na poszczególne pytania oraz oceniono przy użyciu testu χ^2 i analizy log-liniowej, czy istnieją znamienne różnice udzielonych odpowiedzi w zależności od płci. Za poziom istotności statystycznej przyjęto wartość $p < 0,05$.

Wyniki

Za główny czynnik ryzyka chorób układu krążenia 18% ankietowanych uczniów uznało nieprawidłową masę ciała i niewłaściwe żywienie, 25,1% uczniów podało obciążenie dziedziczne, 18,5% palenie tytoniu, 11,6% małą aktywność fizyczną, 9,5% stres. Mniejszy odsetek uczniów (1,2% łącznie) wskazał czynniki chorobowe, takie jak nadciśnienie tętnicze i cukrzyca (tabela 1).

Tabela 1. Czynniki ryzyka chorób układu krążenia w opinii badanych uczniów

czynniki ryzyka chorób układu krążenia*	badani uczniowie						* p
	ogółem		dziewczęta		chłopcy		
	n=659	%	n=393	%	n=266	%	
zaburzenia gospodarki lipidowej, nadwaga, otyłość, nieprawidłowy sposób żywienia, cholesterol	121	18,2	63	16,0	58	21,8	n.s
nieprawidłowy sposób żywienia	154	23,3	83	21,1	71	26,6	n.s
dodatni wywiad w kierunku choroby niedokrwiennej serca – czynniki genetyczne	166	25,1	112	28,4	54	20,3	n.s
palenie tytoniu	122	18,5	55	13,9	67	25,1	0,008
mała aktywność fizyczna	77	11,6	50	12,7	27	10,1	n.s
aspekty psychospołeczne, przewlekły stres	63	9,5	46	11,7	27	6,3	n.s
nadciśnienie tętnicze	6	0,9	1	0,2	5	1,8	n.s
cukrzyca	2	0,3	2	0,5	0	0	n.s

* odsetek odpowiedzi nie sumuje się do 100%, ponieważ badani mogli udzielić wielu odpowiedzi

Statystycznie znamienne więcej chłopców, w porównaniu z dziewczętami, wskazywało na palenie tytoniu jako czynnik ryzyka chorób układu krążenia. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy odpowiedziami dziewcząt a chłopców w ocenie pozostałych czynników ryzyka chorób układu krążenia.

19,5% badanych uczniów uznało nadwagę i otyłość za chorobę, która może zwiększać ryzyko wczesnego ujawnienia się miażdżycy, 13,3% uczniów za taką chorobę uznało cukrzycę, a 8,1% wymieniło nadciśnienie tętnicze. Odpowiedzi „nie wiem” udzieliło 8,1% uczniów. Spory odsetek uczniów (29,2%) udzielił bardzo zróżnicowanych odpowiedzi, obejmujących schorzenia wielu układów i narządów. 48,4% nastolatków (podobna grupa dziewcząt i chłopców) nie udzieliło na to pytanie odpowiedzi (tabela 2).

Tabela 2. Choroby powodujące wczesny rozwój miażdżycy według opinii badanych uczniów

odpowiedzi wymienione przez uczniów*	badani uczniowie						p
	ogółem		dziewczęta		chłopcy		
	n=659	%	n=393	%	n=266	%	
cukrzyca	88	13,3	51	12,7	37	13,9	n.s
nadwaga/otyłość	139	19,5	84	21,1	55	20,6	
nadciśnienie tętnicze	54	8,1	33	8,3	21	7,8	
inne odpowiedzi	193	29,2	112	28,2	81	30,4	
nie wiem	54	8,1	34	8,6	20	7,5	
brak odpowiedzi	319	48,4	189	47,0	130	48,8	

* odsetek odpowiedzi nie sumuje się do 100%, ponieważ badani mogli udzielić wielu odpowiedzi

Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy dziewczętami a chłopcami w ocenie chorób mogących zwiększać ryzyko wczesnego ujawnienia się miażdżycy. Obie grupy badanych wymieniały: cukrzycę, nadwagę/otyłość, nadciśnienie tętnicze (tabela 2).

Za najważniejsze w profilaktyce miażdżycy 56,1% ogółu badanej młodzieży uznało prawidłowe odżywianie, 42,3% – dużą aktywność fizyczną, 7,2% – unikanie palenia tytoniu, a 5,7% uczniów przyznało się do braku wiedzy na ten temat (tabela 3).

Odpowiedzi dziewcząt i chłopców na ten temat nie różniły się istotnie statystycznie (tabela 3).

Na pytanie o to, czym jest *body mass index* i jakie jest jego zastosowanie, żaden z uczniów nie udzielił prawidłowej odpowiedzi, 33,1% badanej młodzieży udzieliło odpowiedzi niepełnej, natomiast 66,9% badanych udzieliło błędnej odpowiedzi (tabela 4).

Tabela 3. Zachowania zmniejszające możliwość wczesnego rozwoju miażdżycy

odpowiedzi udzielone przez uczniów*	badani uczniowie						p
	ogółem		dziewczęta		chłopcy		
	n=659	%	n=393	%	n=266	%	
ograniczenie tłuszczów/prawidłowe odżywianie	370	56,1	224	56,9	146	54,8	n.s
duża aktywność fizyczna	279	42,3	175	44,5	104	39,0	
unikanie palenia tytoniu	48	7,2	29	7,3	19	7,1	
nie wiem	38	5,7	23	5,8	15	5,6	
brak odpowiedzi	239	36,2	138	35,1	101	37,9	

*odsetek odpowiedzi nie sumuje się do 100%, ponieważ badani mogli udzielić wielu odpowiedzi

Tabela 4. Znajomość pojęcia *body mass index* wśród badanych uczniów

ocena wiedzy uczniów na temat <i>body mass index</i>	badani uczniowie						p*
	ogółem		dziewczęta		chłopcy		
	n=659	%	n=393	%	n=266	%	
dobra	0	0	0	0	0	0	<0,001
częściowa	218	33,1	171	43,5	47	17,6	
niedostateczna	441	66,9	222	56,5	219	82,4	
łączna liczba odpowiedzi	659	100	393	100	266	100	

* analiza log-liniowa – poziom zależności cząstkowej

Stwierdzono istotną statystycznie różnicę pomiędzy chłopcami i dziewczętami w jakości udzielonych odpowiedzi. Więcej chłopców podało nieprawidłową odpowiedź. Odpowiedzi świadczące o przynajmniej częściowej wiedzy na ten temat były częściej formułowane przez dziewczęta (43,5% vs 17,6%) (analiza log-liniowa; $p < 0,001$).

Za główną przyczynę nadwagi i otyłości badani uczniowie uznali nieprawidłowe odżywianie (nadmierne spożycie) – 87,5% oraz małą aktywność fizyczną – 86,7%. W dalszej kolejności podawano: tłuste pokarmy – 26,8%, uwarunkowania genetyczne – 22%, zbyt dużą ilość słodczy – 18,6% odpowiedzi (tabela 5).

Statystycznie znamienne więcej dziewcząt niż chłopców wymieniało jedzenie słodczy, małą aktywność fizyczną i uwarunkowania genetyczne jako przyczynę nadwagi/otyłości.

Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy dziewczętami i chłopcami w ocenie ważności takich przyczyn nadwagi (otyłości), jak nieodpowiednie odżywianie i tłuste pokarmy, na które wskazywała najliczniejsza grupa dziewcząt (89%; 29,2%) i chłopców (85,3%; 23,3%)

92,9% uczniów (94,6% dziewcząt i 90,2% chłopców) uznało, że nadwaga/otyłość mają wpływ na powstawanie chorób układu krążenia, a pojedyncze osoby

nie dostrzegały takiego związku (0,9%). Brak wiedzy na zadane pytanie wykazało 6,2% respondentów, 5,2% dziewcząt i 7,9% chłopców (tabela 6).

Tabela 5. Przyczyny nadwagi/otyłości według badanych uczniów

odpowiedzi udzielone przez badanych „przyczyna otyłości to...”*	badani uczniowie						p**
	ogółem		dziewczęta		chłopcy		
	n=659	%	n=393	%	n=266	%	
nieodpowiednie odżywianie (nadmiar pożywienia)	577	87,5	350	89,0	227	85,3	n.s
jedzenie słodczy	123	18,6	99	25,1	24	9,0	<0,001
łuste jedzenie	177	26,8	115	29,2	62	23,3	n.s
mała aktywność fizyczna	572	86,7	361	91,8	211	79,3	0,001
uwarunkowania genetyczne	145	22,0	108	27,4	37	13,9	0,008

* odsetek odpowiedzi nie sumuje się do 100% ponieważ badani mogli udzielić wielu odpowiedzi

** analiza log-liniowa – poziom zależności cząstkowej

Tabela 6. Opinia respondentów odnośnie do wpływu nadwagi i otyłości na rozwój chorób układu krążenia

odpowiedzi uczniów	badani uczniowie						p*
	ogółem		dziewczęta		chłopcy		
	n=659	%	n=393	%	n=266	%	
tak	612	92,9	372	94,6	240	90,2	n.s
nie	6	0,9	1	0,2	5	1,9	
nie wiem	41	6,2	20	5,2	21	7,9	
łącznie liczba odpowiedzi	659	100	393	100	266	100	

* analiza log-liniowa – poziom zależności cząstkowej

Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy dziewczętami a chłopcami pod względem ich znajomości związku nadwagi i otyłości z rozwojem chorób układu krążenia (tabela 6).

57,7% badanej młodzieży nie umiało wyjaśnić, czym jest cholesterol, 34% udzieliło częściowej odpowiedzi, a tylko 8,3% uczniów wykazało się dobrą wiedzą na ten temat (tabela 7).

Dziewczęta częściej wykazywały lepszą wiedzę na temat cholesterolu, ale nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy nimi a chłopcami w częstości udzielania dobrych i złych odpowiedzi (tabela 7).

Ponad połowa uczniów (63,6%) wyraziło przekonanie, że styl życia ma duży wpływ na zapobieganie miażdżycy i jej następstwom. 11,4% młodzieży jest zdania, że profilaktyczny wpływ trybu życia człowieka na rozwój miażdżycy naczyń

jest niewielki. Prawie co czwarty uczeń (częściej chłopcy niż dziewczynki) nie umiało udzielić odpowiedzi dotyczącej tego zagadnienia (tabela 8).

Tabela 7. Znajomość pojęcia „cholesterol” wśród badanych osób

ocena odpowiedzi uczniów	badani uczniowie						p*
	ogółem		dziewczeta		chłopcy		
	n=659	%	n=393	%	n=266	%	
dobra odpowiedź (3 pkt., 2 pkt.)	55	8,3	38	9,7	17	6,4	n.s
odpowiedź niepełna (1 pkt)	224	34,0	148	37,7	76	28,6	
zła odpowiedź (0 pkt.)	380	57,7	207	52,6	173	65,0	
łącna liczba odpowiedzi	659	100	393	100	266	100	

* analiza log-liniowa – poziom zależności cząstkowej

Tabela 8. Znaczenie stylu życia dla rozwoju miażdżycy w opinii badanych

odpowiedzi uczniów	badani uczniowie						p*
	ogółem		dziewczeta		chłopcy		
	n=659	%	n=393	%	n=266	%	
ma duży wpływ	419	63,6	238	60,5	181	68,0	n.s
ma niewielki wpływ	75	11,4	62	15,8	13	4,9	0,017
nie wiem	165	25,0	93	23,7	72	27,1	n.s
łącna liczba odpowiedzi	659	100	393	100	266	100	

* analiza log-liniowa – poziom zależności cząstkowej

Statystycznie znamiennej mniej chłopców, w porównaniu do dziewcząt, uważa, że ich własny styl życia ma niewielki wpływ na uniknięcie rozwoju miażdżycy.

Na pytanie o to, jakie są podstawowe zasady prawidłowego żywienia, uzyskano różnorodne odpowiedzi, które przedstawia poniższa tabela. 59,1% uczniów wskazywało na codzienne spożywanie warzyw i owoców jako najważniejszą zasadę prawidłowego żywienia. 41,1% wskazywało na różnorodność przyjmowanych pokarmów, a 30,6% uczniów uznało, że najważniejsze jest ograniczanie spożycia tłuszczów – szczególnie zwierzęcych, 14,1% uczniów wymieniło wykluczenie cukru i słodczy lub umiar w ich spożywaniu, a 14,2,% uznało za najistotniejsze spożywanie pieczywa z pełnego przemiału. Znikomy odsetek (1%) badanych wskazał na konieczność ograniczania spożycia soli kuchennej. 11,2% nastolatków uznało za ważne codzienne spożywanie mleka i jego przetworów, a 10,1% ograniczenie spożycia mięsa na korzyść ryb i roślin strączkowych. Niewielki odsetek młodzieży (3%) przypomniał zasadę dotyczącą unikania alkoholu (tabela 9).

Tabela 9. Zasady prawidłowego żywienia sformułowane przez ankietowanych

odpowiedzi uczniów*	badani uczniowie						p**
	ogółem		dziewczęta		chłopcy		
	n=659	%	n=393	%	n=266	%	
różnorodność spożywanych pokarmów	271	41,1	162	41,2	79	29,6	0,0004
spożywanie pieczywa mieszanego, z pełnego przemiału	94	14,2	82	20,8	12	4,5	<0,0001
mleko i produkty mleczne powinny być stałym elementem codziennej diety	74	11,2	59	15,0	15	5,6	0,003
spożywanie mięsa z umiarem, zastępowanie rybami i roślinami strączkowymi	67	10,1	51	12,9	16	6,0	n.s
codzienne spożycie owoców i warzyw	390	59,1	264	67,1	126	47,3	<0,0001
ograniczenie spożycia tłuszczów, zwłaszcza zwierzęcych	202	30,6	134	34,0	68	18,5	0,046
unikanie cukru i słodyczy	93	14,1	82	20,8	11	4,1	<0,0001
ograniczanie spożycia soli	7	1,0	6	1,5	1	0,3	n.s
unikanie alkoholu	20	3,0	14	3,5	6	2,2	0,011

*odsetek odpowiedzi nie sumuje się do 100% ponieważ badani mogli udzielić wielu odpowiedzi

** analiza log-liniowa – poziom zależności cząstkowej

Biorąc pod uwagę różnice odpowiedzi zależnie od płci, wykazano, że dziewczęta częściej za zasadę prawidłowego żywienia uznały codzienne spożywanie warzyw i owoców, różnorodność przyjmowanych pokarmów, spożywanie pieczywa z pełnego przemiału oraz codzienne spożycie mleka i jego przetworów. Na uwagę zasługuje to, że dziewczynki wymieniły więcej zasad racjonalnego żywienia niż chłopcy. Badane dziewczęta wskazywały wszystkie możliwości statystycznie znamienne częściej, z wyjątkiem tych zasad prawidłowego żywienia, które wskazywano najrzadziej, czyli: umiaru w spożyciu mięsa, zastępowanie go rybami i roślinami strączkowymi oraz ograniczenie spożycia soli.

W otwartym pytaniu dotyczącym skutków niezdrowego odżywiania większość młodzieży (74,6%) wymieniła nadmiar lub niedobór masy ciała. Uczniowie wymieniali także choroby układu krążenia i miażdżycę (34,7%), a w mniejszym procencie wskazali na wzrost stężenia cholesterolu (1%) oraz choroby przewodu pokarmowego (4%) (tabela 10).

Tabela 10. Skutki niezdrowego odżywiania wg opinii respondentów

odpowiedzi uczniów*	badani uczniowie						istotność statystyczna p**
	ogółem		dziewczęta		chłopcy		
	n=659	%	n=393	%	n=266	%	
nadwaga, otyłość, niedowaga	492	74,6	320	81,4	172	64,6	<0,001
choroby układu krążenia, miażdżyca	229	34,7	143	36,3	86	32,3	0,018
choroby układu pokarmowego	27	4,0	21	5,3	6	2,2	<0,001
wzrost poziomu cholesterolu	7	1,0	5	1,2	2	0,7	n.s

* odsetek odpowiedzi nie sumuje się do 100%, ponieważ badani mogli udzielić wielu odpowiedzi

** analiza log-liniowa; poziom zależności cząstkowej

Za patologię spowodowaną niezdrowym odżywianiem statystycznie znacznie częściej dziewczęta uważały nieprawidłową masę ciała, choroby układu krążenia oraz choroby układu pokarmowego. Wzrost poziomu cholesterolu, jako skutek niezdrowego odżywiania, wskazywał porównywalny, niski odsetek badanych dziewcząt i chłopców.

Dyskusja

We współczesnej medycynie zwraca się coraz większą uwagę na prowadzenie skutecznej edukacji zdrowotnej, która jest elementem składowym profilaktyki pierwotnej (osób zdrowych) i wtórnej. Podstawą jej skuteczności jest umiejętne oddziaływanie na poziom wiedzy, na postawy, umiejętności oraz styl życia odbiorcy [17].

Szczególnego znaczenia nabiera zatem opieka profilaktyczna nad dziećmi i młodzieżą, której zasadniczym elementem jest edukacja prozdrowotna młodego pokolenia, zwiększająca szansę na zdrowie będące nieodłącznym warunkiem osiągnięć szkolnych i dobrej jakości życia. W myśl aktualnie obowiązujących przepisów edukacja zdrowotna uczniów powinna być prowadzona na każdym poziomie kształcenia i w każdym typie szkoły, jako (niezależna od programów nauczania przedmiotów) część programu wychowawczego szkoły, zapisana w szkolnym programie profilaktyki. Program ten powinien obejmować kształtowanie postaw prozdrowotnych oraz zachęcać młodzież do przeciwdziałania zagrożeniom zdrowotnym. Podstawy programowe kształcenia ogólnego dla poszczególnych poziomów i typów kształcenia określają obowiązkowe cele kształcenia, treści i wymiar godzinowy „edukacji prozdrowotnej” do obowiązkowej realizacji przez daną szkołę w ramach tzw. ścieżki międzyprzedmiotowej.

Młodzież klas drugich liceum profilowanego i technikum, którą objęłam badaniem ankietowym, wykazała niski poziom wiedzy z zakresu wybranych zagadnień

zdrowotnych. Nieliczne wyniki badań innych autorów z tego zakresu potwierdzają również niską efektywność prowadzonej edukacji zdrowotnej.

Wyniki badań przeprowadzonych wśród dzieci w wieku 13–15 lat [18] oraz żołnierzy zasadniczej służby wojskowej w Grójcu [19] wykazały również relatywnie niski poziom wiedzy z zakresu chorób cywilizacyjnych dietozależnych i czynników wpływających na ich powstanie.

Gacek [20] przeprowadziła badania wśród młodzieży w wieku 14–18 lat przebywającej na wakacyjnym obozie sportowym. 12% dziewcząt i 26,5% chłopców deklarowało brak jakiegokolwiek wiedzy z zakresu zasad prawidłowego żywienia. Anna Międzybrodzka *et al.* [21], analizując wiedzę grupy studentów Akademii Rolniczej w Krakowie na podobny temat, otrzymali odmienne dane. Studenci posiadali na ogół dobrą wiedzę na temat wpływu sposobu żywienia na ryzyko powstania chorób cywilizacyjnych, co potwierdza istnienie zależności poziomu wiedzy zdrowotnej od wieku ucznia i rodzaju szkoły, do której uczeń uczęszcza.

Badając wiedzę uczniów szkół podkarpackich na temat otyłości, Małgorzata Marcysiak *et al.* [22] wykazali wyższy poziom wiedzy dziewcząt niż chłopców, jednak tylko 3% badanych prezentowało wysoki poziom wiedzy. W grupie dziewcząt autorzy stwierdzili przeciętny poziom wiedzy u 48% respondentek, zadawalający – u 28%, niski – u 18%, niezadawalający – u 5% uczennic. Chłopcy natomiast prezentowali niski poziom wiedzy w 54%, w 14% niezadawalający, a tylko 24% chłopców posiadało wiedzę na temat otyłości na poziomie przeciętnym i 9% na poziomie zadawalającym.

Wyniki badań Ewy Chemperek *et al.* [23], przeprowadzonych wśród uczniów gimnazjum i liceum w Lublinie, są podobnie, czyli znajomość zasad zdrowego żywienia jest niedostateczna, a ich realizacja słaba, szczególnie wśród uczniów gimnazjum. Lepsze wyniki uzyskali Jerzy Piwoński i Aleksandra Pytlak [24] wśród warszawskiej młodzieży w wieku 13–14 lat; większość ankietowanych wykazała prawidłowy poziom wiedzy na temat racjonalnego żywienia oraz podstawowych czynników ryzyka chorób serca. Zgodnie z hasłem Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie zaczyna się w domu, rodzice są pierwszymi edukatorami zdrowia swoich dzieci i ich rola nie kończy się w momencie rozpoczęcia nauki w szkole”, skuteczność edukacji prozdrowotnej zależy od tego, w jakim stopniu szkoła będzie współdziałała z rodzicami [17].

Wnioski

1. Skuteczność edukacji zdrowotnej uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych na temat zagadnień dotyczących profilaktyki nadwagi i otyłości oraz jej skutków jest niezadawalająca.
2. Wyższy poziom wiedzy na temat wybranych zagadnień zdrowotnych wykazały dziewczęta.

3. W celu podniesienia skuteczności edukacja zdrowotna powinna być powiązana z programem profilaktyki i promocji zdrowia w szkole oraz powinna być realizowana w ścisłej współpracy z pracownikami szkoły i rodzicami uczniów.

Bibliografia

- [1] Maniecka-Bryła I., Bryła M., Drygas W., *Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób układu krążenia na początku XXI wieku, cz. II: Europa*, „Zdrowie Publiczne” 2006, t. 116, nr 3, s. 427–430.
- [2] Supranowicz P., Miller M., Urban E., *Potrzeby uczniów w zakresie edukacji zdrowotnej*, „Pediatria Polska” 2000, t. 75, nr 1, s. 15–23.
- [3] Mianowana V., Dobrowolska B., Gałka R., *Edukacja zdrowotna realizowana przez pielęgniarkę w środowisku szkolnym*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2007, nr 1 (18), s. 25–30.
- [4] Szostak-Węgierek D., *Profilaktyka miażdżycy u dzieci i młodych osób dorosłych*, „Pediatria Polska” 2007, t. 82, nr 7, s. 550–558.
- [5] Obuchowicz A., Książewska M., Pietrzak J., Świętochowska-Chechlińska A., *Profilaktyka chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży*, „Lekarz” 2005, nr (7/8), s. 50–54.
- [6] Lee Y.H., Pratley R.E., *The Evolving Role of Inflammation in Obesity and the Metabolic Syndrome*, „Current Diabetes Reports” 2005, vol. 5, s. 70–75.
- [7] Makara-Studzińska M., Buczyjan A., Moryłowska J., *Jedzenie – przyjaciel i wróg. Korelaty psychologiczne otyłości – przegląd piśmiennictwa*, „Zdrowie Publiczne” 2007, t. 117, nr 3, s. 392–396.
- [8] Rywik S., Pająk A., Broda G., Szcześniewska D., Rywik T., *Częstość występowania nadwagi i otyłości w wybranych populacjach Polski*, POL-MONICA BIS Project, „Medycyna Metaboliczna” 2003, nr 7 (2), s. 8–15.
- [9] Szostak-Węgierek D., *Profilaktyka miażdżycy u dzieci i młodych osób dorosłych*, „Pediatria Polska” 2007, nr 82 (7), s. 550–558.
- [10] Lamerz A. et al., *Prevalence of Obesity, Binge Eating, and Night Eating in a Cross-sectional Field Survey of 6-year-old Children and Their Parents in a German Urban Population*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 2005, vol. 46 (94), s. 385–393.
- [11] Gandarillas A. et al., *Population at Risk Eating Disorders in a Spanish Region*, „Eating and Weight Disorders” 2004, vol. 9 (3), s. 179–185.
- [12] Marcysiak M. et al., *Wiedza uczniów szkół podkarpackich na temat otyłości a zachowania żywieniowe*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2008, t. 16, nr 1, 2, s. 112–11.
- [13] Gunnell D.J., Frankel S.J., Nanchahal K. Peters T.J., Davey-Smith G., *Childhood Obesity and Adult Cardiovascular Mortality: A 57-y Follow-up Study Based on the Boyd Or Cohort*, „The American Journal of Clinical Nutrition” 1998, vol. 67, s. 1111–1118.

- [14] Popek-Musialik D., Kujawska-Łuczak M., Bogdański P., *Otyłość i nadwaga – epidemia XXI wieku*, „Przewodnik Lekarza” 2008, nr 1 (103), s. 117–123.
- [15] Drygas W., *Otyłość. Uwarunkowania środowiskowe i socjomedyczne*, „Medycyna Metaboliczna” 2003, nr 7, s. 47–51.
- [16] Manson J.E., Skerrett P.J., Greenland P., Vanitallie T.B., *The Escalating Pandemics of Obesity An Sedentary Lifestyle. A Call to Action for Clinicians*, „Archives of Internal Medicine” 2004, vol. 3, s. 249–258.
- [17] Kobos E., Leńczuk-Gruba A., *Pedagogiczne aspekty edukacji zdrowotnej pracy pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2007, nr 3/4 (20–21), s. 43–50.
- [18] Kołajtis-Dołowy A., Weber M., *Stan wiedzy żywieniowej i efektywność nauczania żywienia wybranej grupy dzieci*, „Żywność Człowieka i Metabolizm” 2003, nr 1/2, s. 188–191.
- [19] Kołajtis-Dołowy A., Gułaj M., *Ocena elementarnej wiedzy żywieniowej badanej grupy żołnierzy zasadniczej służby wojskowej*, „Żywność Człowieka i Metabolizm” 2001, t. XXVIII, supl., s. 647–652.
- [20] Gacek M., Fiedor M., *Niektóre zachowania żywieniowe młodzieży w wieku 14–18 lat w czasie wzmożonego wysiłku fizycznego*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 2006, nr 3, s. 17–19.
- [21] Międzybrodzka A., Leszczyńska T., Pysz M., *Badania ankietowe dotyczące poziomu wiedzy studentów Wydziału Technologii Żywności Akademii Rolniczej w Krakowie z zakresu żywienia człowieka*, „Zeszyty Naukowe AR w Krakowie” 1997, t. 324, s. 77–84.
- [22] Marcysiak M. et al., *Wiedza uczniów szkół podkarpackich na temat otyłości a zachowania żywieniowe*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2008, t. 16, nr 1, 2, s. 112–11.
- [23] Chemperek E., Żołnierczuk-Kieliszek D., Płowaś M., *Znajomość zasad zdrowego stylu życia i ich realizacja wśród młodzieży gimnazjum i liceum*, „Annales UMCS” Sectio D, 2004, vol. 59 (1), s. 24–31.
- [24] Piwoński J., Pytlak A., *Zachowania zdrowotne i poziom wiedzy na temat wybranych zagadnień profilaktyki chorób serca młodzieży warszawskich szkół gimnazjalnych prawobrzeżnej Warszawy*, „Polski Przegląd Kardiologiczny” 2003, nr 5 (3), s. 301–308.



Jadwiga Kuciel-Lewandowska¹, Anna Kokocińska¹,
Małgorzata Paprocka-Borowicz¹, Małgorzata Szybińska¹,
Bożena Bogut¹, Andrzej Kierzek¹

Skuteczność kinezyterapii w profilaktyce i zwalczaniu nadwagi u dzieci w wieku przedszkolnym

Abstract

Effectiveness of the Kinesiotherapy in the Prevention and Fighting the Overweight at Pre-school Children

To assess the effectiveness of kinetic therapy in the prevention and fighting of overweight among pre-school children is the aim of this paper. We analyzed their eating habits and how to spend free time. Individual interviews with parents about diet and physical activity were also conducted.

The studies involved a total of 120 children. The study involved four groups of pre-school children broken down by age and gender. The first and second group consisted of girls and other boys aged from 3 to 4 years, the third and quarter of girls and boys aged from 5 to 6 years. The studies were leading since the October of 2007 to the February of 2008. An author's inquiry, consisting of fifteen questions, directed at parents of children participating in the examination was applied. The questionnaire form contained questions concerning the weight, of height, of sex, of age of the child and included questions concerning feeding and the physical activity. After the end of the four-month period in which takes-over of the kinesiotherapy were held, again parents were asked to fill the identical questionnaire form in. To the assessment of effectiveness of conducted classes was used the evaluation of the BMI rate as well as a group of children was compared overweight before the exercise cycle and after the ending.

The conclusions are following:

¹ Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Katedra Fizjoterapii.

1. The methodical activities carried out in overweight children affected with the reduction in the average value of BMI in the study group.
2. More than half of overweight children has been observed reductions in body weight are normal.

Key words: overweight, kinetic therapy, children, prevention.

Słowa kluczowe: nadwaga, kinezyterapia, dzieci, profilaktyka dzieci z nadwagą

Wstęp

Nadwaga i otyłość są zaburzeniami występującymi powszechnie, a ich liczba wzrasta w szybkim tempie na całym świecie. Światowa Organizacja Zdrowia w 1997 roku zaliczyła otyłość do światowych epidemii.

Uważa się, że do rozwoju nadwagi i otyłości przyczyniają się czynniki genetyczne i środowiskowe. Epidemia otyłości niekoniecznie musi być uwarunkowana tylko genotypem, ponieważ pula genów na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat nie zmieniła się w zdecydowany sposób, natomiast wzrost częstości występowania otyłości i nadwagi, szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych, ciągle rośnie. Czynnikiem odpowiedzialnym za tę sytuację są zmieniające się warunki środowiskowe oraz styl życia. Zmiana nawyków żywieniowych polega na częstszym jedzeniu dużych posiłków zawierających więcej energii pochodzącej głównie z tłuszczów, spożywanie gotowych produktów przygotowanych do natychmiastowego spożycia (tzw. *fast food*), dojadanie między głównymi posiłkami licznych przekąsek, a także na uleganiu modzie spędzania wolnego czasu przy wspólnym jedzeniu i piciu wysokoenergetycznych płynów. Jednocześnie radykalnie zmniejszyła się aktywność ruchowa z powodu braku czasu oraz powszechnego obecnie korzystania ze środków transportu, głównie samochodu [1, 2, 3].

Występują dwa kryteria podziału otyłości. Pierwsze z nich to kryterium morfologiczne, drugie to kryterium etiologiczne. W praktyce z dużą trudnością można sprowadzić każdy przypadek otyłości do określonej przyczyny [4].

Otyłość morfologiczną dzielimy na otyłość androidalną, gynoidalną, uogólnioną (mieszaną) i regionalną [5].

Otyłość androidalna dotyczy morfogramu kobiet, u mężczyzn mówi się o otyłości orto- lub hiperandroidalnej. Ten typ otyłości cechuje się zwiększeniem wymiaru między mięśniami naramiennymi, a także zwiększeniem obwodu klatki piersiowej. Wymiar dwukrętarzowy jest znacznie mniej powiększony. Tłuszcz gromadzi się głównie w górnych partiach ciała, charakterystyczne dla tego typu jest znaczne otłuszczenie karku, klatki piersiowej, ramion, brzucha, przy małym otłuszczeniu kończyn dolnych.

Otyłość gynoidalna odnosi się do mężczyzny, u kobiety ten typ otyłości określaną jest jako hiper- lub ortogynoidalną. W tym typie otyłości obserwuje się zwiększenie wymiaru dwukrętarzowego, gdy wymiar między mięśniami

naramiennymi jest tylko nieznacznie zwiększony lub w ogóle niepowiększony. Tkanka tłuszczowa gromadzi się w dolnej części ciała, typowe jest otłuszczenie pośladków, ud, brzucha.

Otyłość uogólniona (mieszana) jest najczęściej występującym typem otyłości. Zwiększenie ilości tkanki tłuszczowej dotyczy wszystkich części ciała, a w umiarkowanej otyłości ten typ nie powoduje wyraźnych deformacji proporcji ciała. W przypadku znacznej ilości tkanki tłuszczowej mogą pojawiać się tzw. fartuchy tłuszczowe wokół bioder i okolicy brzucha.

Otyłość regionalna charakteryzuje się nagromadzeniem tkanki tłuszczowej w niektórych częściach ciała, mówi się np. o otyłości karkowo-barkowej, brzusznej, miednicowej, kończynowej, najczęściej towarzyszy jej uogólniony rozrost tkanki tłuszczowej [6].

Otyłość spowodowana czynnikiem etiologicznym to otyłość genetyczna, powstała z przyczyn endokrynologicznych, dziecięca i wieku pokwitania.

Obserwuje się, że nadwaga i otyłość u dzieci stanowi coraz poważniejszy problem. Z pewnością problem nadwagi i otyłości dotyczy bardziej dorosłych. Pamiętajmy jednak, że to dorośli odpowiadają za żywienie oraz styl życia dzieci. Wraz z rosnącą liczbą otyłych rodziców rośnie liczba otyłych dzieci. Zatem, w jaki sposób dzieci mogą pozostać szczupłe, posiadać prawidłową wagę ciała i utrzymywać kondycję fizyczną, skoro ich rodzice i opiekunowie, będąc dla nich przykładem, wciąż tyją, zwiększając swoją wagę ciała, nie dbają o kondycję fizyczną, dają bardzo zły przykład swoim pociechom, stają się nieprawidłowym wzorcem zachowań prozdrowotnych [7, 8].

Główną przyczyną otyłości i nadwagi jest nadmierna ilość energii dostarczanej w pożywieniu, przekraczająca ilość energii potrzebnej organizmowi do podtrzymania procesów życiowych. Każdy nadmiar energii magazynowany jest w postaci tkanki tłuszczowej pełniącej funkcję spichlerza. W okresach niedoboru pożywienia istnieje możliwość uwalniania zmagazynowanej energii. Nadmierne gromadzenie tłuszczu w organizmie jest najczęściej spowodowane zwiększonym spożyciem pokarmów, zmniejszonym wydatkiem energii, np. z powodu siedzącego trybu życia, unieruchomienia na skutek choroby. Nadmierne gromadzenie tkanki tłuszczowej jest również wynikiem błędów żywieniowych, wśród których wyróżniamy: przejadanie się (stałe spożywanie zbyt obfitych posiłków, niewłaściwy skład jakościowy spożywanych pokarmów), preferowanie pokarmów zawierających zbyt dużą ilość tłuszczów i węglowodanów, nieregularność lub zbyt mała liczba posiłków, podjadanie między posiłkami. Ilość dostarczanej w ten sposób energii znacznie przekracza dziennie zapotrzebowanie kaloryczne.

Wyróżniamy cztery grupy czynników przyczyniających się do powstania nadwagi i otyłości: somatyczne, genetyczne, psychospołeczne i społeczno-kulturowe.

Czynniki somatyczne (biologiczne) zależą od podstawowej przemiany materii oraz liczby i rozmiarów komórek tłuszczowych.

Czynniki genetyczne – otyłość może być dziedziczna. Jeżeli oboje rodzice są otyli, prawdopodobieństwo wystąpienia otyłości i nadwagi u dzieci wynosi na-

wet 80%, gdy jedno z rodziców jest otyłe – 40%, a gdy oboje rodzice są szczupli – 10%. U osób obciążonych genetycznie nadwaga występuje już w okresie niemowlęctwa. Stwierdzono, że u 41% osób mających nadwagę w pierwszym roku życia otyłość utrzyma się w życiu dorosłym. Pamiętajmy jednak, że dziedziczy się nie otyłość, lecz predyspozycje organizmu do tycia. Rodzina i krewni mają nie tylko wspólne geny, lecz także podobne nawyki żywieniowe i styl życia. Stąd rodzinne uwarunkowania nadwagi i otyłości zależne są od tzw. społecznego dziedziczenia stylu życia i nawyków żywieniowych.

Czynniki psychospołeczne rozważamy w modelu psychoanalitycznym i psychosomatycznym. W koncepcjach psychoanalitycznych rozróżniamy otyłość rozwojową i otyłość reaktywną. Otyłość rozwojowa związana jest z przeżyciem przez dziecko rodzicielskiego odrzucenia lub innymi zaburzeniami w relacjach rodzic – dziecko. Zakłada się, że rodzice, chcąc wynagrodzić dziecku odrzucenie emocjonalne, przekarmiają go i są nadopiekuńczy. Dziecko traci umiejętność rozróżniania przeżywanego potrzeb i wewnętrznych sygnałów, ponieważ rodzice na każdy przejaw dyskomfortu dziecka reagują podawaniem mu jedzenia, nie wnikając w prawdziwą przyczynę tego zjawiska. Efektem takiego przekarmiania jest brak możliwości rozróżniania uczucia głodu od innych przeżywanego stanów wewnętrznych, dlatego też dzieci nie nabywają umiejętności określania dawki pożywienia potrzebnej organizmowi. Otyłość reaktywna występuje z kolei u dorosłych jako reakcja na uraz lub stres [9, 10].

W modelu psychosomatycznym otyłość uznawana jest za somatyczne odwzorowanie niepowodzenia w psychicznym funkcjonowaniu jednostki, np.: uczucie „fałszywego głodu” wywołane stresem, jedzenie jako sposób unikania zagrożenia.

Czynniki społeczno-kulturowe wynikają z formy wykonywania obowiązków służbowych, gdzie wiele czynności związanych z wydatkiem energii wykonywanych jest przez urządzenia; transport i przemieszczanie się odbywa się za pomocą środków lokomocji. Ponadto ulubioną formą spędzania wolnego czasu jest oglądanie telewizji. Reklama i środki masowego przekazu skutecznie zachęcają do spożywania wysokoenergetycznych produktów [11].

Wagę oceniano za pomocą różnych współczynników, które nie zawsze były miarodajne, gdyż nie uwzględniamy w pomiarze wieku, płci, wzrostu. Dla dokładności oceny wagi wprowadzono współczynnik BMI (ang. *body mass index*) – wskaźnik masy ciała. Wyraża się on ilorazem aktualnej masy ciała w kilogramach i kwadratu wzrostu w metrach. Zaletą BMI jest możliwość prostego obliczania, wiarygodność niezależnie od stopnia otyłości. Istnieją jednak pewne ograniczenia w definiowaniu tego wskaźnika, ponieważ BMI odnosi się tylko do aktualnej masy ciała, natomiast nie uwzględnia wieku, czasu trwania otyłości, rozmieszczenia tkanki tłuszczowej ani zależnych od nadwagi i otyłości czynników ryzyka. Poniżej przedstawiono BMI dorosłych: BMI <18,5: niedowaga, BMI 18,5–24,9: waga prawidłowa, BMI 25–29,9: nadwaga, BMI 30–34,9: otyłość I stopnia, BMI 35–39,9: otyłość II stopnia, BMI >40: otyłość III stopnia (ogromna) [12].

W przypadku oceny dzieci obowiązują różne zakresy, np. dla 10-latka zakres BMI 14–18 świadczy o wadze prawidłowej, dla dzieci 3–6 ta sama wartość BMI świadczy już o nadwadze. Do oceny niezbędna jest waga, wzrost, wiek i płeć dziecka, z tego względu, że zawartość tkanki tłuszczowej zmienia się z wiekiem rozwojowym i normy zawartości tłuszczu dla dziewczynek i chłopców nieco się różnią. BMI nie oblicza się dla dzieci poniżej drugiego roku życia. Przy ocenie współczynnika BMI u dzieci posługujemy się siatkami centyłowymi [13]

Cel pracy

Celem pracy jest ocena skuteczności kinezyterapii w profilaktyce nadwagi u dzieci w wieku przedszkolnym. W pracy zwrócono również uwagę na powagę problemu otyłości i nadwagi, występującego już u dzieci w wieku przedszkolnym. Poddano analizie nawyki żywieniowe u dzieci przedszkolnych oraz sposób spędzania wolnego czasu. Prowadzono również indywidualne rozmowy z rodzicami dotyczące diety i aktywności ruchowej.

Materiał i metody

Obserwację prowadzono w dwóch wrocławskich przedszkolach. Badaniem objęto cztery grupy dzieci w wieku przedszkolnym, podzielone ze względu na wiek i płeć. Pierwszą grupę stanowiły dziewczynki (30 osób), drugą chłopcy (30 osób) w wieku 3–4 lat, trzecią dziewczynki (30 osób) i czwartą chłopcy (30 osób) w wieku od 5–6 lat. W badaniach uczestniczyło łącznie 120 dzieci (zob. tabela 1).

Tabela 1. Podział grupy badanej na grupy w zależności od płci i wieku

grupa I	dziewczynki w wieku 3–4 lat – 30 dzieci
grupa II	chłopcy w wieku 3–4 lat – 30 dzieci
grupa III	dziewczynki w wieku 5–6 lat – 30 dzieci
grupa IV	chłopcy w wieku 5–6 lat – 30 dzieci

Obserwacje prowadzono od października 2007 roku do lutego 2008 roku. Zastosowano autorską ankietę skonstruowaną dla potrzeb pracy, składającą się z 15 pytań, skierowanych do rodziców dzieci uczestniczących w badaniu. Ankieta zawierała pytania dotyczące wagi, wzrostu, płci, wieku dziecka oraz obejmowała pytania dotyczące żywienia i aktywności fizycznej. Po upływie czteromiesięcznego okresu, w którego trakcie odbywały się zajęcia kinezyterapii, ponownie poproszono rodziców o wypełnienie identycznej z pierwszą ankietą. Dodatkowo w ankiecie kontrolnej rodzice uzupełniali informacje dotyczące zmian w zakresie diety i form spędzania wolnego czasu.

Zajęcia ruchowe realizowano w formie zabaw i właściwych ćwiczeń kinezyterapeutycznych. Odbywały się one trzy razy w tygodniu i każde trwały jedną godzinę. Dzieci biorące udział w badaniu poproszono również o wykonywanie podobnych ćwiczeń w domu.

Wyniki

Przed kinezyterapią w pierwszej grupie odnotowano 11 dziewczynek z nadwagą, gdzie wskaźnik BMI mieścił się w zakresie 15–18 kg/m². Znaczną otyłość stwierdzono u jednej dziewczynki – BMI powyżej 18 kg/m². U 13 dziewczynek stwierdzono niedowagę, a BMI wynosił maksymalnie 13 kg/m². Prawidłową wagę odnotowano u pięciu dziewczynek – wartość BMI mieściła się w zakresie 13–15 kg/m². Średnia wartość BMI dla całej grupy wyniosła 14,42 kg/m².

W drugiej grupie nadwagę stwierdzono u siedmiu chłopców. W grupie tej odnotowano również 10 chłopców z niedowagą, u których wartość BMI mieściła się w zakresie do 13 kg/m². Prawidłową wagę odnotowano u 13 chłopców – BMI między 13–15 kg/m². Średnia wartość BMI dla całej grupy wyniosła 14,00 kg/m².

W trzeciej grupie nadwagę stwierdzono u 10 dziewczynek. Niedowagę stwierdzono u sześciu dziewczynek, a prawidłową wagę u 14. Średnia wartość BMI dla całej grupy wyniosła 14,22 kg/m².

W czwartej grupie nadwagę odnotowano u ośmiu chłopców. Niedowagi nie stwierdzono u żadnego z badanych chłopców. Prawidłowe BMI potwierdzono u 22 chłopców. Średnia wartość BMI dla całej grupy wyniosła 14,42 kg/m² (zob. tabela 2).

Tabela 2. Średnie wartości BMI i liczba dzieci z nadwagą w poszczególnych grupach przed kinezyterapią

	niedowaga	niedowaga	otyłość	waga prawidłowa	średnia wartość BMI kg/m ²
grupa I	13	11	1	5	14,42
grupa II	10	7	0	13	14,00
grupa III	6	10	0	14	14,22
grupa IV	0	8	0	22	14,42

Po czteromiesięcznym cyklu ćwiczeń odnotowano:

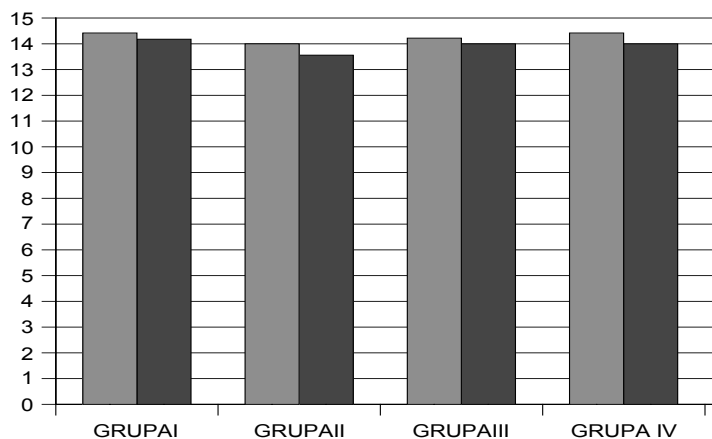
- W pierwszej grupie – nadwagę u sześciu dziewczynek i otyłość u jednej; u 20 dziewczynek stwierdzono prawidłową wagę, a niedowagę u trzech dziewczynek. Średnia wartość BMI dla całej grupy wyniosła 14,18 kg/m².
- W drugiej grupie – nadwagę u trzech chłopców, u 10 niedowagę, prawidłową wagę u 17 chłopców. Średnia wartość BMI dla całej grupy wyniosła 13,56 kg/m².

- W trzeciej grupie – nadwagę u trzech dziewczynek, niedowagę u trzech, prawidłową wagę u 24 dziewczynek. Średnia wartość BMI dla całej grupy wyniosła 14,00 kg/m².
- W czwartej grupie – nadwagę u czterech chłopców, prawidłową wagę u 26 chłopców. Średnia wartość BMI dla całej grupy wyniosła 14,00 kg/m² (zob. tabela 3).

Tabela 3. Średnie wartości BMI i liczba dzieci z nadwagą w poszczególnych grupach po kinezyterapii

	niedowaga	niedowaga	otyłość	waga prawidłowa	średnia wartość BMI kg/m ²
grupa I	3	6	1	20	14,18
grupa II	10	3	0	17	13,56
grupa III	3	3	0	24	14,00
grupa IV	0	4	0	26	14,00

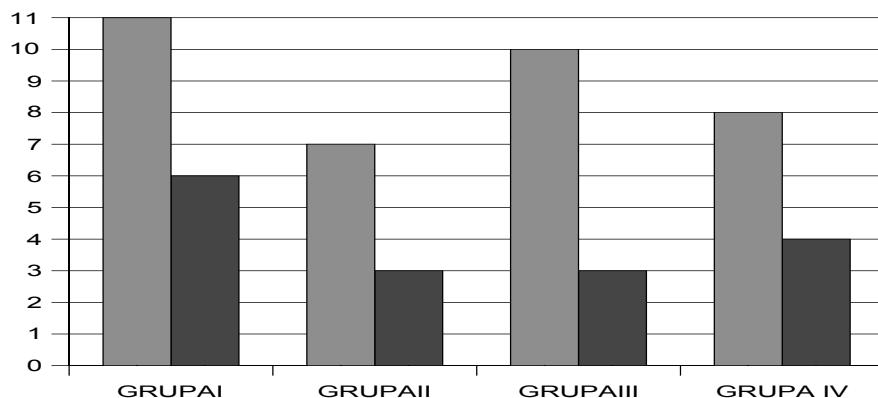
We wszystkich grupach zaobserwowano zmiany w zakresie średnich wartości BMI, który uległ obniżeniu (zob. wykres 1).



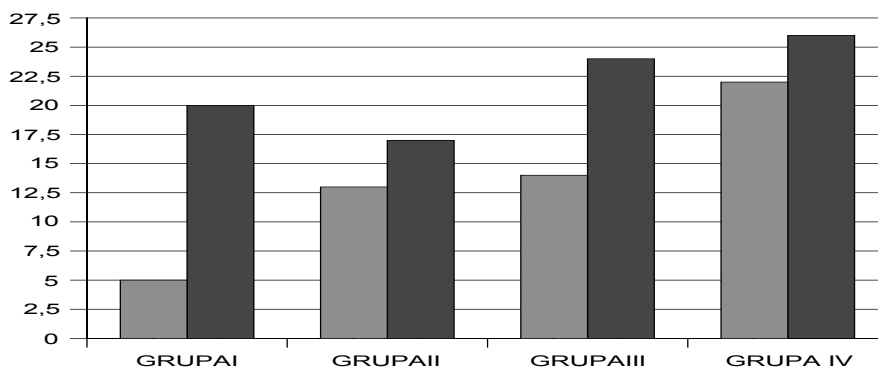
Wykres 1. Zmiany w zakresie średnich wartości współczynnika BMI

Wśród pozytywnych efektów prowadzonych zajęć zaobserwowano również we wszystkich grupach zmniejszenie liczby dzieci z nadwagą (zob. wykres 2).

Za pozytywny efekt prowadzonych zajęć należy uznać również wzrost liczby dzieci z wagą prawidłową (zob. wykres 3).



Wykres 2. Zmniejszenie liczby dzieci z nadwagą we wszystkich obserwowanych grupach



Wykres 3. Zwiększenie liczby dzieci z wagą prawidłową we wszystkich obserwowanych grupach

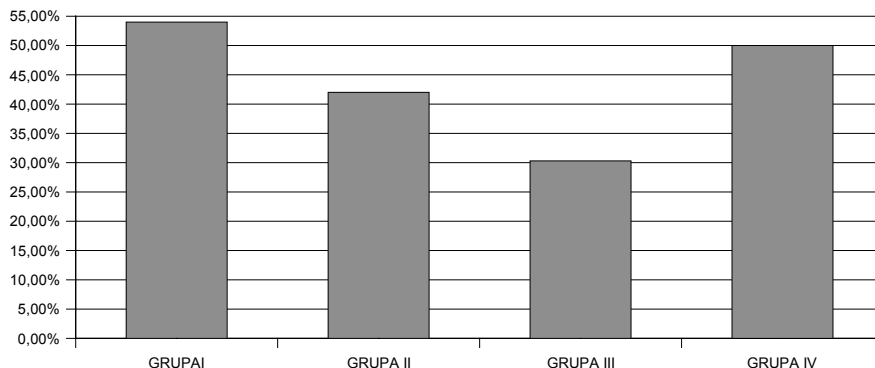
Dyskusja

Nadwaga i otyłość jako problem medyczny budzi zainteresowanie już od ponad 50 lat. Badania dowiodły istnienie związku między chorobami układu krążenia, chorobami metabolicznymi, nadciśnieniem, nowotworami, chorobami narządu ruchu a otyłością. Zaobserwowano, że wraz ze zwiększeniem masy ciała wzrasta również śmiertelność. Dotyczy to głównie ludzi młodszych, potencjalnie zdrowych. Przy wartościach BMI już nieco większych od 27 kg/m² obserwuje się statystycznie istotny wzrost śmiertelności [14].

W przeprowadzonym badaniu nie oceniano poszczególnych dzieci. Zwrócono uwagę na globalne obniżenie współczynnika BMI w badanej grupie oraz oceniono procentowo liczbę dzieci z nadwagą, które uzyskały prawidłową wagę ciała.

Uzyskane wyniki wykazały znaczący spadek liczby dzieci z nadwagą. Wskaźniki procentowe w poszczególnych grupach przedstawiały się następująco:

- w grupie I – 54%
- w grupie II – 42%
- w grupie III – 30,3%
- w grupie IV – 50% (zob. wykres 4)



Wykres 4. Normalizacja wagi ciała wśród dzieci uczestniczących w zajęciach ruchowych

Tak duże zmiany z pewnością nie były wynikiem tylko treningu fizycznego. Istotną rolę spełniła tu współpraca z rodzicami. W społeczeństwie obserwuje się odmienne postawy wobec odżywiania się i sposobu spędzania wolnego czasu. Część społeczeństwa wybiera postawę charakteryzującą się dbałością o własne zdrowie i sprawność fizyczną. Rodzice mają znaczny wpływ na to, co dzieci jedzą, oraz jak rozwijają swoją sprawność fizyczną. [15].

Z przeprowadzonych ankiet wynika również, że nastąpiła zmiana dotycząca liczby spożywanymi posiłków. Przed rozpoczęciem zajęć większość dzieci spożywała więcej niż sześć posiłków dziennie. Ankieta kontrolna wykazała, że nastąpiła istotna zamiana w tym zakresie, liczba spożywanymi posiłków zmniejszyła się do 4–6 na dzień. Ponadto zmieniły się sposoby spędzania wolnego czasu, z trybu stacjonarnego na aktywny (w formie spacerów czy zabaw na świeżym powietrzu). Ważną zmianą, którą zaobserwowano, była również normalizacja wagi ciała u dzieci z niedowagą w grupie I i III jako wynik wzrostu masy mięśniowej w wyniku prowadzonej kinezyterapii.

W przypadku współczynnika BMI globalne zmiany w poszczególnych grupach nie są diametralnie różne od wstępnych ocen. Przypomnieć jednak należy, że podlegające obserwacji dzieci nie należały do grupy nadmiernie otyłych, a pozostałe mieściły się w zakresach wagi prawidłowej lub miały niedowagę.

Wielu autorów podkreśla, że najskuteczniejszą metodą profilaktyki oraz leczenia nadwagi czy otyłości jest aktywność fizyczna, która w połączeniu z nisko-

kaloryczną dietą daje wymierne wyniki w postaci utraty masy ciała u dorosłych, dzieci i młodzieży. Normalizację wagi ciała należy również rozpatrywać w kontekście poprawy jakości życia i poprawy samooceny. Wyśiłek fizyczny stanowi niezbędny element służący osiągnięciu ujemnego bilansu energetycznego. Ważne jest, aby odpowiednio dobrany trening stanowił podstawę prowadzonych zajęć z uwzględnieniem wieku, płci i sprawności fizycznej.

Obok nowotworów i schorzeń degeneracyjnych – takich jak: miażdżyca, choroba zwyrodnieniowa układu ruchu – nadwaga i otyłość stanowią poważny problem społeczny. Statystyki dowodzą, że 1/5–1/3 populacji osób dorosłych wykazuje nadwagę. Gdy uwzględnimy powikłania i następstwa czynnościowe oraz anatomiczne powstałe w różnych układach w przebiegu otyłości, znaczenie zdrowotne tego zjawiska nie podlega dyskusji.

Leczenie osób z otyłością stanowi poważny problem dla służb medycznych, szczególnie gdy problem dotyczy otyłości ogromnej. Długofalowe leczenie takich chorych niesie za sobą większe ryzyko niepowodzeń i powikłań, a dodatkowo ogromne koszty. Dlatego tak istotne wydaje się zapobieganie.

Dążenie do uzyskania i utrzymania prawidłowej masy ciała należy do działań na rzecz zdrowia. Wszelkie podjęte zadania prowadzone dla zdrowia należy poprzedzić edukacją zdrowotną, która powinna obejmować całe społeczeństwo. Istotne jest wyrobienie prawidłowych zachowań prozdrowotnych i eliminowanie negatywnych [16].

Wyniki uzyskane w przeprowadzonym badaniu wskazują, że już u dzieci działania profilaktyczne są uzasadnione, ponieważ pozwalają kształtować prawidłowe postawy prozdrowotne i tym samym zapobiegać rozwojowi wielu chorób będących następstwem nadwagi czy otyłości.

Wnioski

1. Systematyczne zajęcia ruchowe prowadzone u dzieci z nadwagą wpłynęły na obniżenie średniej wartości współczynnika BMI w badanej grupie.
2. U ponad połowy dzieci z nadwagą uczestniczących w zajęciach zaobserwowano redukcję masy ciała do wartości prawidłowych.

Bibliografia

- [1] Basdevant A., Le Barzic M., Guy-Grand B., *Otyłość*, tłum. P. Godlewska, Medycyna Praktyczna, Kraków 1996.
- [2] Charońska E., Janus B., Biskupska M., Mańka D., *Zachowania żywieniowe osób otyłych*, [w:] *Epidemie XXI wieku. Otyłość, cukrzyca, choroby układu krążenia i osteoporoza. Od patogenezy do prewencji i terapii: IV Konferencja Naukowo-Szkoleniowa. Wrocław, 5-6 września 2003*, Continuo, Wrocław 2003.

- [3] *Leczenie otyłości i towarzyszących zaburzeń metabolicznych*, red. M. Szurkowska, Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2006.
- [4] Jabłow M., *Anoreksja, bulimia, otyłość – poradnik dla rodziców*, tłum. M. Przyłipiak, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
- [5] Kodejszko E., Blaim A., Tatoń J., *Otyłość i jej leczenie*, PZWL, Warszawa 1965.
- [6] *Leczenie otyłości i towarzyszących zaburzeń metabolicznych*, red. M. Szurkowska, Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2006.
- [7] Kowaluk G., *Profilaktyka otyłości w szkole*, Arte, Lublin 2006.
- [8] Potrmann R., *Problemy z nadwagą u dzieci, istota zagadnienia*, tłum. A. Bańkowska, Jedność, Kielce 2007.
- [9] *Żywność człowieka: podstawy nauki o żywieniu*, red. J. Gawęcki, L. Hryniewicz, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
- [10] *Żywność człowieka: podstawy nauki o żywieniu*, red. J. Gawęcki, L. Hryniewicz, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
- [11] Zahorska-Markiewicz B., *Zasady postępowania w otyłości*, Archi-Plus, Kraków 2004.
- [12] Piękoś H., *Otyłość: zapobieganie i leczenie*, Ośrodek Leczenia Nadwagi i Chirurgii Plastycznej, Jastrzębia Góra 1992.
- [13] wisenutrition.wordpress.com/2009/07/02/bmi-dla-twojego-dziecka-od-2---18lat---wytuczne-who-i-innych (adres nieaktualny).
- [14] Chojnowski J., Włodarczyk K., Kwiatkowska B., *Wyniki leczenia otyłości ogromnego i średniego stopnia w warunkach leczenia uzdrowiskowego*, „Balneologia Polska” 2002, t. XLIV, nr 1–4, s. 69–81.
- [15] Zajac A., Waśkiewicz Z., *Dietetyczno-treningowe wspomaganie zdrowia i sprawności fizycznej*, Wydawnictwo AWF, Katowice 2001.
- [16] Łysak A., Tomczak H., *Ocena stopnia redukcji masy ciała i przekonań zdrowotnych uczestniczek wczasów odchudzających*, „Balneologia Polska” 2005, nr 3–4, s. 88–93.



Małgorzata Modl¹

Aktywność fizyczna i odżywianie się w czasie pobytu w szkole a występowanie otyłości wśród młodzieży gimnazjalnej

Abstract

Motor Activity and Eating Habits at the Time of Staying at School versus Obesity Problem among Youth

Subject of research: Motor activity and eating habits at the time of staying at school versus obesity problem among youth.

Aim of research: For young people 'surroundings' is crucial in process of creating eating habits, quality of food and attitudes towards motor activity, life style and doing sports. The aim of this research was evaluation of behavioural and know-how factors that affects adversely on obesity problem among high school students.

Research object and method: The scientific inquiry covered group of 150 secondary school students (in Poland students at age 13–15). The research tool was questionnaire.

In order to state overweight or obesity, body height and weight measurement were taken and then assessed by centile rank.

Research results: The obesity was stated in 15% of students. 76% of students actively attend PE lessons at school and 64% of them do sports after school. Youth has bad eating habits in general: the first breakfast in being eaten by 63% of students. 62% of them declare having sweets as so called 'second breakfast'. 85% of students declare the knowledge about health life style rules and the impact of motor activity on human organism (69%). 100% of sampled group declares their will of developing and extending know-how about health life style.

Conclusions: There is a big percentage of secondary school students population with overweight and obesity problem. The mutual contradiction between knowledge, behaviour, and eating habits was affirmed. This asserts that on this stage per-

¹ Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy.

sonality of young people is not ultimately formed yet. It indicates the necessity of wide range educational actions that will bring the ultimate success in the future.

Key words: motor activity, life style, obesity, nourishment

Słowa kluczowe: otyłość młodzieży, aktywność fizyczna, śniadanie, odżywianie

Wstęp

Nadwaga i otyłość prowadzą do wielu schorzeń w wieku dorosłym. Dlatego profilaktyka otyłości powinna być głównym zadaniem lekarzy, pielęgniarek, wychowawców w opiece nad dziećmi i młodzieżą. Na występowanie otyłości mają wpływ czynniki genetyczne, psychoemocjonalne czy środowiskowe. Przyczyną otyłości jest najczęściej zły styl życia, zwłaszcza sposób odżywiania i ograniczenie aktywności fizycznej. Środowisko odgrywa ogromną i decydującą rolę w wyrabianiu nawyków żywieniowych, w których duże znaczenie ma jakość spożywanej żywności.

Obecnie na rynku spożywczym jest dużo produktów o wysokiej zawartości węglowodanów i tłuszczu, co sprzyja zwiększeniu kaloryczności spożywanej żywności przez nastolatków. Model życia rodziny, w którym obecne są gotowe potrawy z restauracji lub z sklepów, związany jest z brakiem czasu na przygotowanie posiłków w domu. Taki model kształtuje nieprawidłowe nawyki żywieniowe dzieci i młodzieży.

Innym czynnikiem sprzyjającym powstawaniu otyłości jest spożywanie zbyt dużej ilości pokarmu. Rodzice często wywierają presję na dziecko, wynikającą z troski o jego zdrowie, i zmuszają je do jedzenia mimo jego woli, nie pozwalając na odczytanie własnych potrzeb związanych z jedzeniem. To dorośli decydują ile i kiedy ich syn lub córka ma spożywać posiłków. Dzieci przyzwyczajają się do takiego stanu rzeczy, a następnie same dopominają się o większe porcje. Bierne uczestnictwo młodego człowieka w jego odżywianiu powoduje, że uczucie sytości nie jest wynikiem sygnału wysyłanego przez mózg, lecz efektem wypełnionego żołądka [1, 2].

Niewłaściwy skład jakościowy wybieranych przez gimnazjalistów pokarmów dotyczy spożywania zbyt dużej ilości tłuszczów i węglowodanów oraz zbyt małej liczby warzyw i owoców oraz żywności nieprzetworzonej. Ze względu na pośpiech i nadmiar obowiązków, które są charakterystyczne dla okresu dojrzewania, młodzież gimnazjalna zjada niepełnowartościowe posiłki. Najczęściej w jadłospisie nastolatków brakuje produktów będących źródłem pełnowartościowego białka, soli mineralnych oraz witamin. Chętnie zjadane potrawy to szybkie dania (*fast food*), niewymagające długiego przygotowywania oraz posiadające dużo watorów smakowych. Jednak młodzi ludzie nie zdają sobie sprawy, że do produkcji tych dań wykorzystywane są przemysłowe technologie z użyciem dużych ilości tłuszczu, soli i cukru.

Między posiłkami młodzież chętnie sięga po różne przekąski (ciastka, batony, słodkie napoje), fundując sobie „bomby kaloryczne”. Powodują one szybki

wzrost poziomu insuliny we krwi, który utrzymuje się po spaleniu glukozy, wywołując uczucie głodu i wilczy apetyt.

Niemąły wpływ na powstawanie otyłości ma zbyt mała liczba posiłków w ciągu doby oraz ich nieregularność. Rzadkie dostarczanie organizmowi pożywienia w ciągu dnia powoduje spowolnienie przemiany materii i reakcję organizmu w postaci odkładania zapasów i przez to przyrost tkanki tłuszczowej. W ten sposób organizm stara się być niezależny od braku niepewnych dostaw energii. Długie przerwy w posiłkach powodują obniżenie glukozy we krwi, co wzmacnia uczucie zmęczenia oraz zmniejsza wydajność pracy umysłowej i fizycznej. Często młodzież uważa, że opuszczanie posiłków, zwłaszcza pierwszego śniadania, pozwoli zmniejszyć nadmiar tkanki tłuszczowej, a w rezultacie efekt jest odwrotny.

Innym czynnikiem mającym duży wpływ na powstawanie nadwagi i otyłości ma niedostateczna aktywność fizyczna. Ruch zwiększa wydatki energetyczne organizmu. Unikanie aktywności fizycznej jest przyczyną dodatniego bilansu energetycznego, czyli nadwagi i otyłości. Młodzież gimnazjalna często przejawia niechęć do jakiegokolwiek wysiłku fizycznego. Jest to także wpływ braku nawyków ruchowych rodziców, którzy preferują siedzący tryb życia. W takim wypadku nastolatek chętnie cały swój wolny czas spędza przed telewizorem lub komputerem, podjadając np. produkty bogate w cukier, tłuszcz, sól (chipsy, słodczyce, paluszki). Długie oglądanie telewizji niesie ze sobą szereg negatywnych skutków, ponieważ częste oglądanie reklam telewizyjnych zawierających obrazy produktów wysokoenergetycznych naraża na wzmożenie i pragnienie ich konsumowania. Nieaktywny tryb życia utrwalony w młodym wieku kontynuowany jest w życiu dorosłym [3, 4].

Cel pracy

Ocena zachowań i wiedzy w zakresie czynników mających wpływ na występowanie otyłości wśród uczniów gimnazjum.

Materiał i metody

Badaniem objęto 150 uczniów gimnazjum w klasach I–III w Jeleniej Górze oraz w Zawidowie (powiat zgorzelecki) w okresie od grudnia 2007 roku do czerwca 2009. Zgodę na udział w badaniu wyraziło 146 uczniów. W Jeleniej Górze zamieszkiwało 26, a w Zawidowie 120 uczniów. Populacja badanej młodzieży uczęszczającej do gimnazjum składała się z 75 dziewcząt (51%) i 71 chłopców (49%) w wieku 13–16 lat. Było wśród niej 34 uczniów (23%) w wieku 13 lat; 50 uczniów (34%) w wieku 14 lat, 57 gimnazjalistów w wieku 15 lat (40%) i pięciu 16-latków (3%).

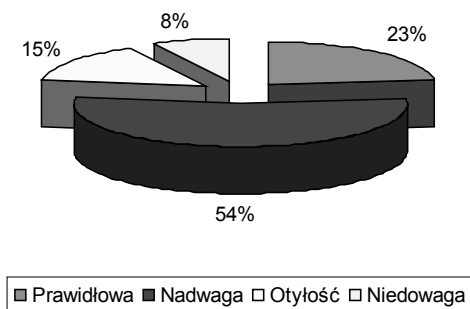
Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety zawierający pytania dotyczące aktywności fizycznej, żywienia oraz występowania otyłości w rodzinie. Ankieta była anonimowa.

W celu stwierdzenia występowania nadwagi lub otyłości wśród badanej młodzieży dokonano pomiarów wysokości i masy ciała (badania przesiewowe). Następnie oceniono uzyskane wyniki badania za pomocą siatek centylowych. Siatki centylowe są powszechnie używanym obrazem graficznym, który stosuje się do obiektywnej oceny rozwoju fizycznego młodzieży gimnazjalnej. Posługiwano się siatkami centylowymi uwzględniającymi wiek kalendarzowy ucznia. W tej metodzie im dziecko więcej waży, tym pozycja centylowa proporcji masy ciała do wysokości jest większa. Pasmo między 90 a 97 centylem świadczy o nadwadze, a powyżej 97 centyla mamy już do czynienia z otyłością. Siatki centylowe są tworzone przez porównanie proporcji ciała dziewcząt i chłopców warszawskich.

Wyniki

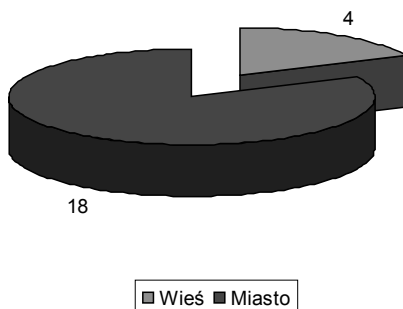
W grupie badanej były aż 22 (15%) osoby otyłe. Natomiast nadwagę miało 79 (54%) uczniów. Prawidłową wagą ciała prezentowało 34 (23%) gimnazjalistów. Zbyt mało ważyło 11 (8%) uczniów.

Ocena proporcji masy ciała i wzrostu



Ryc. 1. Wyniki oceny masy ciała i wzrostu

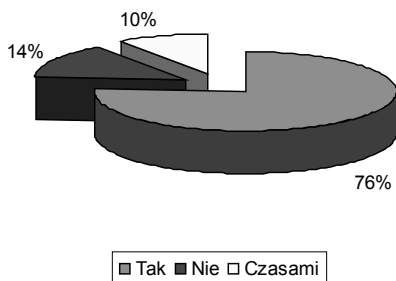
Więcej dzieci z otyłością zamieszkuje w mieście niż na wsi. Wśród 22 uczniów, u których stwierdzono otyłość, 18 mieszkało w mieście.

Miejsce zamieszkania uczniów otyłych

Ryc. 2. Występowanie otyłości wśród młodzieży a miejsce zamieszkania

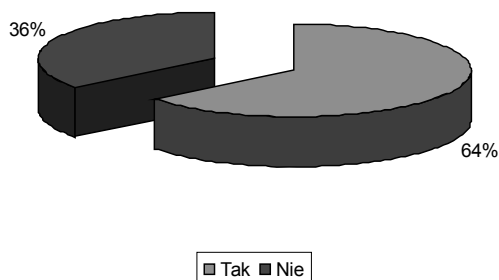
Istotne znaczenie dla występowania otyłości i nadwagi ma aktywność fizyczna. Zawsze aktywny udział w zajęciach WF-u deklaruje 111 (76%) respondentów, a 21 (14%) nigdy nie ćwiczy. Czasami w zajęciach przeznaczonych w planie lekcyjnym na sport bierze udział 14 (10%) uczniów.

Większość młodzieży gimnazjalnej uprawia również sport poza szkołą. Twierdząco na pytanie dotyczące przynależności do klubów sportowych i uprawiania sportu poza szkołą odpowiedziało 94 (64%) gimnazjalistów.

Aktywny udział w zajęciach wychowania fizycznego

Ryc. 3. Aktywny udział młodzieży w zajęciach wychowania fizycznego

Uprawianie sportu

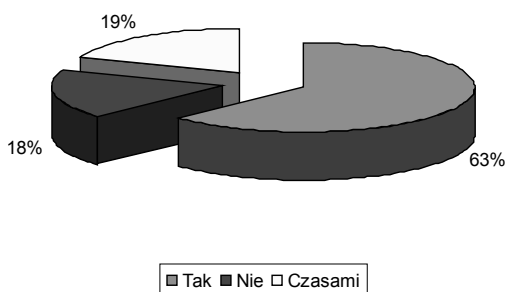


Ryc. 4. Uprawianie sportu przez młodzież poza szkołą

Przyczyną nadwagi i otyłości jest dodatni bilans energetyczny, który bezpośrednio związany jest z jakościowym składem potraw. Duży wpływ na występowanie otyłości ma również liczba spożywanych posiłków. Istotne jest spożycie pierwszego śniadania, które pobudza przemianę materii.

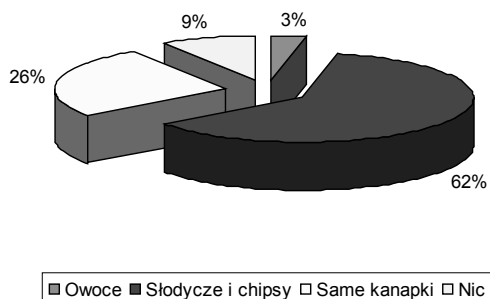
Codziennie spożywa je przed wyjściem z domu do szkoły 92 (63%) uczniów. Do niejedzenia śniadań przyznało się 26 (18%) badanych. Brak regularności w jego spożywaniu dotyczy 28 (19%) gimnazjalistów.

Spożywanie śniadania w domu



Ryc. 5. Spożywanie śniadania w domu przed wyjściem do szkoły

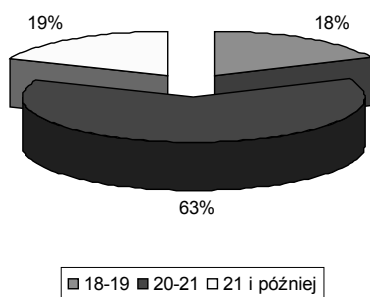
Drugich śniadań w szkole nie jada 13 (9%) gimnazjalistów. W grupie deklarującej jedzenie drugiego śniadania 90 (62%) uczniów spożywa słodkie, w tym słodkie bułki i chipsy, które młodzież kupuje w szkolnym sklepiku. Bardzo mało uczniów na drugie śniadanie je owoce, bo tylko pięcioro (3%). Kanapki do szkoły przynosi 38 (26%) gimnazjalistów.

Produkty zjadane na drugie śniadanie

Ryc. 6. Zawartość drugiego śniadania i zakupy w szkolnym sklepiu

Z badań wynika, że młodzież chętnie zjada kolację. Spożywanie kolacji potwierdziło 142 (97%) respondentów. Tylko 4 (3%) uczniów udzieliło negatywnej odpowiedzi na to pytanie.

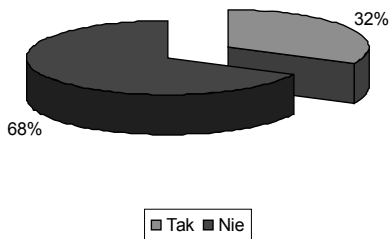
Kolacje przed godziną 19.00 zjada 26 spośród 142 (18%) uczniów. Największą grupę stanowią – 89 uczniów (63%) – gimnazjaliści spożywający ostatni posiłek w ciągu dnia w godzinach 20.00–21.00. Późno, bo po godz. 21.00, ostatni posiłek w ciągu dnia konsumuje 27 (19%) osób.

Godziny spożywania kolacji

Ryc. 7. Godziny spożywania kolacji przez gimnazjalistów

Z analizy zebranych danych wynika, że duża grupa uczniów ma w rodzinie osobę otyłą lub z nadwagą – 47 (32%) osób. Negatywnej odpowiedzi na to pytanie udzieliło 99 (68%) respondentów.

Występowanie nadwagi/otyłości w najbliższej rodzinie

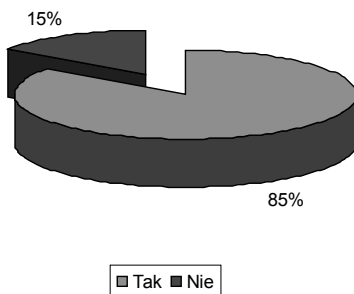


Ryc. 8. Występowanie nadwagi i otyłości wśród członków najbliższej rodziny

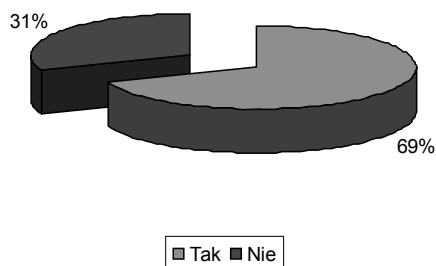
Oceniono poziom wiedzy młodzieży pod względem zdrowego stylu życia. Zadzano pytania dotyczące wpływu aktywności fizycznej na organizm człowieka, znajomości zasad zdrowego odżywiania, prowadzonej w szkole edukacji na ten temat oraz potrzeby uczniów w zakresie dalszego zgłębiania wiedzy w tej dziedzinie.

Znajomość zasad zdrowego odżywiania deklaruje 124 (85%) uczniów. Na pytanie dotyczące znajomości wpływu aktywności fizycznej na organizm człowieka pozytywnej odpowiedzi udzieliło 101 (69%) badanych.

Znajomość zasad zdrowego odżywiania

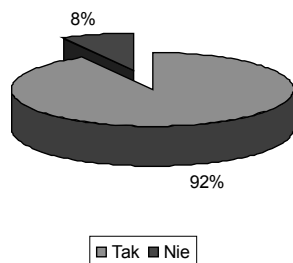


Ryc. 9. Posiadanie wiedzy na temat zasad zdrowego odżywiania

Znajomość wpływu aktywności fizycznej na organizm człowieka

Ryc. 10. Posiadanie wiedzy o wpływie aktywności fizycznej na organizm człowieka

Wśród zbadanej populacji 143 (92%) uczniów potwierdza, że na zajęciach lekcyjnych prowadzona jest edukacja w zakresie zdrowego stylu życia. 100% młodzieży uczestniczącej w badaniu chce nadal zgłębiać swoją wiedzę na temat, jak prowadzić zdrowy styl życia.

Edukacja w czasie lekcji w zakresie zdrowego stylu życia

Ryc. 11. Prowadzenie edukacji w czasie lekcji w zakresie zdrowego stylu życia

Dyskusja

W roku 2005 Instytut Matki i Dziecka w Łodzi przeprowadził badanie ponad 8 tys. polskich nastolatków pod względem występowania nadwagi i otyłości. Stwierdzono, że otyłość występuje u 4,5% dzieci w wieku 13–15 lat, a więc w wieku gimnazjalnym. Największe występowanie nadwagi i otyłości dotyczyło grupy 14-latków i wynosiło 12% u chłopców i 16% u dziewcząt [5, 2].

Z analizy badań własnych wynika, że dzieci otyłych w grupie badanej było 15%. Natomiast z nadwagą i otyłością aż 69% uczniów. Porównując uzyskane wyniki badań z wynikami Instytutu Matki i Dziecka w Łodzi, można przypuszczać, że problemem z utrzymaniem prawidłowej masy ciała ma znacznie więcej dzieci w grupie badanej, niż wynosi średnia uzyskana w łódzkim instytucie. Jest to wyjątkowo liczna grupa dotknięta nadwagą i otyłością.

W badaniu łódzkim odsetek nastolatków z nadwagą był nieco większy w mieście, natomiast z otyłością jednakowy, zarówno w mieście, jak i na wsi, i wynosił 4,5% [6].

Z analizy badań własnych wynika, że w mieście dzieci z otyłością było znacznie więcej niż na wsi. Wśród 22 uczniów, u których stwierdzono otyłość, 18 mieszkało w mieście.

W leczeniu oraz profilaktyce nadwagi i otyłości bardzo istotnym elementem są ćwiczenia, wysiłek fizyczny i zajęcia wychowania fizycznego. Z analizy badań własnych wynika, że młodzież jest aktywna fizycznie. Brak udziału w zajęciach wychowania fizycznego deklaruje 14% uczniów, którzy nigdy nie ćwiczą, i 10% ćwiczących czasami wskazuje, że w tej dziedzinie też jest wiele do zrobienia. Duża grupa młodzieży (64%) uprawia również sport poza szkołą. W porównaniu z wynikami badań dotyczącymi aktywności fizycznej przeprowadzonymi w Gorzowie Wielkopolskim w latach 2005–2006, obejmującymi grupę 1263 uczniów, gdzie 37,9% uczniów gimnazjum wykazywało aktywność fizyczną poza lekcjami WF-u, jest to wynik zadowalający [5].

Z analizy badań własnych wynika, że większa część uczniów wykazuje nieprawidłowości w zakresie odżywiania dotyczące spożywania pierwszego śniadania oraz konsumowania słodczy na drugie śniadanie. Codziennie pierwsze śniadanie spożywa w domu przed wyjściem do szkoły tylko 63% uczniów. W ogóle nie je śniadań 18% badanych, a brak regularności w jego spożywaniu dotyczy 19% gimnazjalistów. Około 9% uczniów nie je drugiego śniadania w szkole, czyli ma długą przerwę w spożywaniu posiłków (5–8 godzin). Obfitość jedzenia przesuwają się na godziny wieczorne. Kolacje zjada 97% ogółu badanych.

Duża grupa badanych nastolatków ma w rodzinie osobę z nadwagą lub otyłością – dotyczy to 32% nastolatków. Osobami otyłymi często są rodzice. W związku z tym młodzież, której to dotyczy, jest z grupy ryzyka wystąpienia otyłości. Na zajęciach lekcyjnych w gimnazjum jest prowadzona edukacja prozdrowotna. Młodzież również podaje, że posiada wiedzę na temat zdrowego stylu życia w zakresie aktywności fizycznej (69%) i odżywiania (85%), jednak nie wykorzystuje tej wiedzy w praktyce. Pierwsze śniadanie zjada 63% uczniów, natomiast na drugie śniadanie 62% uczniów spożywa słodczy.

Wnioski

1. Wśród badanej młodzieży gimnazjalnej duży odsetek uczniów ma problem nadwagi i otyłości.
2. Niezbędne jest prowadzenie profilaktyki drugiej fazy, czyli objęcie opieką medyczną osób z nadwagą i otyłością, aby doprowadzić do uzyskania prawidłowej masy ciała.
3. Konieczne jest opracowanie i wdrożenie programów zdrowotnych (edukacyjnych, profilaktycznych) mających na celu zwiększenie świadomości dzieci i młodzieży, dotyczących prawidłowego i racjonalnego odżywiania oraz znaczenia dla zdrowia składu jakościowego potraw i częstotliwości spożywania posiłków.
4. Wyraźne sprzeczności w posiadaniu wiedzy i zachowaniu młodzieży w zakresie odżywiania i aktywności fizycznej wskazują, że młodzież w wieku gimnazjalnym nie ma jeszcze ostatecznie ukształtowanego charakteru i wszelkie działania edukacyjne przyniosą sukces.

Bibliografia

- [1] Woynarowska B., Kołoto H., *Samoocena zdrowia, zadowolenie z życia, zachowanie zdrowotne ucznia*, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2003, s. 94–97.
- [2] *Profilaktyka otyłości dzieci i młodzieży – od urodzenia do dorosłości*, red. A. Obłacińska, H. Weker, Help-Med., Kraków 2002.
- [3] Kołodziejka D., *Telewizja wpływa na rozwój dziecka*, „Edukacja i Dialog” 2002, nr 3, s. 136.
- [4] Doleżał-Ołtarzewska K., Rybakowa M., *Otyłość prosta młodocianych*, [w:] *Medycyna wieku młodzieńczego*, t. 2: *Zaburzenia i choroby nabyte. Metody prewencji*, red. M. Rybakowa, Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2004.
- [5] Świdarska-Kopacz J., Marcinkowski J., Jankowska K., *Zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej i ich wybrane uwarunkowania*, cz. V: *Aktywność fizyczna*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2008, nr 89 (2), s. 246–250.
- [6] Woynarowska B., Mazur J., *Zachowania zdrowotne młodzieży w Polsce: wyniki badań HGSC 2002*, „Zdrowie Publiczne” 2004, nr 114 (2), s. 159–167.



Mariola Seń^{1,2}, Zofia Foryś¹, Anna Felińczak², Grażyna Dębska¹,
Grażyna Cepuch¹, Faustina Hamma², Donata Kurpas³

Zdrowotne skutki palenia tytoniu w opinii studentów Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Abstract

Health Impacts of Smoking in the Opinion of Students from the Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University

Tobacco smoking is one of the main causes of health hazards in the world population and not just for the smokers themselves, but also the passive smokers. This is the most common addiction, that people have, as well as the most serious external and therefore avoidable risk factor for premature mortality. It is estimated that in the nineties, every year about 2 million people around the world died from smoking tobacco and in 2000 about 4.8 million people worldwide died prematurely from diseases associated with cigarette smoking, and in 2020 this number could increase up to 10 million. Smoking in association with elevated levels of blood cholesterol and hypertension and obesity is a major risk factor for coronary heart disease and heart attack. Smoking also leads to cancers and lung diseases. The fight against smoking should be one of the main objectives of prevention of cardiovascular disease and cancer and health promotion carried out by health workers

The aim of this study was to determine the level of knowledge of the Andrew Frycz Modrzewski Cracow Academy students on the health effects of smoking and their attitude towards the problem of nicotine addiction. The study included 250 students from the Cracow Academy aged 21 to 48 years. The study used the diagnostic survey method. The prevalence of smoking among students of Cracow University is large and amounts to 31.2% daily smokers, only 29.6% of respondents had never

¹ Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych.

² Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Katedra Zdrowia Publicznego.

³ Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Katedra Medycyny Rodzinnej.

smoked cigarettes. Despite the relatively high knowledge that the students have on the health risks of smoking, the awareness of the onset of disease is relatively low. Reliable and effective anti-smoking education and prevention of smoking appear to be necessary steps to carry out among the respondents.

Key words: smoking, tobacco-related disease, attitudes towards smoking

Słowa kluczowe: palenie tytoniu, choroby odtytoniowe, postawy wobec palenia

Wstęp

O negatywnych skutkach palenia papierosów powszechnie wiadomo od dawna. Palenie tytoniu stanowi jedną z głównych przyczyn zagrożenia zdrowia ludności na całym świecie, i to nie tylko palącej, ale również biernych palaczy. Jest to najczęstszy nałóg, któremu ludzie ulegają, a jednocześnie najczęstsza przyczyna przedwczesnej umieralności.

W 2000 roku na choroby związane z paleniem papierosów zmarło przedwcześnie 4,8 mln osób na świecie, z czego ponad połowę stanowili palacze w wieku 30–69 lat. Prognozuje się, że w 2020 roku liczba zgonów spowodowanych paleniem tytoniu wynieść może nawet 10 milionów. Najczęstszymi przyczynami śmierci osób palących były: choroby sercowo-naczyniowe (1 mln zgonów w krajach rozwiniętych i 0,7 mln zgonów w krajach rozwijających się), przewlekła obturacyjna choroba płuc (odpowiednio: 0,3 mln i 0,7 mln zgonów) oraz rak płuc (0,5 mln i 0,3 mln zgonów) [10].

Udowodniono, że ponad 40 związków chemicznych z ok. 4 tys. zawartych w dymie tytoniowym ma wpływ na rozwój nowotworów złośliwych. W skład toksycznych związków wchodzi między innymi: nikotyna, substancje smołowate, substancje drażniące, tlenek węgla, tlenki azotu. Substancje te mają działanie toksyczne, kancerogenne, mutagenne, teratogenne [3, 17].

Brytyjscy naukowcy na podstawie badań trwających aż 50 lat (1951–2001), prowadzonych na grupie 34 439 brytyjskich lekarzy (wyłącznie mężczyzn), wykazali znaczący wzrost śmiertelności z powodu chorób wywołanych paleniem w porównaniu z pierwszą połową XX wieku. Udowodnili także, że jest to związane z coraz wcześniejszym rozpoczynaniem palenia i coraz większą intensywnością nałogu. Oszacowano, że palenie skraca życie przeciętnie o 10 lat, chociaż jest to silnie uzależnione od długości trwania nałogu [13].

W 2008 roku w Polsce wśród dorosłych Polaków paliło 32% populacji (24% kobiet, 40% mężczyzn), przy czym w grupie osób niepalących, tj. 68% populacji, aż 22% to byli palacze. Nasz kraj mieści się w czołówce krajów o wysokiej konsumpcji papierosów, gdzie statystyczny mężczyzna wypala przeciętnie 20 papierosów, a kobieta 14 dziennie. Nikotynizm jest nałogiem rozpowszechnionym nie tylko wśród dorosłych, lecz i wśród młodzieży, a ostatnio coraz częściej występuje już u dzieci w wieku szkolnym [2, 5, 12].

Według naukowców rozpoczęcie palenia przed 18 rokiem życia wiąże się z późniejszą większą intensywnością i długotrwałością tego nałogu, a ponadto znacznie zwiększa ryzyko występowania wielu chorób [1, 9].

Rozpowszechnienie palenia wśród dzieci i młodzieży to jeden z najpoważniejszych aspektów problematyki nikotynizmu i rozwoju chorób tzw. odytoniowych. W środowiskach młodych ludzi palenie papierosów często postrzegane jest jako symbol dorosłości, sposób na podniesienie własnej wartości lub radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Z analizy piśmiennictwa wynika, że większość palących studentów pierwsze próby palenia podejmowała w gimnazjum lub szkole średniej [7, 15].

Badania prowadzone wśród studentów na licznych polskich uczelniach pokazują, że prawie wszyscy palacze (78–98%) pierwsze próby palenia tytoniu podejmowali przed uzyskaniem pełnoletniości, tj. w wieku 15–16 lat [14, 16].

Palenie tytoniu skutkuje zarówno problemami zdrowotnymi, jak i psychospołecznymi, dlatego ogromne znaczenie mają działania profilaktyczne. Okres studiów wyższych ma ogromne znaczenie w kształtowaniu postaw wśród ludzi młodych, w tym także dokonywania wyboru pomiędzy paleniem a niepaleniem, uczelnia natomiast to miejsce, które powinno na tę postawę pozytywnie wpływać.

Cel pracy

Celem badań było uzyskanie informacji na temat skali zjawiska, jakim jest palenie papierosów wśród studentów Krakowskiej Akademii, oraz postaw prezentowanych przez studentów wobec problemu nikotynizmu, a także poziomu wiedzy na temat zdrowotnych skutków palenia.

Materiał i metoda badań

Badania zostały przeprowadzone w semestrze letnim w roku akademickim 2009/2010 wśród 250 studentów Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego. Wiek badanych wahał się w przedziale 19–48 lat; średnia wieku badanych wynosiła 27,08, przy odchyleniu standardowym 6,19. Wśród ankietowanych było 146 kobiet i 104 mężczyzn studiujących na różnych kierunkach, zarówno stacjonarnych, jak i niestacjonarnych. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego (ankiety) własnej konstrukcji. Kwestionariusz ankiety składał się z 22 pytań dotyczących danych socjodemograficznych (wiek, płeć, kierunek, rok studiów), wieku pierwszych prób palenia, a także przyczyn palenia, powodów decyzji o rzuceniu palenia, świadomości szkodliwego wpływu

papierosów na zdrowie. Część pytań dotyczyła postaw studentów wobec przepisów prawnych ograniczających palenie. Analizę statystyczną wyników badań wykonano za pomocą pakietu statystycznego Statistica. W przeprowadzonych analizach za istotne statystycznie uznano wartości statystyki dla prawdopodobieństwa popełnienia błędu pierwszego rodzaju $p < 0,05$. Siły związku pomiędzy zmiennymi zostały zmierzone za pomocą współczynnika korelacji chi-kwadrat Pearsona.

Wyniki i omówienie

Jednym z istotnych elementów współczesnej ochrony zdrowia stało się zdrowie i umiejętność opieki nad nim. Wymaga to od każdego człowieka określonego zasobu wiedzy i umiejętności na temat tego, jak chronić, pielęgnować i potęgować własne zdrowie. Niski poziom wiedzy na temat zdrowia pociąga za sobą niewłaściwe zachowania zdrowotne. Spośród 250 ankietowanych studentów 31,20% to osoby palące codziennie, a 9,60% pali przynajmniej raz w tygodniu. Byli palacze, a więc respondenci, którzy skutecznie zerwali z nałogiem, stanowili jedynie 1,60% badanej populacji. Nigdy nie paliło 29,60% ankietowanych (tabela 1).

Tabela 1. Palenie papierosów wśród badanych

kategoria odpowiedzi	liczba (N)	procent (%)
pali codziennie	78	31,2
pali przynajmniej raz w tygodniu	24	9,6
pali przynajmniej raz w miesiącu	16	6,4
rzucił palenie nieskutecznie	1	0,4
rzucił palenie skutecznie	4	1,6
nigdy nie palił	74	29,6
brak odpowiedzi	53	21,2
ogółem	250	100

Najwięcej palaczy zaobserwowano wśród najmłodszych respondentów, tj. w przedziale wiekowym 19–29 lat. W tej grupie ankietowanych aż 44,27% przyznaje, że pali papierosy. Nieco rzadziej przyznają się do tego osoby w wieku 40–49 lat (31,37%) i 30–39 lat (26,67%). Palący mężczyźni częściej przyznawali, że w ich rodzinach pali się lub paliło papierosy (odpowiednio 46,43% mężczyzn i 34,78% kobiet). Zarówno mężczyźni (28,07%), jak i kobiety (25,61%) po pierwszego papierosa sięgnęli, będąc w szkole średniej (liceum lub technikum), a mężczyźni także rozpoczynając studia wyższe (22,81% mężczyzn i tylko 13,41% kobiet). Kobiety natomiast częściej niż badani mężczyźni przyznają się do inicjacji nikotynowej już w szkole podstawowej (21,95% kobiet i 17,54% mężczyzn) (tabela 2).

Częściej dotyczyło to także respondentów w starszych grupach wiekowych (40–49 lat – 35,48%; 30–39 lat – 200%; 19–29 lat – 15,31%). Ankietowane kobiety najczęściej deklarują palenie jako sposób na rozładowanie napięcia (37,66%) i sposób na dobrą zabawę (25,97%). Mężczyźni natomiast, podobnie jak kobiety, bo chcą rozładować stres (33,33%), ale także ponieważ nie mogą się bez tego obyć – 22,22% (co może świadczyć o dużym stopniu nasilenia nałogu), a w dalszej kolejności dla zabawy (19,44%) oraz „bo robią to inni” (18,06%) (tabela 3).

Tabela 2. Rozpoczęcie palenia papierosów wśród badanych

początek palenia	kobieta		mężczyzna	
	N	%	N	%
szkoła podstawowa	18	21,95	10	17,54
gimnazjum	14	17,07	8	14,04
liceum/technikum	21	25,61	16	28,07
studia	11	13,41	13	22,81
praca zawodowa	14	17,07	9	15,79
inne	4	4,88	1	1,75
ogółem	82	100	57	100

Tabela 3. Powody palenia tytoniu wśród badanych

Powody palenia	kobieta		mężczyzna	
	N	%	N	%
rozładowanie stresu	29	37,66	24	33,33
dla zabawy	20	25,97	14	19,44
bo robili to inni	10	12,99	13	18,06
nie mogę się bez tego obyć	9	11,69	16	22,22
inne	9	11,69	5	6,94
ogółem	77	100	72	100

Blisko 90% ankietowanych studentów, niezależnie od wieku, twierdzi, że są dobrze poinformowani o negatywnych skutkach palenia tytoniu (odpowiednio 85,31% w wieku 19–29 lat; 92,86% w wieku 30–39 lat i 87,72% w wieku 40–49 lat). Pomimo tej deklaracji niewielu badanych potrafiło wymienić związki karcinogenne zawarte w dymie tytoniowym; na występowanie benzopirenu w dymie wskazywało jedynie 10,2% mężczyzn i 6,2% kobiet, a na występowanie aldehydów tylko 7,6% studentów i 3,3% studentek. Pozostali studenci w ogóle nie odpowiedzieli na to pytanie, co może sugerować brak wiedzy w tym zakresie. Nie dziwi zatem fakt, że blisko 1/3 badanych kobiet (27,97%) i mężczyzn (30,77%) twierdziła, że palenie papierosów *mild* lub *light* jest mniej szkodliwe dla zdrowia, bo palacze wdychają mniej substancji smolistych niż palący zwykłe

papierosy, a co piąta ankietowana (19,58%) i co czwarty badany (25,00%) nie umieli udzielić odpowiedzi. Taką opinię wyrażali najczęściej respondenci w wieku 19–29 lat, a najrzadziej w wieku 30–39 lat (tabela 4).

Tabela 4. Szkodliwość palenia papierosów *light* i *mild* w opinii badanych (według wieku)

Wiek badanych w latach	Czy palenie papierosów <i>light</i> i <i>mild</i> mniej szkodzi?							
	tak		nie		trudno powiedzieć		ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
19–29	57	33,14	75	43,60	40	23,26	172	100
30–39	3	18,75	12	75	1	6,25	16	100
40–49	12	20,34	34	57,63	13	22,03	59	100

Tylko 39,01% respondentek i 40,59% badanych mężczyzn ma świadomość, że boczny strumień dymu papierosowego jest tak samo groźny jak strumień główny. Jak wiemy, zawiera on ponad 40 związków chemicznych mających wpływ na rozwój nowotworów złośliwych. Zależność pomiędzy występowaniem raka płuc, krtani czy gardła a paleniem papierosów nie budziła wątpliwości u zdecydowanej większości studentów. Opinię taką wyraziło 90,38% mężczyzn i 86,30% kobiet. Najczęściej wiedzę tę posiadali respondenci w wieku 30–39 lat (100% badanych) i 40–49 lat – 96,61%, a najrzadziej najmłodszy badani, w wieku 19–29 lat, 84,00% – jednocześnie w największym odsetku palący papierosy (chi-kwadrat 8,975347; $df=2$; $p=,01$). Znacznie mniej osób wskazywało natomiast na związek palenia z występowaniem chorób układu krążenia, takich jak zawał mięśnia sercowego (odpowiednio 50,00% kobiet i 37,50% mężczyzn) czy udar mózgu (21,92% kobiet i 28,85% mężczyzn) oraz choroby układu oddechowego – o zależności pomiędzy rozedmą płuc a natęgiem palenia tytoniu wiedziało 40,41% kobiet i 42,31% mężczyzn. Nieco częściej zależność taką badani dostrzegali pomiędzy paleniem a objawami nieżytowymi ze strony górnych dróg oddechowych (odpowiednio 46,58% kobiet i 53,85% mężczyzn) (tabela 5).

Tabela 5. Znajomość chorób tytoniozależnych wśród badanych*

Choroby związane z paleniem tytoniu	Kobieta				Mężczyzna			
	tak		nie		tak		nie	
	N	%	N	%	N	%	N	%
nowotwory płuc, krtani, gardła	126	86,30	20	13,70	94	90,38	10	9,62
zawał mięśnia sercowego	73	50,00	73	50,00	39	37,50	65	62,50
udar mózgu	32	21,92	114	78,08	30	28,85	74	71,15
rozedma płuc	59	40,41	87	59,59	44	42,31	60	57,69
przewlekły kaszel, chrypka	68	46,58	78	53,42	56	53,85	48	46,15

* badani mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź

W tym przypadku również poziom wiedzy jest wyższy wśród respondentów w starszych grupach wiekowych (tabela 6).

Tabela 6. Znajomość chorób tytoniozależnych wśród badanych (według wieku)*

Wiek	19–29 lat				30–39 lat				40–49 lat			
	Tak		nie		tak		nie		tak		nie	
	N%	N%	N%	N%	N%	N%	N%	N%	N%	N%	N%	
nowotwory płuc, krtani, gardła	147	84,00	28	16,00	16	100	0	0	57	96,61	2	3,39
zawał mięśnia sercowego	70	40,00	105	60,00	8	50,00	8	50,00	34	57,63	25	42,37
udar mózgu	35	20,00	140	80,00	6	37,50	10	62,50	21	35,59	38	64,41
rozedma płuc	70	40,00	105	60,00	6	37,50	10	62,50	27	45,76	32	54,24
przewlekły kaszel, chrypka	81	46,29	94	53,71	8	50,00	8	50,00	35	59,32	24	40,68

* badani mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź

Pomimo deklaracji posiadania dużej wiedzy o zagrożeniach zdrowotnych wynikających z nałogu tytoniowego tylko 1/3 ankietowanych (34,06% kobiet i 33,00% mężczyzn) uważa, że ryzyko zachorowania na choroby serca jest takie samo zarówno u osób palących, jak i niepalących, a 1/4 nie potrafiła w ogóle udzielić odpowiedzi na to pytanie. Więcej prawidłowych odpowiedzi badane osoby udzieliły na pytanie dotyczące związku pomiędzy narażeniem dzieci na bierne wdychanie dymu tytoniowego a występowaniem u nich chorób układu oddechowego (odpowiednio 73,24% kobiet i 69,23% mężczyzn). Najmniej prawidłowych odpowiedzi było w najmłodszej grupie wiekowej (odpowiednio 69,01% w wieku 19–29 lat; 87,50% w wieku 30–39 lat i 74,58% w grupie 40–49 lat; chi-kwadrat 9,943346; df=4; p=,041). Reklama wyrobów tytoniowych może działać jako źródło aprobaty społecznej i w ten sposób wpływać na normy zachowań. Reklama tytoniu wzmacnia niezdrowe zachowania i obniża świadomość ryzyka zdrowotnego związanego z paleniem [4]. Studentom zadano pytanie: czy zakaz reklamy w mediach (obowiązujący od 1 stycznia 2002 roku) będzie miał wpływ na zmianę zachowań Polaków w zakresie używania wyrobów tytoniowych? Respondenci najczęściej odpowiadali, że nie będzie to miało żadnego wpływu na sytuację w Polsce (30,14% kobiet i 32,69% mężczyzn). Jedynie rzadziej niż co czwarty badany twierdził, że dzięki temu więcej osób rzuci palenie (23,97% kobiet i 23,08% mężczyzn), a prawie co piąty, że zmniejszy się liczba osób rozpoczynających palenie (19,23% mężczyzn i 16,44% kobiet). W dalszej kolejności badani wyrazili opinię, że spadnie sprzedaż wyrobów tytoniowych (8,90% kobiet i 14,42% mężczyzn), poprawi się stan zdrowia Polaków (10,96% kobiet, 8,65% mężczyzn) oraz obniży się wiek inicjacji nikotynowej (4,11% ko-

biet i 6,73% mężczyzn). Nie zaobserwowano istotnych różnic w wypowiedziach badanych ze względu na ich wiek (tabela 7).

Tabela 7. Wpływ zakazu reklamy wyrobów tytoniowych na sytuację w Polsce w opinii badanych (według wieku)*

Wiek	19–29 lat				30–39 lat				40–49 lat			
	tak		nie		tak		nie		tak		nie	
	N%	N%	N%	N%	N%	N%	N%	N%	N%	N%	N%	
więcej osób rzuci palenie	42	24,00	133	76,00	3	18,75	13	81,25	14	23,73	45	76,27
mniej osób zacznie palić	31	17,71	144	82,29	3	18,75	13	81,25	10	16,95	49	83,05
wzrośnie wiek inicjacji nikotynowej	7	4,00	168	96,00	1	6,25	15	93,75	5	8,47	54	91,53
spadnie sprzedaż papierosów	18	10,29	157	89,71	1	6,25	15	93,75	9	15,25	50	84,75
poprawi się zdrowie Polaków	16	9,14	159	90,86	0	0	16	100	9	15,25	50	84,75
bez wpływu na sytuację w Polsce	57	32,57	118	67,43	6	37,50	10	62,50	15	25,42	44	74,58

* badani mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź

Ograniczenie zachowań negatywnych dla zdrowia polega na utrudnianiu dostępu do produktu lub samego zachowania [4]. O tym, że w Polsce obowiązuje zakaz palenia tytoniu w miejscach użyteczności publicznej, wiedział tylko co drugi ankietowany (54,61% kobiet i 47,96% mężczyzn), nieco częściej osoba w wieku 30–39 lat (56,25%) (tabela 8).

Tabela 8. Obowiązywanie zakazu palenia w miejscach użyteczności publicznej w opinii badanych (według wieku)

Wiek badanych w latach	Zakaz palenia w miejscach użyteczności publicznej							
	tak		nie		Trudno powiedzieć		ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
19–29	86	51,81	43	25,90	37	22,29	166	100
30–39	9	56,25	5	31,25	2	12,50	16	100
40–49	29	50,88	17	29,82	11	19,30	57	100

Co trzeci pytany student (32,65%) i co czwarta studentka (23,40%) twierdzili, że taki zakaz w naszym kraju nie obowiązuje (tab. 9).

Tabela 9. Zakaz palenia w miejscach użyteczności publicznej w opinii badanych (według płci)

Opinia badanych	Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%
tak	77	54,61	47	47,96
nie	33	23,40	32	32,65
nie wiem	31	21,99	19	19,39
ogółem	141	100	101	100

Jednocześnie prawie co drugi respondent (43,75% kobiet i 48,65% mężczyzn) chciałby, żeby na terenie uczelni, gdzie prowadzone były badania, obowiązywał całkowity zakaz palenia we wszystkich miejscach (również przy wejściu do poszczególnych budynków), a palenie było możliwe tylko w wyznaczonych miejscach/palarniach. Taką opinię wyraziło 37,50% kobiet i znacznie mniej, bo tylko 27,03% mężczyzn. Mężczyźni częściej twierdzili, że jest im obojętne, czy na uczelni można palić czy też nie (21,62% mężczyzn i 16,96% kobiet). Ankieterowani w wieku 19–29 lat (50,81%) częściej, w porównaniu z pozostałymi badanymi, chcieliby zakazu palenia w poszczególnych budynkach uczelni (tabela 10).

Tabela 10. Możliwość palenia papierosów na terenie uczelni w opinii badanych (według wieku)

Wiek	19–29 lat		30–39 lat		40–49 lat	
	N	%	N	%	N	%
opinia badanych						
mogą palić wszędzie	63	50,81	5	38,46	17	34,69
tylko w wyznaczonych miejscach	35	28,23	5	38,46	22	44,90
jest mi to obojętne	23	18,55	3	23,08	9	18,37
inna odpowiedź	3	2,42	0	0	1	2,04
ogółem	124	100	13	100	49	100

Badania ankietowe prowadzone były w momencie, gdy trwała dyskusja nad kształtem ustawy o zakazie palenia w miejscach publicznych w Polsce. Studentów Krakowskiej Akademii zapytano o opinię na ten temat. Za całkowitym zakazem palenia w miejscach publicznych jest co druga spośród badanych pań (50,00%) oraz 40,00% panów, ponieważ chroni to osoby niepalące. Co piąty badany (19,29% kobiet i 19,39% mężczyzn) chce zakazu palenia, ale pod warunkiem, że będą wyznaczone miejsca dla osób palących, natomiast 15,00% kobiet i prawie dwukrotnie więcej mężczyzn (27,55%) uważa, że zapis w ustawie o całkowitym zakazie palenia byłby zbyt restrykcyjny. Za restrykcyjnym kształtem ustawy antynikotynowej były najczęściej osoby w wieku 30–39 lat (53,33%), a za zakazem palenia, ale z wyznaczeniem miejsc dla niepalących, byli ankie-

towani w najmłodszej grupie wiekowej (22,02%), najczęściej palący papierosy (tab. 11).

Tabela 11. Opinia badanych na temat wprowadzenia zakazu palenia w miejscach publicznych, wynikającego z projektu nowej ustawy antynikotynowej (według wieku)

Wiek	19–29 lat		30–39 lat		40–49 lat	
	N	%	N	%	N	%
opinia badanych						
całkowity zakaz palenia	76	45,24	8	53,33	26	47,27
zbyt restrykcyjna	34	20,24	3	20,00	11	20,00
tak, ale z wyznaczonymi miejscami dla palących	37	22,02	2	13,33	7	12,73
Nie, bo to ogranicza wolność palących	18	10,71	2	13,33	9	16,36
inne	3	1,79	0	0	2	3,64
ogółem	168	100	15	100	55	100

Omówienie wyników

Palenie tytoniu to poważny wieloaspektowy problem społeczny. Każdego roku około 100 tys. osób umiera z powodu chorób, których istotnym czynnikiem chorobotwórczym było palenie tytoniu. Dotyczy to w większości osób w wieku produkcyjnym, tj. 35–69 lat [6].

Uzyskane wyniki wskazują, że 31,2% badanych studentów przyznaje się do codziennego palenia papierosów, a 9,6% pali przynajmniej raz w tygodniu. Bardzo niepokojące jest to, że większość przyznających się do palenia studentów to osoby bardzo młode, znajdujące się w przedziale wiekowym pomiędzy 19 a 29 rokiem życia. Wczesne rozpoczynanie palenia wiąże się niestety z późniejszą większą intensywnością i długotrwałością palenia, co znacznie zwiększa ryzyko występowania wielu niebezpiecznych chorób, w tym chorób nowotworowych [1, 9].

Wyniki badań z ostatnich lat publikowane w piśmiennictwie polskim pokazują, że młodzież akademicka, niezależnie od kierunku studiów, chętnie sięga po papierosy. Studia to nie tylko intensywna nauka, ale także czas nawiązywania nowych znajomości, czas różnego rodzaju imprez towarzyskich, kulturalnych. Sytuacje tego typu sprzyjają niestety podejmowaniu różnego rodzaju niepożądanych zachowań zdrowotnych, w tym palenia tytoniu [8, 18].

Czas studiowania to zwykle jeden z ostatnich etapów kształcenia, często realizowany poza miejscem stałego zamieszkania, to czas, w którym więzy rodzinne ulegają znacznemu osłabieniu, natomiast dużego znaczenia nabiera grupa rówieśnicza. Konieczność przyswajania dużego zasobu wiedzy, stała gotowość intelektualna, liczne zaliczenia i trudne egzaminy, to wszystko wiąże się z olbrzy-

mim stresem. Zasadniczym motywem palenia papierosów wśród badanych studentów była chęć rozładowania stresu oraz dobra zabawa w gronie przyjaciół, co jest zgodne z wynikami badań wśród studentów innych polskich uczelni [11, 16].

Analizując uzyskane w badaniach wyniki, niepokoić może fakt, że pomimo posiadanej przez studentów wiedzy o przyczynowym związku palenia tytoniu z trzema głównymi grupami schorzeń będących w czołówce przyczyn umieralności (nowotwory złośliwe, przewlekłe zapalenia układu oddechowego, choroby układu sercowo-naczyniowego) nikotynizm wśród młodzieży akademickiej jest powszechny.

Wnioski

1. Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród studentów Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego jest duże i wynosi 31,2% palących codziennie, 9,6% przynajmniej raz w tygodniu; zaledwie 29,6% badanych nigdy nie paliło papierosów.
2. Najwięcej palących studentów to osoby bardzo młode, w przedziale wiekowym między 19 a 29 rokiem życia. Najczęściej do inicjacji palenia tytoniu dochodzi w okresie nauki w szkole średniej.
3. Pomimo stosunkowo dużej wiedzy badanych dotyczącej zagrożeń zdrowotnych wynikających z palenia tytoniu (głównie w odniesieniu do chorób nowotworowych) świadomość zachorowania, szczególnie w najmłodszej grupie studentów, jest stosunkowo niska.
4. Zakaz palenia tytoniu w miejscach publicznych może, w opinii większości badanych, zmniejszyć liczbę palaczy oraz obniżyć wiek inicjacji nikotynowej, co w konsekwencji może polepszyć sytuację zdrowotną Polaków. Im starsi respondenci, tym częściej chcieliby wprowadzenia takiego zakazu we wszystkich miejscach publicznych.
5. Wydaje się, że rzetelna edukacja antynikotynowa oraz skuteczna profilaktyka palenia tytoniu są konieczne w środowisku badanych studentów.

Bibliografia

- [1] Bartkowiak Z., *Szkodliwość biernego palenia tytoniu*, „Otolaryngologia Polska” 1995, nr 49, s. 270.
- [2] *Raport CBOS: Postawy Polaków wobec palenia papierosów*, red. M. Felisiak, 2008.
- [3] Florek E., Piekoszewski W., *Chemia dymu tytoniowego*, [w:] Florek E, *Zdrowotne skutki narażenia kobiet na dym tytoniowy w środowisku*, Wydawnictwo AM, Poznań 2000.

- [4] Jacennik B., *Strategie dla zdrowia. Kształtowanie zachowań zdrowotnych poprzez środowisko*, Vizja Press & IT, Warszawa 2008, s. 91.
- [5] Jethon Z., Grzybowski A., *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa*, PZWL, Warszawa 2000.
- [6] Karczewski J., *Higiena. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*, Czelej, Lublin 2002.
- [7] Kawalec E. et al., *Rozpowszechnienie zjawiska palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży w Polsce – przegląd aktualnych badań*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2007, nr 2, s. 113.
- [8] Kleszczewska E., *Badanie rozpowszechnienia palenia tytoniu wśród studentów Wyższej Szkoły Kosmetologii i Ochrony Zdrowia w Białymstoku*, „Przegląd Lekarski” 2007, nr 64, s. 781.
- [9] Krawczyński M., *Propedeutyka pediatrii*, PZWL, Warszawa 2002.
- [10] Ezzati M., Lopez A.D., *Regional, Disease Specific Patterns of Smoking-attributable Mortality in 2000*, „Tobacco Control” 2004, vol. 13, s. 388–395.
- [11] Motyka A., Leszkiewicz M., Majchrzak A., Majewski M., Adamek R., *Konsumpcja substancji psychoaktywnych – świadomość zdrowotnych konsekwencji wśród studentów poznańskich uczelni*, „Przegląd Lekarski” 2007, nr 10 (3–4), s. 57.
- [12] Pirogowicz I., Pomorski M., Jerzowiecka M., Steciwko A., *Palenie tytoniu wśród młodzieży gimnazjalnej*, „Przegląd Lekarski” 2004, nr 61 (10), s. 1161–1163.
- [13] Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I., *Mortality in Relation to Smoking: 50 Years’ Observations on Male British Doctors*, „BMJ” 2004, vol. 328, s. 1519.
- [14] Siemińska A. et al., *Postawy wobec palenia tytoniu wśród studentów pierwszego roku medycyny*, „Pneumonologia i Alergologia Polska” 2006, t. 74, nr 4, s. 377–382.
- [15] Woynarowska B., Mazur J., Szamańska M., *Zachowania zdrowotne młodzieży – raport WHO*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 2000, nr 4, s. 130.
- [16] Wojtal M., Kurpas D., Sochacka J., Seń M., Steciwko A., *Analiza problemu palenia tytoniu wśród studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu*, „Przegląd Lekarski” 2007, nr 64 (10), s. 804–807.
- [17] Zatoński W., Przewoźniak K., *Palenie tytoniu w Polsce: podstawy, następstwa zdrowotne i profilaktyka*, Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 1999.
- [18] Zysnarska M., Biskupska M., Połocka-Molińska M., *Studenci pielęgniarstwa a nikotynizm*, „Przegląd Lekarski” 2006, nr 63, s. 1048.

Jadwiga Staniszevska¹, Iwona Klisowska¹, Marzena Krysa¹,
Mariola Seń¹, Grażyna Szymańska-Pomorska¹

Zagrozenie nikotynizmem i stan wiedzy na temat zdrowotnych następstw palenia tytoniu uczniów klas gimnazjalnych na Dolnym Śląsku

Abstract

The Risk of Nicotinism and Knowledge of Health Effects of Smoking Tobacco in Secondary School Pupils in the Region of Lower Silesia

Smoking tobacco has become one of the most common anti-health human behaviour, involving not only adults, but also younger and younger generations. The aim of the study was to estimate the frequency of smoking among school children of the Lower Silesia region, to find factors facilitating their anti-health behaviours, and to get to know their attitudes towards nicotinism. Five hundred and thirty three teenagers, six-form pupils of the primary schools as well as secondary school pupils participated in the study carried out in 2009/2010. Authors' own anonymous questionnaire was used to ask pupils questions about their knowledge of harmfulness of smoking, smoking-related diseases, and their opinion on nicotinism.

Key words: smoking tobacco, nicotinism, teenagers

Słowa kluczowe: palenie tytoniu, nikotynizm, młodzież, uzależnienie

¹ Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Katedra Zdrowia Publicznego, Zakład Promocji Zdrowia.

Wstęp

Palenie tytoniu zostało uznane przez Światową Organizację Zdrowia za czynnik najpoważniejszego ryzyka zdrowotnego oraz za główną przyczynę przedwczesnej umieralności. W Polsce palenie tytoniu jest nadal aktualnym i poważnym problemem zdrowotnym, niezależnie od płci i wieku palaczy. Niedawny Raport Ministerstwa Zdrowia z 1 marca 2010 roku przedstawia wyniki badań przeprowadzonych w lipcu 2009 roku, z których wynika, że 29% dorosłych Polaków pali codziennie, a 2% sięga po papierosy okazjonalnie. Łączna liczba osób palących w Polsce szacowana jest na 9 mln, co stanowi około 31% populacji i stawia Polskę w rzędzie państw powyżej średniej europejskiej.

Badania wskazują, iż w skali całego społeczeństwa maleje ostatnio liczba palaczy, zarówno w Polsce, jak i na świecie, oraz zmniejsza się przeciętna liczba wypalanych codziennie papierosów [1]. Długotrwałe trendy wskazują na uniwersalizację wzorów palenia papierosów oraz powolne zacieranie się różnic między płciami i mieszkańcami miast i wsi [2]. Dynamika spożycia tytoniu w Polsce wskazuje, że zmienia się struktura grupy palaczy, a mianowicie zwiększa się odsetek osób nigdy niepalących, zmniejsza się częstość palenia wśród mężczyzn, ale wzrasta częstość palenia wśród kobiet [3]. Podobne tendencje notuje się w odniesieniu do palącej młodzieży polskiej [4, 5].

Palenie tytoniu wśród młodzieży wciąż jednak pozostaje problemem zdrowotnym, wobec którego nie można przejść obojętnie. Wymaga on stałych badań i monitorowania istniejących trendów. Identyfikacja czynników sprzyjających rozpoczęciu i kontynuowaniu palenia w tej grupie wiekowej powinna przyczynić się do wprowadzania profesjonalnie przygotowanych i długotrwałe realizowanych szkolnych programów profilaktyki palenia tytoniu.

Badania przeprowadzone wśród młodzieży szkolnej wskazują na obniżenie wieku inicjacji palaczy. Wynika z nich, że po papierosy sięga 18% chłopców i 8% dziewcząt w wieku 11–15 lat [6].

Celem pracy jest ocena stopnia rozpowszechnienia palenia tytoniu wśród młodzieży szkolnej oraz poznanie postaw uczniów wobec nałogu palenia tytoniu.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone na przełomie maja i czerwca 2010 roku przy współudziale Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej we Wrocławiu. Wzięło w nich udział 533 uczniów dolnośląskich szkół gimnazjalnych (klasy I–II) i klas VI szkół podstawowych. Dane uzyskano za pomocą autorskiej, anonimowej ankiety, opracowanej specjalnie na potrzeby tego badania, która zawierała pytania dotyczące stanu wiedzy młodzieży na temat szkodliwości palenia i cho-

rów odtytoniowych oraz opinii na temat nikotynizmu. Zebrany materiał poddano analizie jakościowej i ilościowej.

Wyniki

W badanej grupie 50 osób (9,4%) to były dzieci z klas szóstych szkół podstawowych, 158 osób (29,6%) to uczniowie klas pierwszych gimnazjalnych, a 315 (59,0%) było uczniami klas drugich gimnazjum. Ankietę wypełniły dziewczęta (282 osoby, tj. 54,4%) i chłopcy (236 osób, tj. 45,6%) w wieku 12–17 lat (średnia: 14 lat).

Badani uczniowie ocenili swoje wyniki w nauce jako bardzo dobre (22,7%), dobre (44,2%) oraz dostateczne (23,8%); nikt z badanych nie uznał swoich wyników w nauce za niedostateczne.

Większość (311 osób, tj. 60,5%) stanowili mieszkańcy dużych miast (powyżej 500 tys. mieszkańców), 19 respondentów (3,7%) pochodziło z miast powyżej 100 tys. mieszkańców, 50 osób (9,7%) z mniejszych miejscowości (miasta do 100 tys. mieszkańców), a na wsi zamieszkiwały 134 osoby (26,1%).

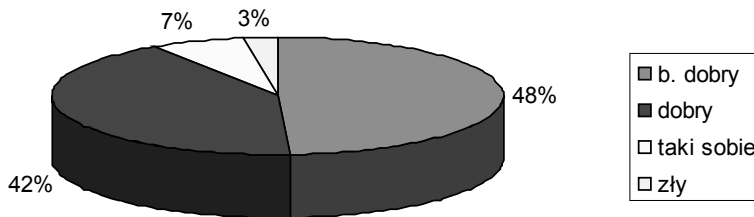
Interesowało nas, jak młodzież ocenia stan swojego zdrowia. Samoocena wiąże się z wykorzystaniem wskaźników subiektywnych, co pozwala na opisanie zdrowia i samopoczucia z perspektywy samej młodzieży. Badana młodzież oceniła stan swojego zdrowia jako bardzo dobry (49,1%) i dobry (41,7%), jedynie 2,5% z nich jako zły (rycina 1). Wyniki uzyskane w naszych badaniach są zgodne z wynikami uzyskanymi przez Woynarowską [7].

Uważa się, że palenie tytoniu jest największym pojedynczym czynnikiem zagrożenia zdrowia – wskazują na to między innymi statystyki zgonów na raka płuc i analiza zachorowań na zawał mięśnia sercowego. Wydaje się, że badana przez nas młodzież jest tego świadoma, gdyż zdecydowana większość, bo aż 85,3%, uważa, że palenie zagraża ich zdrowiu. Tylko 7,7% jest przeciwnego zdania, a 7,0% nie potrafi określić wpływu palenia na stan własnego zdrowia. Równie liczna grupa, stanowiąca 80,8% badanych, uważa, że samo przebywanie wśród osób palących papierosy jest szkodliwe dla zdrowia.

Wdychanie dymu tytoniowego, czyli bierne palenie, jest równie niebezpieczne jak samo palenie. Boczny strumień dymu tytoniowego zawiera 35 razy więcej dwutlenku węgla i cztery razy więcej nikotyny niż dym wdychany przez aktywnych palaczy. Odnotowuje się wiele przypadków zachorowań na choroby odtytoniowe wśród osób, które nigdy nie paliły tytoniu. Badana przez nas młodzież jest tego świadoma, gdyż 80,9% uznało bierne palenie jako szkodliwe dla organizmu człowieka. Jednocześnie pozostaje jeszcze spora grupa, bo aż 11,4% ankietowanych, która sądzi, że bierne palenie nie jest szkodliwe, a 7,7% nie miało zdania na ten temat.

Boczny strumień dymu tytoniowego zawiera także wiele substancji alergizujących, powodujących łzawienie oczu, podrażnienie błony śluzowej nosa, kaszel,

nawracające zakażenia układu oddechowego, a także uczulenia i w konsekwencji astmę. Zapewne dlatego dym tytoniowy przeszkadzał więcej niż połowie badanych (52,6%), a przede wszystkim zapach, jaki wnosi ze sobą palacz (60,0%).

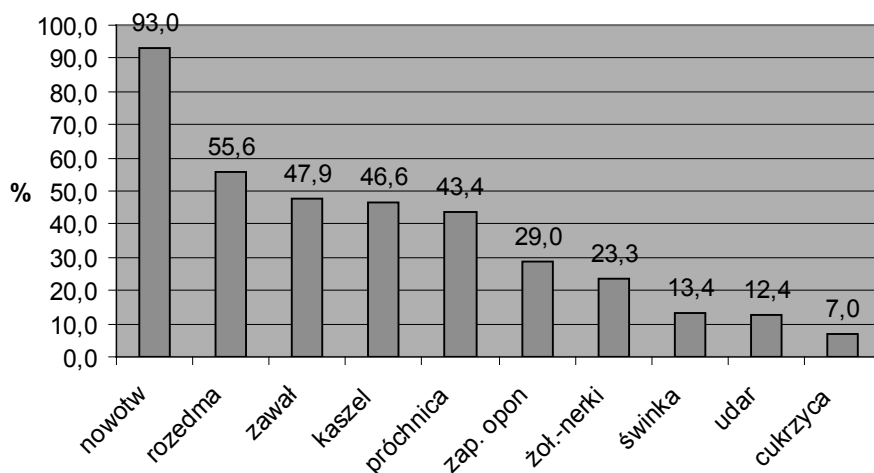


Rycina 1. Samoocena stanu zdrowia młodzieży

Skutki zdrowotne palenia papierosów określają zależność między paleniem papierosów z występowaniem określonych schorzeń. Negatywny wpływ dymu tytoniowego związany jest z substancjami smolistymi, które powstają w procesie spalania tytoniu, powodując nowotwory. Najgroźniejsze z nich to rak płuc, jelita grubego czy nowotwory nerek. Substancje smoliste niszczą rzeszki na powierzchni komórek oskrzeli, uniemożliwiając samooczyszczanie się dróg oddechowych, i tym samym powodują zaburzenia w układzie oddechowym. Uszkodzone pęcherzyki płucne powodują gorszą wymianę gazową, co skutkuje niedotlenieniem organizmu. Prowadzi to do większej podatności na choroby układu oddechowego, takie jak: astma, chroniczne zapalenie oskrzeli, krtani czy tchawicy. Należy wspomnieć, że nikotyna znajdująca się w liściach tytoniu powoduje odkładanie się blaszki miażdżycowej w naczyniach krwionośnych, w tym w naczyniach wieńcowych serca, co prowadzi do chorób układu krążenia.

Interesowało nas, czy młodzież posiada wiedzę na temat chorób odtytoniowych. Badani na pierwszym miejscu wymieniali nowotwory płuc (93,1%), następnie rozedmę płuc (55,6%), zawał mięśnia sercowego (47,9%), przewlekły kaszel, chrypkę oraz katar jako choroby wywołane paleniem papierosów (rycina 2). Jednocześnie uczniowie uważają (76,6%), że są dobrze poinformowani o negatywnych skutkach palenia tytoniu.

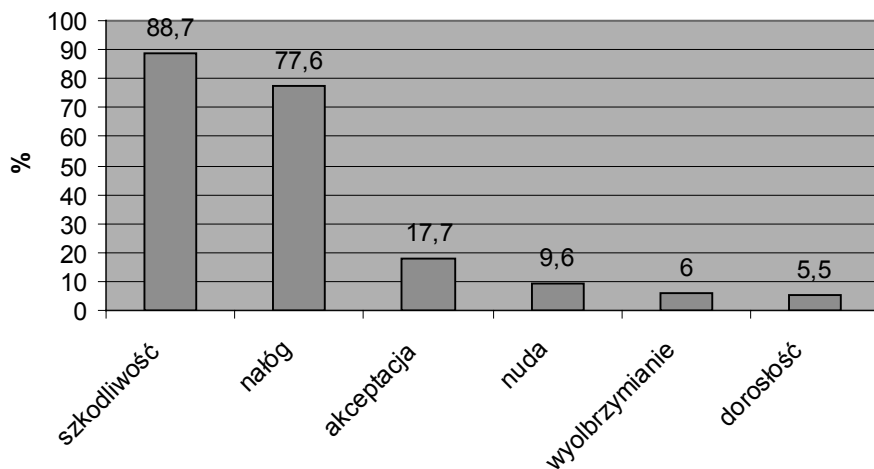
W dymie tytoniowym znajduje się ponad 4 tys. różnych substancji, wiele z nich posiada działanie toksyczne o charakterze mutagennym (uszkodzającym DNA), teratogennym (uszkodzającym płód) czy kancerogennym (powodującym rozwój nowotworów). Substancje te znajdują się w dwóch frakcjach dymu: gazowej oraz cząsteczkowej, zawieszonej w wodzie, tworzącej tzw. ciała smołowate. Niektóre z nich działają jedynie miejscowo w jamie ustnej i drogach oddechowych, podczas gdy inne po wchłonięciu do układu krążenia wywierają działanie na większość tkanek i organów człowieka. Do szkodliwych składników dymu tytoniowego należą między innymi: nikotyna, tlenek węgla, cyjanowodór, fenole czy substancje smołowate.



Rycina 2. Znajomość chorób odtytoniowych wśród młodzieży

Badani uczniowie uznali nikotynę, dwutlenek węgla i smołę za główne substancje szkodliwe zawarte w dymie tytoniowym, ale jednocześnie blisko 59% respondentów nie potrafiło wymienić żadnej szkodliwej substancji.

W opinii młodzieży palenie tytoniu nie dowodzi dorosłości (5,5%), jednak umożliwia uzyskanie akceptacji w grupie rówieśniczej (17,7%), jest też sposobem na nudę (9,6%). Ankietowani zgodnie uznali, że palenie jest szkodliwe dla zdrowia (82%) i jest nałogiem, który należałoby ograniczyć (77,6%). Jednak 6% badanych uważało, że szkodliwość palenia jest wyolbrzymiana (rycina 3).



Rycina 3. Poglądy młodzieży na to, czym jest palenie tytoniu

Do palenia papierosów przyznało się 13,4% badanej grupy młodzieży (71 osób), natomiast niepalenie tytoniu deklarowało 86,6% respondentów. Wśród palaczy prawie co trzeci (32,4%) twierdził, że pali codziennie. Palący regularnie stanowili 4,3% całej badanej populacji. Podawane przez nich liczby wypalanych papierosów były różne, od jednego do czterdziestu (mediana 9) sztuk dziennie. Wśród palących uczniów byli tacy, którzy palili okazjonalnie, czyli kilka razy w tygodniu (7% palących) lub przy specjalnej okazji (np. na dyskotecce, spotkaniu towarzyskim – 21,1%), oraz sporadycznie (np. na wakacjach – 5,6%).

Paląca młodzież podaje wiele przyczyn, dla których pali papierosy. Ankietowani palacze przyznawali, że do palenia skłoniła ich ciekawość i namowa kolegów. Robili to również z nudów, dla zabawy, a także dlatego, że nałóg jest silniejszy od nich. Stres natomiast jest zarówno powodem, dla którego zaczęli w ogóle palić papierosy, jak i sposobem na rozładowanie negatywnych napięć.

Wpływ na rozpowszechnienie się niktynizmu wśród dzieci i młodzieży może mieć niekonsekwentne wprowadzanie ograniczeń palenia tytoniu, a także łatwość dostępu do używek. W grupie palaczy 10,5% podało, że ilekroć sami kupowali papierosy, żądano od nich okazania dokumentu potwierdzającego pełnoletniość. W przypadku co czwartego palacza (24,5%) żądania takie ze strony sprzedającego były częste, natomiast aż 64,9% kupujących papierosy nie spotkało się z podobnymi sytuacjami.

Palący rówieśnicy mają duży wpływ na kontynuację nałogu. Młodzież wykazuje dużą tolerancję w stosunku do kolegów palących papierosy. Aż dwie trzecie (65,8%) przyznaje, że fakt palenia przez kolegów jest im obojętny. Przeciwników palenia (17,8%) oraz osób, którym palacze imponują, jest tyle samo (17,8%).

Na pytanie, czy uczniowie uważają, że będą palić papierosy w przyszłości, 8,6% gimnazjalistów odpowiedziało twierdząco. Większość (59%) nie ma zamiaru palić w przyszłości, ale blisko 1/3 (32,4%) nie wie jeszcze, czy będzie kiedykolwiek palić czy też nie.

W ankiecie pytano o to, jakie działania należałoby podjąć, aby zapobiec paleniu tytoniu przez młodzież. Wśród możliwości wymieniano stosowanie ostrych zakazów, dawanie dobrego przykładu, podniesienie ceny papierosów, wprowadzenie lekcji i programów edukacyjnych wskazujących na negatywne skutki palenia, ośmieszanie palaczy papierosów, organizowanie spotkań z nauczycielami lub psychologami w szkole, zachęcanie rodziców do rozmowy z dziećmi, potrzebę programów radiowych i telewizyjnych poruszających temat szkodliwości palenia, wreszcie organizowanie spotkań z osobami, którym udało się wyzwolić z nałogu. W tym pytaniu można było zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. Tutaj głosy ankietowanych rozłożyły się mniej więcej po równo dla wszystkich zaproponowanych działań. Dawanie dobrego przykładu wysunęło się na pierwsze miejsce zaledwie różnicą kilku punktów procentowych.

Dyskusja

Palenie tytoniu, obok picia alkoholu i używania narkotyków, należy do bardzo niepokojących zachowań antyzdrowotnych młodzieży. Jak wynika z dostępnych danych, większość ludzi zaczyna palić jeszcze przed ukończeniem 18 lat [8]. Wiadomo powszechnie, że im wcześniej dana osoba rozpocznie palenie, tym dłużej pozostaje potem nałogowym palaczem [8].

Z ogólnopolskich sondaży przeprowadzanych m.in. na zlecenie Światowej Organizacji Zdrowia w ramach międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi dzieci i młodzieży szkolnej (przykładem jest tu badanie HBSC – Health Behaviour in School-aged Children, realizowane w krajach europejskich co cztery lata) wynika, że mimo szeroko prowadzonej profilaktyki i kampanii zdrowotnych problem palenia tytoniu wśród młodzieży nadal jest aktualny. Po papierosy sięgają uczniowie szkół podstawowych, gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych. Szeroko zakrojone badania nad rozpowszechnieniem nikotynizmu wśród gimnazjalistów województwa wielkopolskiego w 2007 roku pokazały, iż w szkołach gimnazjalnych inicjacja nikotynowa ma zwykle miejsce w wieku 14 lat. Największy odsetek ankietowanych (56,4%) zaczął palić w wieku gimnazjalnym, tj. w wieku 13–15 lat [9].

Badania DiFranzy u dzieci ze stanu Massachusetts (USA) udowodniły, że uzależnienie u nastolatków rozpoczyna się dużo szybciej, niż dotychczas sądzono [10]. Objawy uzależnienia pojawiają się często w ciągu pierwszych tygodni palenia i to również wtedy, kiedy nastolatek wypala jedynie dwa papierosy tygodniowo. Inne badania wykazały, że co czwarty nastolatek ma objawy uzależnienia po wypaleniu od jednego do czterech papierosów w życiu. DiFranza nie tłumaczy tego tolerancją na nikotynę, ponieważ nie może ona rozwinąć się tak szybko. Według niego nie jest to również uzależnienie od przyjemności palenia, ponieważ obserwacje wskazują na zmniejszanie się przyjemności z palenia wraz z czasem. DiFranza uznał, że papierosy tak szybko uzależniają, gdyż pobudzają układ hamujący pożądanie nagrody. U niepalących oba układy, generujący pożądanie i hamujący pożądanie w mózgu, znajdują się w równowadze.

Szacuje się, że codziennie w Polsce zaczyna palić około 500 nieletnich chłopców i dziewcząt, co w skali roku daje liczbę 180 tysięcy młodocianych niemających jeszcze 18 lat życia [8]. Liczba papierosów wypalanych przez dzieci w ciągu roku sięga 4 mld sztuk.

Badanie HBSC wykazało, że w Polsce w 2006 roku 31,8% młodzieży z Górnego Śląska próbowało już palenia. W tej grupie było 37,3% chłopców i 26,8% dziewcząt [11]. Do codziennego palenia przyznało się 4,7% nastolatków, z kolei 1,4% przyznało, że pali co najmniej raz w tygodniu, a 3,1% rzadziej niż raz w tygodniu. Wyniki naszych badań (przeprowadzonych na Dolnym Śląsku cztery lata później) różnią się wprawdzie pod względem odsetka osób mających doświadczenie z paleniem, który jest mniejszy (13,4%), ale młodzieży deklarującej codzienne palenie jest prawie tyle samo (4,3%).

Wcześniejsze badanie, przeprowadzone w 2005 roku przez Stowarzyszenie Wspólnota Europejska – Nasza Wspólna Sprawa oraz Instytut Socjologii Uniwersytetu Wrocławskiego na zlecenie Urzędu Miasta Wrocławia, obejmujące uczniów klas III gimnazjalnych na Dolnym Śląsku, wykazało, że w tej grupie wiekowej 16 lat inicjację nikotynową przeszło 59,3% gimnazjalistów [2]. Aż 16,9% ogółu uczniów deklarowało nałogowe palenie papierosów oraz palenie tytoniu, jeśli tylko mają do niego dostęp. Z badań wynika także, że ankietowani nie mieli trudności z kupnem papierosów – tak twierdził co czwarty gimnazjalista (25,9%). Natomiast z odmową ze strony sprzedającego spotkał się tylko co 20. uczeń. Wyniki tego badania mogą wskazywać, że wraz z wiekiem wzrasta częstość palenia w populacji młodzieży. W naszych badaniach w grupie wiekowej 14 lat odsetek osób, które zgłaszały, iż kiedykolwiek paliły papierosy, był jednak 4,4 razy mniejszy.

Kolejnym istotnym badaniem jest pomiar przeprowadzony w 2007 roku w ramach Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach na temat Używania Alkoholu i Innych Narkotyków (ESPAD). Program ESPAD realizowany jest od 1995 roku co 4 lata, podobnie jak badanie HBSC. Jego ostatnia edycja w 2007 roku objęła 100 tys. uczniów w wieku 15–16 lat z 35 krajów europejskich [4,5]. Od pierwszego badania w 1995 roku nastąpiło niewielkie zmniejszenie się rozpowszechnienia palenia papierosów wśród młodzieży europejskiej (o 4 punkty procentowe). Jednak średnio 58% ankietowanych przyznało, że przynajmniej raz próbowało palenia tytoniu, a 29% paliło w ciągu ostatniego miesiąca, przy czym 2% wypalało co najmniej jedną paczkę papierosów dziennie [4]. Widoczne jest stopniowe zacieranie się różnic w rozpowszechnieniu palenia między dziewczętami a chłopcami (w 1999 roku różnica wynosiła aż 11 punktów procentowych, w 2007 roku już tylko 2% na „korzyść” chłopców). W państwach, w których pali większa liczba młodzieży (a należą do nich kraje Europy Środkowej i Wschodniej), papierosy, w opinii uczniów, są łatwo dostępne. Według danych z badania ESPAD 2007 Polska znalazła się poniżej średniej europejskiej [5]. Do palenia papierosów w ciągu ostatniego miesiąca przyznało się 21% polskiej młodzieży, podczas gdy średni odsetek dla Europy, jak wspomniano wyżej, wyniósł 29%. Można obserwować również stopniowy spadek wartości tego wskaźnika dla młodzieży polskiej w ciągu ostatnich kilkunastu lat, od 33% w 1999 roku, przez 31% w 2003, do 21% w 2008 [5].

Innymi długofalowymi badaniami młodzieży w Polsce realizowanymi od 1990 roku przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) są badania uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Ostatnia edycja pod nazwą *Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną – Młodzież 2008* została przeprowadzona na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 [12]. W latach 1992–2003 badania te wskazywały na stopniowy wzrost odsetka uczniów regularnie palących papierosy (od 23% do 31%), ale wyniki ostatniego sondażu z 2008 roku świadczą o zmianie tej tendencji wzrostowej. Obecnie regularne palenie dekla-

ruje tylko 22% respondentów i jest to najmniejszy odsetek ze wszystkich do tej pory odnotowanych [12]. Niepalenie deklarowało 64% dziewcząt wobec 59% niepalących chłopców; młodzież ta uczęszczała głównie do liceów ogólnokształcących i w większości stanowiła grupę otrzymującą najlepsze oceny w nauce. Regularne palenie papierosów wiązało się natomiast z gorszą sytuacją materialną rodzin, podstawowym wykształceniem rodziców i, co ciekawe, również faktem przebywania obojga rodziców za granicą, sezonowo lub na stałe (w grupie regularnie palącej papierosy aż 41,0% stanowiły dzieci z takich rodzin, podczas gdy tylko 20% regularnych palaczy było dziećmi, których rodzice pracowali w ciągu całego ostatniego roku w Polsce).

Obserwowane w ostatnich latach zjawisko zmniejszania się w Polsce odsetka młodzieży palącej papierosy można tłumaczyć na wiele sposobów. Może ono świadczyć o pewnej skuteczności programów antynikotynowych przeprowadzanych wcześniej wśród dzieci i młodzieży szkolnej oraz ich rodziców. Może być jednak również wynikiem wzrostu ceny papierosów w tym czasie. Kryzys ekonomiczny, dotyczący rodziców i opiekunów, powodujący niejednokrotnie utratę przez nich pracy i zmniejszenie się ich dochodów – przez na przykład uszczuplenie „kieszonkowego” – mógł wpłynąć na zmniejszenie się możliwości zakupu papierosów przez nieletnich. Poza tym w ostatnich dwóch latach szczególnie intensywnie rozwijał się handel substancjami psychoaktywnymi należącymi do tzw. dopalaczy, który dopiero teraz został powstrzymany. Być może młodzież zdecydowała się zamiennie na zakup i zażywanie tych środków, ponieważ dostęp do nich był bardzo łatwy. Wymagałoby to jednak przeprowadzenia odrębnych badań w tym kierunku.

Czynne palenie powoduje określone skutki zdrowotne. Badana młodzież zdaje sobie z tego sprawę i potrafi wymienić choroby wynikające z nikotynizmu. O nowotworach płuc będących skutkiem palenia wie 93,1% ankietowanych w naszej grupie. Gimnazjaliści wielkopolscy wśród następstw zdrowotnych nikotynizmu najczęściej wskazywali na choroby układu oddechowego (96%) [9].

Równie szkodliwy wpływ na organizm ma tzw. palenie bierne. Wielu dorosłych nie waha się palić w obecności dzieci. Jak się ocenia, około 3 mln dzieci w Polsce jest biernymi palaczami. Około 60% małych dzieci jest zmuszonych przez obu lub jednego z rodziców do biernego palenia [13]. Ma to negatywny wpływ zarówno na stan zdrowia dorastających dzieci, jaki i kształtowanie się postaw młodzieży wobec palenia tytoniu. Znane są wyniki badań, które wskazują, że z domów palących rodziców (jednego z nich lub obojga) pochodzi większość późniejszych nałogowych palaczy tytoniu.

Młodzież sięga po papierosy z ciekawości, naśladując dorosłych, chcąc zaimponować otoczeniu. Często również kieruje nią przekora i bunt przeciw autorytetom. Młodym ludziom brak również świadomości, jak bardzo nikotyna uzależnia – uważa się, że uzależnienie to jest silniejsze niż w przypadku kokainy.

Zaskakujące jest stwierdzenie, że palenie jest sposobem na radzenie sobie z nudą. W programach edukacyjnych i kampaniach antynikotynowych powin-

no się wykorzystać wszelkie sposoby ukazujące wartości życia bez papierosów, a do akcji antynikotynowych mogą i powinny się włączyć znane i cenione osoby z różnych środowisk.

Rodzice, nauczyciele, wychowawcy oraz pracownicy służby zdrowia powinni być szczególnie czujni, gdyż – jak wynika z wielu badań – dzieci i młodzież łatwiej i zdecydowanie szybciej uzależniają się od papierosów niż dorośli. Dlatego też potrzebne jest stałe rozpowszechnianie informacji na temat zagrożeń, jakie niesie ze sobą nikotynizm. Równie ważne jest uświadomienie społeczeństwu wagi tego zjawiska. Nie można lekceważyć ryzykownych zachowań młodzieży, w tym faktu palenia papierosów, i wciąż konieczne jest podejmowanie działań mających na celu zmniejszenie skali tego zjawiska.

Wnioski

1. Badana młodzież potrafi wymienić wiele negatywnych skutków nikotynizmu, ale chyba nie do końca zdaje sobie sprawę z ich powagi i nieuchronności występowania u palaczy.
2. Uczniowie oceniają palenie papierosów jako szkodliwy nałóg, ale nie potrafią wymienić substancji, które są szkodliwym komponentem dymu tytoniowego.
3. Działania ograniczające dostęp do papierosów nie są przestrzegane przez dorosłych, gdyż, jak się okazuje, młodzież bez większych problemów może zaopatrzyć się w papierosy.
4. Palenie papierosów nie świadczy o dorosłości i nie jest akceptowane przez większość badanych, gdyż 86,6% nie pali i nie zamierza tego czynić w przyszłości (59%).
5. Niepokoić może to, że papieros jest traktowany jako sposób radzenia sobie ze stresem, a zatem ma wartość nagradzającą i kojarzy się z doznaniem przyjemności. Takie odczucia mogą powodować utrwalenie palenia.

Bibliografia

- [1] *Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*, red. J. Czapiński, T. Panek, WSFiZ, Warszawa 2005.
- [2] Kłopot S.W., *Spółeczno-przestrzenne uwarunkowania konsumpcji alkoholu, papierosów i narkotyków przez młodzież gimnazjalną*, [w:] *Atlas problemów społecznych Wrocławia*, red. S.W. Kłopot, W. Skiba, Silesia, Wrocław 2006, s. 149–168.
- [3] Ostrowska A., *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1999.

- [4] *Używanie substancji psychoaktywnych przez uczniów – wyniki badań ESPAD*, „Serwis Informacyjny Narkomania” 2009, nr 2 (46), s. 32–36.
- [5] *Polska na tle Europy*, „Serwis Informacyjny Narkomania” 2009, nr 2 (46), s. 36–38.
- [6] Wojnarowska B., *Zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży w Polsce. Raport z badań*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1993.
- [7] *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce. Raport z badań*, red. A. Oblacińska, B. Wojnarowska, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2006.
- [8] Stańczyk J., *Wpływ palenia tytoniu na stan zdrowia dzieci i młodzieży*, „Forum Profilaktyki” 2007, nr 4 (9), s. 5.
- [9] Kostiukow A., Pioterek A., Głowacka M.D., Mojs E., *Nikotynizm wśród gimnazjalistów województwa wielkopolskiego*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2007, nr 88, supl. 3, s. 70–74.
- [10] DiFranza J. et al., *Development of Symptoms of Tobacco Dependence in Youths: 30 Month Follow Up Data from the DANDY Study*, „Tobacco Control” 2002, vol. 11 (3), s. 228–235.
- [11] *Nikotynizm dotyka już nastolatków*, Śląskie Centrum Zdrowia Publicznego w Katowicach, www.mp.pl/kurier/?aid=34253 (stan na 17.04.2012).
- [12] Kolbowska A., *Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną*, „Serwis Informacyjny Narkomania” 2009, nr 1 (45), s. 33–41.
- [13] *Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006. Raport*, Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa 2007.



Klaudia Oleksiuk¹, Marta Kubasiak¹, Ewa Marchwińska-Wyrwał¹

Wykształcenie rodziców a narażenie dzieci na dym tytoniowy w środowisku domowym

Abstract

Parents' Education and Children's Exposure to Tobacco Smoke in the Home Environment

Children are exposed passively to tobacco smoke in 67% of household in Poland, while in the Nordic countries as Finland – 8%, and Sweden – 15%. Passive smoking is more harmful than active smoking. The concentration of certain substances is several times higher in the sidestream of smoke than in the mainstream. The aim of this study was to examine whether parents' education determines the scale of exposure of children to tobacco smoke in the home environment, and later affects the incidence of some diseases in children.

Materials and methods. The study used the results of a questionnaire survey conducted in the framework of 6th Framework Programme of the European Union.

The results. The study group included 371 children. Half of them were exposed to tobacco smoke in the home environment, mainly the children of parents with primary and vocational education. Almost 70% of the children of parents with basic schooling are the passive smokers. This percentage decreases in proportion to the increase in the level of education of parents. This translates into higher incidence of ailments such as headaches, feeling of fatigue or hoarseness, in the population of exposed children .

Conclusion. Exposing children to tobacco smoke in the home environment is associated with education level of parents. More often are exposed children of parents with lower education. Population of persons with lower education should be a particularly relevant target groups in the strategies of education and health promotion programs. Less educated population should be a target groups in the prevention programs.

Key words: children, parents, smoking, education, health

Słowa kluczowe: dzieci, rodzice, palenie tytoniu, wykształcenie, stan zdrowia

¹ Śląski Uniwersytet Medyczny, Wydział Zdrowia Publicznego, Zakład Zdrowia Środowiskowego.

Wstęp

Poziom wykształcenia stanowi jeden z najważniejszych czynników rozwoju kapitału ludzkiego [1]. Wykształcenie nie tylko determinuje miejsce jednostek w społeczeństwie i ich szanse społeczno-ekonomiczne, ale także ich zdrowie i długość życia. Zależność między wykształceniem a stylem życia jest wyraźna, wyższa od wpływu stopnia zamożności społeczeństwa na zachowania prozdrowotne [2].

Wyniki wieloletnich badań epidemiologicznych wskazały, iż wykształcenie i sytuacja materialna stanowią istotne determinanty stanu zdrowia, a także świadomości i zachowań związanych ze zdrowiem. Liczne badania statystyczne dotyczące stanu zdrowia oraz zachowań prozdrowotnych wskazują, że pogarszają się one wraz z obniżaniem się statusu wykształcenia. Ponadto niskie wykształcenie i gorszy stan zdrowia łączą się z częstszym podejmowaniem zachowań niekorzystnych dla zdrowia (np. palenia papierosów) [2].

Szacuje się, że w Polsce pali obecnie 29% dorosłej populacji, co stanowi około 9 mln ludzi [3].

Wyniki przeprowadzonych w 2007 roku ogólnopolskich badań ankietowych pokazują, że w populacji mężczyzn odsetek codziennie palących wynosił 34%, zaś w populacji kobiet – 23%.

W ciągu minionych 30 lat obserwowano w Polsce stopniowe ograniczenie palenia tytoniu, jednak w ostatnich latach tempo spadku częstości palenia tytoniu zmniejszyło się u mężczyzn i młodych kobiet [4].

Opracowany w 2010 roku komunikat z badań „Postawy wobec palenia papierosów” donosi, że najczęściej palą osoby legitymujące się wykształceniem zasadniczym zawodowym, a relatywnie najrzadziej – najlepiej wykształceni. W grupach społeczno-zawodowych stosunkowo najwięcej palących jest wśród robotników, zarówno wykwalifikowanych, jak i niewykwalifikowanych, a w przypadku biernych zawodowo wśród bezrobotnych. Osoby będące w złej sytuacji materialnej i najmniej zarabiające palą papierosy częściej niż osoby zamożne [5].

Podobnie jak aktywne palenie tytoniu, także bierna ekspozycja na dym tytoniowy, zwana również niezamierzonym wdychaniem dymu wtórnego, w szczególności w środowisku domowym, stanowi poważne zagrożenie zdrowotne. W paleniu biernym mamy do czynienia ze strumieniem bocznym, czyli dymem wydobywającym się do atmosfery z tłącego się papierosa, który zawiera najwięcej substancji toksycznych i nie jest filtrowany przez filtr papierosowy. Cząstki w strumieniu bocznym są znacznie mniejsze i dlatego łatwiej przenikają do organizmu. Stężenie niektórych substancji jest kilkakrotnie wyższe w bocznym strumieniu dymu tytoniowego niż w strumieniu głównym.

W dymie bocznym, który wydycha palacz, znajduje się 5 razy więcej tlenu węgla, 2–3 razy więcej nikotyny i 3–4 razy więcej substancji rakotwórczych niż w dymie głównym [6].

Opublikowany w lutym 2008 roku raport WHO M-POWER alarmuje, że nie istnieją bezpieczne poziomy narażenia na bierne palenie tytoniu [7].

Głównymi miejscami, w których występuje przewlekłe i intensywne narażenie na niezamierzone wdychanie dymu wtórnego, jest miejsce zamieszkania oraz miejsce pracy [8]. Szacuje się, że w miejscach pracy na wdychanie dymu tytoniowego narażonych jest 19% niepalących Polaków (24% mężczyzn i 14% kobiet), w domu zaś 25% (odpowiednio 29% i 20% niepalących kobiet i mężczyzn) [3].

Na największe ryzyko wystąpienia negatywnych skutków biernego palenia tytoniu narażone są jednak dzieci, co wynika z potencjalnie większej wrażliwości ich organizmów. Dzieci wdychają więcej powietrza na jednostkę masy ciała niż osoby dorosłe. Wraz z dymem tytoniowym dziecko narażone jest na wdychanie takich związków toksycznych jak nitrozoaminy, estry kwasów tłuszczowych, benzopiren, nikotyna, metale ciężkie, chlorek winylu, pierwiastki promieniotwórcze (np. polon-210) czy tlenek węgla. Substancje te, choć wchłaniane do organizmu w małych dawkach, kumulują się i po dłuższym okresie narażenia powodują wiele przewlekłych schorzeń prowadzących niejednokrotnie do śmierci. Niektóre z wymienionych związków powodują nieodwracalne zmiany struktury DNA i informacji genetycznej komórki [9].

Skala biernego narażenia na dym tytoniowy wśród dzieci jest w Polsce ogromna. Aż w 67% gospodarstw domowych dzieci są narażone biernie na dym tytoniowy. W krajach skandynawskich odsetek ten jest wielokrotnie niższy (w Finlandii – 8%, w Szwecji – 15%) [3]. Choć odsetek niepalących dorosłych narażonych na dym tytoniowy w domu lub miejscu pracy jest dzisiaj dwukrotnie niższy niż w połowie lat 90., to wciąż znaczna liczba niepalących, w tym ponad 60% dzieci i 30% kobiet w ciąży, wdycha biernie dym tytoniowy w domu, miejscach publicznych i miejscu pracy [3]. Dzieci z domów, w których pali się tytoń, narażone są na zwiększone ryzyko wystąpienia nagłej śmierci łóżeczkowej [10], częste występowanie infekcji dróg oddechowych, zapalenie ucha środkowego oraz większą częstotliwość ataków astmy i zaostrzenie ich przebiegu [8,11]. The California Environmental Protection Agency szacuje, że biernie narażenie na dym tytoniowy odpowiedzialne jest za około 200 tys. ataków astmy rocznie i około 790 tys. przypadków zapalenia ucha środkowego, w tym samym okresie czasu [12].

Wśród dzieci poniżej 18 miesiąca życia biernie palenie tytoniu każdego roku przyczynia się do 300 tys. przypadków zapalenia oskrzeli lub zapalenia płuc. Szacuje się, że dzieci, które spędzają jedną godzinę w silnie zadymionym pomieszczeniu, wdychają ilość substancji toksycznych odpowiadającą wypaleniu 10 papierosów [13].

Uwzględniając powszechność ekspozycji dzieci na dym tytoniowy oraz wynikające z tego skutki zdrowotne, wykorzystano wyniki przeprowadzonych badań kwestionariuszowych do zbadania, czy poziom wykształcenia rodziców determinuje skalę narażenia dzieci na dym tytoniowy w środowisku domowym, a w dalszej kolejności, czy wpływa na częstość występowania u dzieci wybranych schorzeń.

Materiał i metody

W pracy posłużono się wynikami badania kwestionariuszowego przeprowadzonego w ramach 6 Ramowego Programu Unii Europejskiej o akronimie DROPS. Kwestionariusz zawierał 61 pytań podzielonych na pięć bloków tematycznych. Blok tematyczny A zawierał pytania dotyczące warunków mieszkaniowych i stylu życia domowników (w tym pytanie o palenie tytoniu w mieszkaniu), blok B – pytania dotyczące stanu zdrowia, blok C – wywiad ginekologiczno-położniczy, blok D – percepcja środowiskowego ryzyka zdrowotnego, blok E – pytania ogólne (w tym o poziom wykształcenia). Blok F, stanowiący odrębny kwestionariusz, zawierał pytania dotyczące dziecka. Wypełniany był jedynie przez respondentów posiadających pod opieką jedno lub więcej dzieci w wieku do 18 lat. Wyodrębniono tylko te kwestionariusze, które zawierały dołączoną, wypełnioną część F. Ostatecznie otrzymano grupę 266 rodziców/opiekunów i 371 dzieci w wieku od 0 do 18 lat (średnio 10 lat) – na podstawie ich kwestionariuszy dokonano dalszych analiz.

Wyniki badania zostały zgromadzone w komputerowej bazie danych, a statystyczna analiza została opracowana w oparciu o procedury dostępne w oprogramowaniu Microsoft Excel. Do prezentacji danych liczbowych wykorzystano wartość procentową, aby lepiej zobrazować uzyskane wyniki.

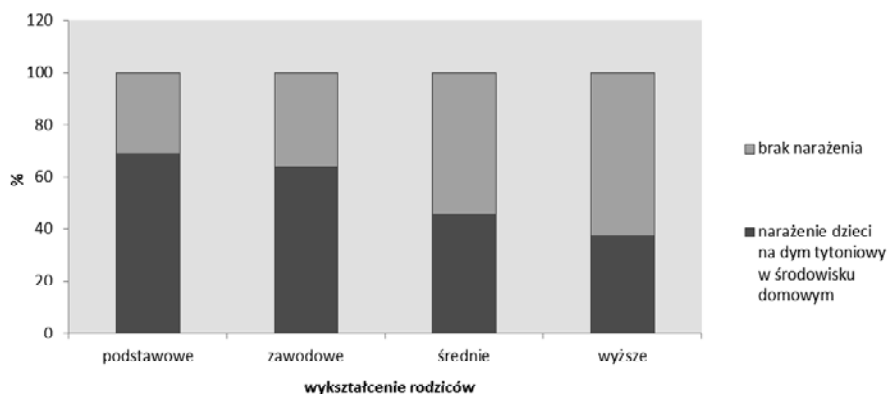
Wyniki badań

Spośród 371 dzieci prawie połowa (49,6%) była narażona na dym tytoniowy w środowisku domowym. Niezamierzone wdychanie dymu wtórnego w miejscu zamieszkania dotyczy w głównej mierze dzieci rodziców z wykształceniem podstawowym i zawodowym.

Prawie 70% dzieci rodziców legitymujących się wykształceniem podstawowym to bierni palacze. Odsetek ten maleje proporcjonalnie do wzrostu poziomu wykształcenia rodziców. Na dym tytoniowy w środowisku domowym narażonych jest prawie 64% dzieci rodziców z wykształceniem zawodowym, 45% dzieci rodziców z wykształceniem średnim i niespełna 40% dzieci rodziców z wykształceniem wyższym.

W grupie dzieci osób o niższym wykształceniu (podstawowym lub zawodowym) narażenie na dym tytoniowy jest o 20% częstsze niż w grupie dzieci osób lepiej wykształconych (wykształcenie średnie lub wyższe).

Dzieci rodziców o niższym wykształceniu są nie tylko częściej narażone na dym tytoniowy w środowisku domowym, ale są także narażone na wyższe stężenia toksycznych substancji zawartych w dymie papierosowym, co wynika z liczby wypalanych dziennie w mieszkaniu papierosów.



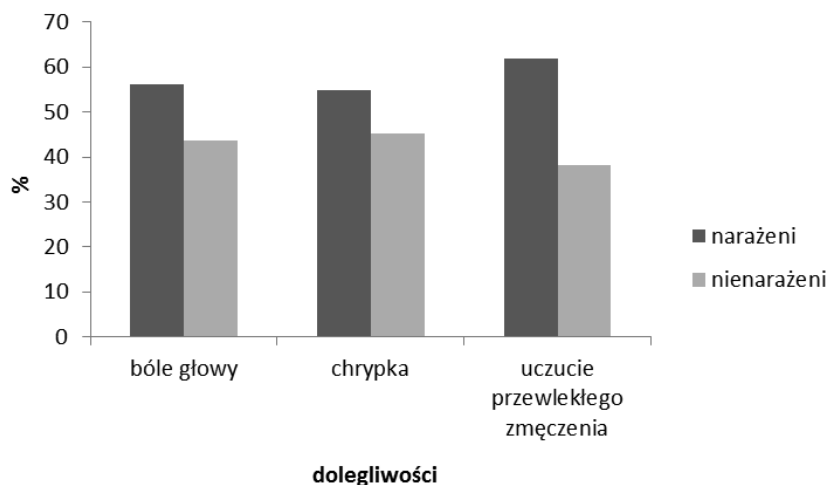
Wykres 1. Związek między wykształceniem rodziców a narażeniem dzieci na dym tytoniowy w środowisku domowym

Tabela 1. Wykształcenie rodziców jako zmienna warunkująca wielkość narażenia dzieci na dym tytoniowy w środowisku domowym

Wykształcenie rodziców	Odsetek dzieci narażonych w domu na dym tytoniowy w różnym stężeniu	
	do 20 sztuk papierosów wypalanych dziennie przez domowników	ponad 20 sztuk papierosów wypalanych dziennie przez domowników
podstawowe	45,45	54,55
zawodowe	56,92	43,08
średnie	67,94	32,06
wyższe	76,66	23,34

Zakładając, że wielkość narażenia dzieci na dym tytoniowy w środowisku domowym skorelowana jest z liczbą wypalanych dziennie w domu papierosów, dzieci rodziców o niższym wykształceniu narażone są na znacznie wyższe stężenia substancji toksycznych zawartych w dymie papierosowym. Narażenie wynikające z biernej inhalacji dymu pochodzącego maksymalnie z 20 wypalanych dziennie papierosów dotyczy prawie 80% dzieci rodziców o wyższym wykształceniu i tylko 45% dzieci rodziców o wykształceniu najniższym. Natomiast ekspozycja będąca następstwem wypalania w mieszkaniu więcej niż 20 papierosów dziennie dotyczy przede wszystkim dzieci rodziców o wykształceniu podstawowym (54,55%), a najrzadziej dzieci rodziców o wykształceniu wyższym (23,34%).

Bierna ekspozycja dzieci na dym tytoniowy znajduje swoje odzwierciedlenie w częstości występowania niektórych schorzeń. Stwierdzono, iż dzieci narażone na bierną inhalację dymu papierosowego w miejscu zamieszkania, częściej skarżą się na występowanie takich dolegliwości, jak: bóle głowy, uczucie przewlekłego zmęczenia czy chrypka.



Wykres 2. Częstość występowania niektórych dolegliwości u dzieci eksponowanych i nieeksponowanych na dym tytoniowy w środowisku domowym

Bóle głowy stanowiły jedną z najpowszechniej występujących dolegliwości. Dotyczyły łącznie 64 dzieci, z których prawie 57% narażona była na inhalowanie dymu tytoniowego w miejscu zamieszkania. Chrypka występowała łącznie u 42 dzieci, z których 55% stanowili bierni palacze. Kolejną dolegliwością występującą częściej u dzieci narażonych na przymusowe inhalowanie dymu tytoniowego (prawie 62%) we własnym domu było uczucie przewlekłego zmęczenia. Ponadto takie dolegliwości, jak bóle mięśniowe i stawowe oraz bóle gardła, częściej dotyczyły dzieci eksponowane biernie na dym tytoniowy.

Dyskusja

Mimo wzrastającej świadomości Polaków na temat szkodliwości wynikającej z palenia tytoniu nadal znaczna liczba kobiet i mężczyzn pali papierosy. Stanowi to potężny problem społeczny, ekonomiczny i zdrowotny. Obciążenia dla całości gospodarki obejmują koszty bezpośrednie, wynikające ze zwiększonych wydatków na ochronę zdrowia, spowodowanych chorobami odtytoniowymi oraz kosztów pośrednich, wynikających ze spadku wydajności oraz ze strat w podatku dochodowym i składkach na zabezpieczenie społeczne, w przypadku osób palących czynnie i biernie [8].

Poszukując odpowiedzi na pytanie o przyczyny powszechności tego problemu w Polsce, szczególną uwagę należy zwrócić na poziom wykształcenia. Według raportu opracowanego na przełomie lat 2007 i 2008 przez Ministerstwo Zdrowia w Polsce największy odsetek palaczy stanowią osoby o najniższym

wykształceniu. Sytuacja przedstawia się analogicznie w innych krajach europejskich i Stanach Zjednoczonych, o czym świadczą wyniki raportów opracowywanych przez Światową Organizację Zdrowia. W badanej populacji mieszkańców Dąbrowy Górniczej nałóg palenia tytoniu również korelował z poziomem wykształcenia.

Ostatnio coraz większą uwagę poświęca się problematyce biernego palenia i jego skutków zdrowotnych, które szczególnie dotkliwie odczuwają dzieci. Ministerstwo Zdrowia alarmuje, że codziennie w Polsce prawie 4 mln dzieci (67%) wdycha biernie dym tytoniowy w miejscu zamieszkania. Opracowany przez Państwową Inspekcję Sanitarną raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu w 2009 roku donosi, że znaczna większość palaczy pali w obecności osób niepalących, a ponad połowa pali w obecności dzieci [4]. Wyniki badań donoszą, że prawie 60% amerykańskich dzieci w wieku od 3 do 11 lat (prawie 22 mln) jest biernie narażona na palenie tytoniu. Badania przeprowadzone w Dąbrowie Górniczej wskazują, że co drugie dziecko zamieszkałe w obszarze badań mimowolnie inhaluje dym tytoniowy.

Do udowodnionych schorzeń korelujących z ekspozycją na bierne palenie tytoniu należą: dolegliwości ze strony dróg oddechowych, infekcje ucha oraz alergie. Wyniki badania przeprowadzonego w Dąbrowie Górniczej wskazują, że dzieci narażone na bierne palenie papierosów znacznie częściej skarżą się na bóle głowy, chrypkę i uczucie przewlekłego zmęczenia oraz nieznacznie częściej na bóle mięśniowe i stawowe oraz bóle gardła.

Ustawa antynikotynowa wprowadzająca zakaz palenia w środkach transportu publicznego, taksówkach, samochodach służbowych oraz w publicznych miejscach przeznaczonych do wypoczynku i zabawy dzieci, a także na przystankach komunikacji miejskiej weszła w życie 15 listopada 2010 roku. Zakazem palenia zostały objęte także szkoły, zakłady opieki zdrowotnej i placówki oświaty. Zakłada się, że w znacznym stopniu zmniejszy to skalę biernego narażenia populacji generalnej. Niestety, ustawa nie może regulować kwestii narażenia dzieci na dym tytoniowy w środowisku domowym, w którym ekspozycja ma największe znaczenie.

Osoby o niższym statusie wykształcenia generalnie rzadziej podejmują zachowania obiektywnie korzystne dla własnego zdrowia i zdrowia osób z ich najbliższego otoczenia, szczególnie dzieci. Jest to zatem populacja, która powinna stać się głównym adresem oddziaływań z zakresu edukacji i promocji zdrowia.

Wnioski

1. Badania wykazały, że niższy poziom wykształcenia rodziców można uznać za czynnik ryzyka biernego palenia dzieci w środowisku domowym.
2. Ekspozycja na dym tytoniowy w środowisku domowym wpływa negatywnie na rozwój i stan zdrowia dzieci, a za narażenie ich na problemy zdrowotne

w dużym stopniu odpowiedzialni są palący rodzice bądź inni członkowie rodziny zamieszkujący we wspólnym mieszkaniu.

3. Zbiorowości osób posiadających niższe wykształcenie winny stanowić szczególnie istotne grupy docelowe w strategiach edukacyjnych i programach promocji zdrowia.

Bibliografia

- [1] Solarczyk-Szwec H., *Wykształcenie jako czynnik włączania i wyłączenia społecznego*, Wydawnictwo WSG w Bydgoszczy, Toruń 2010.
- [2] Ostrowska A., *Styl życia a zdrowie*, IFiS PAN, Warszawa 1999.
- [3] *Stan zagrożenia epidemią palenia tytoniu w Polsce. 2008*, Ministerstwo Zdrowia, www.mz.gov.pl.
- [4] *Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu w 2009 roku*, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Warszawa 2009.
- [5] *Postawy wobec palenia papierosów*, CBOS, Warszawa 2010.
- [6] Kałużka S., *Występowanie zapalenia zatok, ucha środkowego i POChP u czynnych i biernych palaczy papierosów*, „Otorynolaryngologia” 2006, nr 5 (1), s. 25–29.
- [7] *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. Implementing Smoke-free Environments. M-Power*, World Health Organization, Geneva 2009.
- [8] *Zielona księga. Ku Europie wolnej od dymu tytoniowego: alternatywne opcje polityki na szczeblu UE*, Komisja Wspólnot Europejskich, Bruksela 2007.
- [9] *Gender, Women, and the Tobacco Epidemic: Chapter 5. Second-Hand Smoke, Women and Children*, World Health Organization, Geneva 2009.
- [10] Baumert M., *Wpływ palenia papierosów przez ciężarną na rozwój płodu i noworodka*, „Przegląd Pediatryczny” 2004, nr 34 (2), s. 79–83.
- [11] Zagierski M., et al., *Wpływ biernego palenia papierosów na stan zdrowia dzieci*, „Pediatria Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywnienie Dziecka” 2008, nr 10 (4), s. 194–198.
- [12] *Protection from Exposure to Second-hand Tobacco Smoke*, World Health Organization, Geneva 2007.
- [13] Martin T., *Secondhand Smoke and Children*, About.com Guide, 2010.

Iwona Klisowska¹, Anna Dąbek², Iwona Tabin³,
Małgorzata Stelmaszyk³, Elżbieta Wrońska³, Wioleta Terlecka³

Wiedza studentów Akademii Medycznej na temat zagrożeń wynikających ze stosowania dopalaczy

Abstract

Medical Academy's Students Knowledge about Threats Come from Stimulants Consumption

Introduction. Stimulants consumption is complex phenomenon, heterogeneous and dynamic. Recently a very popular among young people was consumed so-called stimulants and also increase popularity of all substance "improving" learning ability and concentration.

Objective. Research had for purpose Medical Academy's students evaluation on subject action of harmfulness psychoactive substances – stimulants, and also measurement intensity of phenomenon consumption psychoactive substances for students.

Materials and methods. The research carried out in October 2010 among Wrocław Medical Academy's students. The research carried out with survey questionnaire created for need to this research.

Results. Among surveyed 84,6% admit that never has consumed stimulants and to 20% admit that they consumed stimulants. Most of respondents (93,8%) think that consuming the stimulants harmful to health. For question what inclined to consume stimulants, the surveyed said that it was curiosity (15,4%), desire to be not under stress and fun (6,1%) and only 3% provided that consumed stimulants on friends suggestion.

¹ Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Zdrowia Publicznego, Zakład Promocji Zdrowia.

² Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Zdrowia Publicznego, Zakład Gerontologii.

³ Studenci Wydziału Nauk o Zdrowiu.

The main reason of stress among the youth is too much obligation (47,7%), family conflicts, conflicts with family and peer (38,5%), difficulty with learning (26,1%). Numerous group of respondents looked for information on stimulants in the Net (36,9%), however to 53,8% of surveyed declared they didn't look for such information anywhere.

Key words: stimulants, students knowledge, threats

Słowa kluczowe: dopalacze, wiedza studentów, zagrożenia

Wstęp

Zażywanie dopalaczy jest zjawiskiem złożonym, niejednorodnym i dynamicznym. Co jakiś czas mamy do czynienia z pojawianiem się nowych trendów na scenie narkotykowej i jednoczesnym zanikaniem innych wzorów zachowań. Badania przeprowadzone w Polsce w ostatnich latach wskazują, że coraz mniej młodych ludzi eksperymentuje z substancjami nielegalnymi, z narkotykami „starej szkoły”, takimi jak: amfetamina, heroina czy nawet *ecstasy*. W ostatnim czasie bardzo popularne wśród osób młodych stało się zażywanie tzw. dopalaczy [2]. Młódzież sięga po dopalacze z nudy, z ciekawości, a także w pogoni za zabawą. Wiadomo też, że ogólnodostępność tych środków spowodowała, że większa część młodzieży miała okazję ich spróbować. Łatwiej jest bowiem zajrzeć do sklepu bądź złożyć zamówienie w Internecie niż znaleźć diler. Niektórym wydaje się, że środki te nie są szkodliwe, ponieważ można było je legalnie kupić w sklepie, pomimo informacji, że nie są one do spożycia. W ostatnich latach wzrosła popularność wszelkich środków „poprawiających” zdolność do nauki i zwiększających koncentrację. Nagminnie stosują je więc uczniowie, studenci, co stanowi poważny problem społeczny [1]. Środki poprawiające koncentrację, pamięć, wydolność organizmu, coś, co szybko „stawia na nogi”, pozwala na dłuższe funkcjonowanie organizmu często jest popularne wśród studentów lub osób zapracowanych. Środki te, choć ogólnie dostępne nawet w sklepach spożywczych, mogą wywoływać niepożądane skutki, ponieważ łatwo przedawkować kofeinę, która jest głównym składnikiem tych specyfików. Wydaje się zasadne poznanie czynników i przyczyn, które wywołują wśród młodzieży tak częste, a niebezpieczne, zachowania antyzdrowotne jak stosowanie popularnych dopalaczy [2]. Czasami przyjmuje się błędnie, że przez dostarczanie ludziom informacji automatycznie będą oni mogli sami dokonać wyboru tego co zdrowe. Tymczasem ważna jest szersza wiedza, informacje i edukacja zdrowotna.

Warto również zastanowić się nad postawami młodych ludzi wobec własnego zdrowia, czy dbają o swoje zdrowie, czy wiedzą, od czego zależy zdrowie, oraz jak radzą sobie w sytuacji stresowej.

Przyczyny sięgania po środki psychoaktywne są bardzo złożone. Jedną z przyczyn jest bez wątpienia brak umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych, stresowych. Samo środowisko społeczne może być źródłem stresu. Przejawy

stresu na różnych poziomach życia społecznego mają dominujące znaczenie jako czynnik neuropsychicznego obciążenia jednostki. Główną przyczyną stresu jest brak zaspokojenia różnych potrzeb człowieka w warunkach nieprzyjaznego lub obojętnego środowiska społecznego. Obok wspólnych dla całej społeczności źródeł stresu istnieją źródła środowiskowo związane z miejscem pracy, szkołą, kręgiem rodzinnym czy towarzyskim. Ważną składową stresu jest obciążenie emocjonalne, wiążące się z poczuciem odpowiedzialności, niepokoju, lęku czy też braku akceptacji samego siebie lub odrzucenia przez grupę.

Młodym ludziom wydaje się, że w życiu wszystkiego trzeba spróbować. Dzięki zażywaniu środków psychoaktywnych czują się bardziej pewni, odważni, lepiej postrzegani przez kolegów. Żyją w pogoni za modą w stylu ubierania się, zachowania, naśladują swoich idoli, którzy publicznie przyznają się do tego, że zażywają narkotyki. Często przyczyną sięgania po dopalacze są zbyt duże wymagania, kłopoty z odnalezieniem się w rzeczywistości, nieumiejętność rozwiązywania problemów. Dlatego zasadne wydaje się poznanie przyczyn, postaw i wiedzy młodzieży na temat niekorzystnych następstw zażywania dopalaczy, aby skutecznie ograniczyć ryzyko uzależnienia.

Sprzedaż narkotyków w całej Europie stopniowo zmienia się, co stanowi wyzwanie dla istniejących strategii w zakresie kontroli. Jak twierdzi Wolfgang Götz, dyrektor EMCDDA, potrzebujemy nowych rozwiązań nie tylko w zakresie monitorowania, ale także w obszarze polityki społecznej i zdrowotnej. W Polsce produkty o działaniu psychoaktywnym do początku 2008 roku występowały sporadycznie w sklepach internetowych, jednak już pod koniec 2008 roku zostało otwartych 40 sklepów stacjonarnych z dopalaczami. Problem ten miał zostać szybko rozwiązany dzięki znowelizowanej ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, która weszła w życie 8 maja 2009 roku; jej celem było ograniczenie zjawiska handlu dopalaczami, jednak tak się nie stało. Rząd Polski w październiku 2010 roku po licznych doniesieniach w mediach o zatruciu dopalaczami wśród młodzieży podjął działania mające na celu określenie systemowych rozwiązań oraz sprawnych procedur wprowadzenia substancji psychoaktywnych pod kontrolę prawną. W październiku 2010 roku wiceminister zdrowia Adam Fronczak poinformował w trakcie debaty nad nowelizacją ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii o odnotowanych osiemnastu zgonach, prawdopodobnie wywołanych przez dopalacze. Nie sposób od razu określić krótkotrwałe i długotrwałe efekty używania dopalaczy, dlatego ważna jest edukacja w zakresie zagrożeń zdrowia, a także ocena skali problemu oraz dokonanie specjalistycznej i interdyscyplinarnej oceny ryzyka dla zdrowia publicznego. Podobne zdanie ma wiceminister zdrowia, który twierdzi, że tylko przez edukację młodzieży można zmniejszyć popyt na dopalacze, a tym samym spowodować, że nie będzie na nie zapotrzebowania [3].

Cel pracy

Badanie miało na celu ocenę wiedzy studentów Akademii Medycznej we Wrocławiu na temat szkodliwości działania substancji psychoaktywnych (dopalaczy), jak również pomiar natężenia zjawiska używania substancji psychoaktywnych przez studentów oraz próbę zidentyfikowania przyczyn i czynników powodujących sięganie po dopalacze oraz poznanie postaw studentów wobec tego problemu.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w październiku 2010 roku wśród studentów Akademii Medycznej we Wrocławiu. Łącznie w badaniu wzięło udział 65 studentów, z czego 55,4% stanowiły kobiety. Największą grupę badanych stanowili studenci Wydziału Lekarskiego – 49,3%, następnie studenci Wydziału Nauk o Zdrowiu – 30,7% oraz Wydziału Farmacji i Oddziału Analityki Medycznej – 15,4%, najmniejszą grupę stanowili studenci Wydziału Stomatologicznego – 4,6%. Badani byli w wieku 20–24 lat. Wszyscy ankietowani mieszkali w domach studenckich. Badanie zostało przeprowadzone za pomocą kwestionariusza ankiety skonstruowanego na potrzeby tego badania. Ankieta zawierała 19 pytań dotyczących między innymi spostrzegania własnego zdrowia, umiejętności odreagowywania stresu, przyczyn zażywania środków psychoaktywnych, działań niepożądanych wywołanych przez dopalacze oraz postaw wobec istniejącego problemu.

Wyniki

W kwestii problemu stosowania dopalaczy niepokój budzi zarówno skala ich rozpowszechnienia, jak i podejrzenie, że młodzież ma małą wiedzę na temat niepożądanych skutków ich stosowania. Wierząc mediom, przedstawiającym dopalacze jako środki bezpieczne, kolekcjonerskie, oraz obiegowej opinii o braku szkodliwych skutków, młodzież nie traktuje tych substancji jako niebezpiecznych i zagrażającym życiu.

Z przeprowadzonej analizy ankiet wynika, że 50,7% studentów ocenia swój stan zdrowia jako dobry, 32,5% jako bardzo dobry, a zaledwie 1,5% jako dostateczny. Na pytanie, od czego zależy zdrowie, respondenci w 90,8% podali, że od czynników genetycznych, w 89,2%, że od czynników środowiskowych, a 76,9% uznało, że od własnego zachowania. Zdecydowana większość ankietowanych (61,5%) jako powód dbania o własne zdrowie odpowiedziała, że jest to chęć założenia własnej rodziny i posiadania zdrowego potomstwa, jako kolejny powód podała chęć zdobycia dobrze płatnej pracy (32,3%) i chęć podróżowania (27,7%).

Wśród ankietowanych 80% przyznaje się, że nigdy nie sięgała po dopalacze i aż 20% przyznaje, że zażywała je. Tyle samo mężczyzn i kobiet przyznaje się do stosowania dopalaczy. Na pytanie: co skłoniło cię do zażycia dopalaczy, ankietowani odpowiedzieli, że była to ciekawość (15,4%), chęć odstresowania i zabawy (6,1%), a tylko 3% podało, że wzięli dopalacze za namową znajomych. Oznaczać to może, że trzeba z większą rezerwą patrzeć na – często podnoszony przez osoby zajmujące się profilaktyką – nacisk grupowy jako czynnik rozprzestrzeniania się zjawiska, przynajmniej w grupie studentów.

Wśród osób ankietowanych, którzy deklarowali, że nie zażywali środków psychoaktywnych, wynik ten prawdopodobnie związany jest ze sposobem postrzegania zdrowia przez badanych i posiadaną przez nich wiedzą na temat działania środków psychoaktywnych. Większość respondentów (93,8%) uważa, że zażywanie dopalaczy szkodzi zdrowiu, 6,1% nie zastanawia się nad tym, a 44,6% uważa, że jest nałogiem, który należy ograniczyć, i aż 18,5% – że jest sposobem na nudę. Częstość zażywania dopalaczy przedstawia się następująco: „zażyłem tylko raz” (13,8%), „rzadziej niż raz w tygodniu” (3%). Najczęstszym powodem, dla którego młodzież sięga po środki psychoaktywne, to ciekawość (9,2%), forma odstresowania (7,7%), „bo inni to robią” (3%), „nuda, impreza, sesja” (1,5%). Nikt z badanej grupy studentów nie podał za powód sięgania po środki psychoaktywne braku akceptacji siebie samego. Wiarę w siebie i pozytywny wizerunek swojej osoby posiada 64,6% ankietowanych, aż 23% nie wie, czy posiada wiarę we własne możliwości, a 10,7% postrzega siebie negatywnie.

Główną przyczyną stresu wśród młodzieży jest zbyt dużo obowiązków (47,7%), konflikty w rodzinie, z rodziną, z rówieśnikami (38,5%), trudności w nauce (26,1%) i brak pieniędzy (18,5%). Zdecydowana większość ankietowanych przyznała, że odreagowuje stres rozmową z przyjacielem (55,4%), idzie na spacer (36,9%), płacze (27,7%), tylko 6,1% respondentów odpowiedziało, że w sytuacji stresowej sięga po dopalacze, narkotyki, inne środki, i aż 23%, że sięga po papierosy i alkohol. Wyniki wskazują, że znaczna część ankietowanych posiada umiejętność radzenia sobie ze stresem, jednak niepokojące jest to, iż młodzież sięga po używki w celu rozładowania napięcia.

W kolejnym pytaniu kwestionariusza prosiliśmy badanych studentów o wskazanie skutków ubocznych, jakie powodują dopalacze (tabela 1).

Wyniki badania wskazują, że większość studentów jest dobrze zorientowana w zakresie ryzyka i szkód zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem dopalaczy. Znaczna część ankietowanych (46,1%) odpowiedziała, że dopalacze mogą być alternatywą dla innych używek i aż 38,5%, że nie. Ankietowani uważają, że można się uzależnić od dopalaczy (89,2%), tylko nieliczna grupa jest odmiennego zdania (1,5%). Liczna grupa respondentów szukała informacji na temat dopalaczy w Internecie (36,9%), jednak aż 53,8% ankietowanych deklaroowało, że nigdzie nie szukało takich informacji. Zastanawia więc fakt znajomości przez badanych następstw i skutków stosowania dopalaczy. Głównym atutem czerpania informacji z Internetu jest ich łatwy dostęp. Większość młodzieży

swobodnie posługuje się komputerem i bez trudu może korzystać z takiej formy zdobywania wiedzy. Ponadto Internet jest medium, które wspaniale trafia do młodych odbiorców – jest przyjaznym narzędziem, które dobrze znają. Na uwagę zasługuje również ocena przez badanych własnej wiedzy na temat zagrożeń zdrowotnych, jakie niosą ze sobą dopalacze. Prawie połowa ankietowanych (47,7%) uznała, że jej wiedza w tym zakresie jest niewystarczająca, a 40% uznało, że posiada wystarczającą wiedzę. Jest to istotne dla planowania działań edukacyjnych i profilaktycznych wśród młodzieży.

Tabela 1. Skutki uboczne po zażyciu dopalaczy

skutki uboczne	%
kołatanie serca	87,7
nudności	55,4
biegunka	36,9
depresja i obniżenie nastroju	60
ból głowy	58,5
utrata apetytu	46,1
odwodnienie	44,6
utrata przytomności	47,7
agresja	64,6
pobudzenie, nerwowość	89,2
lęk	66,1
niewydolność wątroby	61,5
niewydolność nerek	58,5
zaburzenia psychiczne	73,8
zaburzenia osobowości	67,7

Zdecydowana większość respondentów (72,3%) uważa za słuszną decyzję podjętą w ostatnim okresie przez Rząd Polski dotyczącą zamknięcia sklepów z dopalaczami. Postawy przeciwko dopalaczom badani studenci wyrażali również poprzez deklarowanie, że namawiają do zaprzestania używania dopalaczy wśród swoich znajomych (60%). Jednak duża część respondentów odwraca się od problemów stosowania środków psychoaktywnych wśród znajomych, twierdząc, że to wyłącznie ich prywatna sprawa, ich życie (46,2%).

Negatywne zjawisko używania przez młodzież dopalaczy wymaga ciągłego monitoringu, dalszych badań. Poznanie pełnego obrazu problemu i postawienie szczegółowej diagnozy pozwoli na zaplanowanie skutecznych działań w walce z szerzącą się modą na dopalacze.

Wnioski

1. Studenci Akademii Medycznej we Wrocławiu posiadają wiedzę na temat zagrożeń wynikających z zażywania dopalaczy, jednak znaczna część badanych w samoocenie uważa, że ich wiedza jest niedostateczna.
2. Nie ma zależności pomiędzy zażywaniem dopalaczy a płcią.
3. Zażywanie dopalaczy wśród studentów jest stosunkowo wysokie.
4. Główny powód zażywania środków psychoaktywnych to ciekawość oraz chęć odstresowania i zabawy.
5. Zdecydowana większość respondentów popiera kampanię antynarkotykową, uważa za słuszną decyzję podjętą w ostatnim okresie przez Rząd Polski dotyczącą zamknięcia sklepów z dopalaczami.

Dyskusja

W dobie społeczeństwa informacyjnego, gdzie przepływ wiadomości stał się szybki i nieskrępowany, zjawisko używania narkotyków także przechodzi rewolucyjne zmiany. Wydaje się, że transmisja zachowań oraz trendów czy stylów życia w nowoczesnym społeczeństwie nie uznaje już granic kulturowych ani państwowych. Zjawiska pojawiające się w Europie Zachodniej coraz częściej przenikają do nas. Ponadto postęp technologiczny w dziedzinach takich jak chemia otworzył przed producentami narkotyków zupełnie nowe możliwości wytwarzania coraz to nowych substancji psychoaktywnych.

Dopalacze, czyli inaczej *smarty*, to substancje o działaniu psychoaktywnym, relaksacyjnym i halucynogennym. Najczęściej dostępne w formie suszu do palenia lub tabletek. Prawie każdy dorosły człowiek ma za sobą doświadczenie z niewinnymi rzekomo środkami pobudzającymi typu napój energetyczny. Dodaje on skrzydeł dzięki kofeinie, nikt natomiast nie wie, że uzależnia [4]. Badania Iwony Chmiel-Perzyńskiej *et al.* wskazują na brak świadomości społeczeństwa o możliwości uzależnienia. W badaniach zarówno kobiety, jak i mężczyźni uznali, że dopalacze nie są narkotykami (46,3% ogółu), jednak kobiety częściej niż mężczyźni były przeświadczone o ich szkodliwości dla zdrowia (59% vs 51,8%) [5]. Należy mieć świadomość, że zaczynając od napojów energetycznych, możemy skończyć na kupowanych pokątnie lekach na narkolepsję, chorobę Alzheimera lub ADHD, które stymulują mózg niejako przy okazji. Ponad połowa Polaków przyznaje się do mniej lub bardziej regularnego stosowania legalnych, sprzedawanych bez recepty preparatów pobudzających. Kupujemy ich ponad 6 mln opakowań rocznie – wynika z danych IMS Health [4]. Warto się zastanowić, kto w takim razie najczęściej stosuje owe preparaty. Z badań wynika, że preparaty pobudzające stosują zarówno studenci przed ważnym egzaminem (ponad 11% studentów przyznaje się do okazjonalnego brania amfetaminy, a 2% z nich przyjmuje nar-

kotyk podczas przygotowań do egzaminów), ludzie zmuszeni do długotrwałej pracy oraz sportowcy.

Działanie dopalaczy podobne jest do efektów wywołanych przez narkotyki, ale ich sprzedaż do niedawna była legalna, ponieważ były zarejestrowane jako środki kolekcjonerskie. Badanie *Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną – młodzież 2008*, przeprowadzone na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomani przez CBOS, było pierwszym ogólnopolskim pomiarem, którego wyniki odnotowały pojawienie się na polskiej scenie narkotykowej dopalaczy. Wyniki tych badań jasno świadczyły o pojawieniu się nowego zjawiska. Spośród badanych uczniów szkół ponadgimnazjalnych 3,5% potwierdziło, że ma za sobą doświadczenie używania dopalaczy [6]. W naszych badaniach przeprowadzonych wśród studentów Akademii Medycznej we Wrocławiu w 2010 roku aż 20% przynajmniej się do stosowania dopalaczy. Dopalacze wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych trzykrotnie częściej zażywali uczniowie niż uczennice. Badania wśród studentów nie wykazały takiej zależności. Zasadne wydaje się rozszerzenie badań i poznanie zależności pomiędzy zażywaniem dopalaczy przez studentów a pozycją społeczną, miejscem zamieszkania, statusem materialnym, średnią ocen i zaangażowaniem w praktyki religijne. Przeprowadzone badania wykazały, że głównym powodem sięgania po środki psychoaktywne jest ciekawość, chęć zabawy i odstresowania. Podobne wyniki uzyskano w 2004 roku w badaniach ankietowych wśród studentów w ramach akcji *Uczelnie wolne od narkotyków*. Głównym powodem zażywania dopalaczy, jaki wówczas wskazali studenci, była chęć uzyskania przyjemności, następnie: relaksu, wyluzowania oraz przeżycia czegoś niezwykłego. Jako dalszy powód studenci podali chęć zapomnienia o problemach. Często podawanymi powodami były nuda oraz chęć posiadania większej energii, głównie dla zabawy [7]. Dlatego ważna jest, nawiązując do wypowiedzi dyrektora EMCDDA Wolfganga Götz, zacytowanej na wstępie artykułu, potrzeba nowych rozwiązań nie tylko w zakresie monitorowania, ale także w obszarze polityki społecznej i zdrowotnej. Nawet jeśli dopalacze okażą się przejściową modą, na ich miejsce pojawi się najprawdopodobniej cała gama „spowalniaczy” czy „przyspieszaczy”, które nie muszą, ale mogą, stworzyć zagrożenie dla zdrowia publicznego. Niezastąpione wydają się kompleksowe i systemowe zmiany, które pozwolą na kontrolę nowych substancji. Kontrolę opartą nie na represji, lecz na wiedzy naukowej oraz zrozumieniu zjawiska [8, 9]. Poznanie i zrozumienie zjawiska dopalaczy, zrozumienie i uświadamianie młodzieży oraz wskazywanie rozwiązań, metod i form w zakresie umiejętności rozwiązywania problemów powinny stać się głównymi tematami pracy w przeciwdziałaniu rozpowszechnianiu zażywania substancji psychoaktywnych. Ważne jest również przekazanie młodzieży wiedzy i umiejętności w zakresie reagowania w sytuacjach trudnych, ukazywanie możliwości spędzania wolnego czasu, rozwijania zainteresowań, hobby oraz nauka komunikacji i wyrażania emocji.

Badania potwierdzają, że liczba ludzi zażywających dopalacze z roku na rok rośnie, a tym samym rośnie liczba uzależnionych [10].

Bibliografia

- [1] Kidawa M., *Dopalacze – przejściowa moda czy realne zagrożenie?*, www.narkomania.org.pl/czytelnia/88,Dopalacze-przejsciowa-moda-czy-realne-zagrozenie (stan na 18.04.2012).
- [2] Kozierkiewicz A., *Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*, Vesalius, Warszawa–Kraków 2001.
- [3] *18 zgonów wywołanych przez dopalacze?*, www.wyborcza.pl/1,76842,8543483,18_zgonow_wywołanych_przez_dopalacze_.html (stan na 18.04.2012).
- [4] „Newsweek Polska” z 12 czerwca 2005, nr 23.
- [5] Chmiel-Perzyńska I., Kowal A., Derkacz M., Grywalska E., *Czy lekarz rodzinny powinien posiadać wiedzę o „dopalaczach”?*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2009, vol. 11, nr 3, s. 258–260.
- [6] *Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną – Młodzież 2008. Raport na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii*, CBOS, Warszawa 2008, www.narkomania.gov.pl/mlodziej2008.pdf (adres nieaktualny).
- [7] www.narkomania.org.pl/czytelnia/24,Studenci-2004-raport-z-badania-ankietowego-na-temat-uzywania-substancji-psychoaktywnych-przez-studentow (stan na 18.04.2012).
- [8] *Notatka informacyjna Agencji UE ds. narkotyków z siedzibą w Lizbonie. Ogłoszenie sprawozdania rocznego o stanie problemu narkotykowego w Europie*, PAP, 6 listopada 2008.
- [9] *Sprawozdanie roczne 2008. Stan problemu narkotykowego w Europie*, EMCD-DA, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, Luksemburg 2008.
- [10] Sierostawski J., *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych ESPAD*, Warszawa 2007, <http://www.narkomania.gov.pl/espac2007.zip> (adres nieaktualny).



Karolina Jankowska¹, Krystyna Misiak²

Poziom wiedzy studentów o alkoholu i alkoholizmie

Abstract

The Level of Knowledge about Alcohol and Alcoholism among University Students

Alcoholic beverages have accompanied people almost from the beginning of their history. They were present at the dawn of our civilization, used by a neolithic man in rituals, and were found in oldest documentary. The first evidence for the brewing process and drinking beer comes from Mesopotamia, dating back to about 5000 BC. Alcohol has a detrimental effect on many organs and systems in human body and disturbs their functioning in many ways. It's very difficult for alcoholics to resist the addiction. They suffer several behavioral changes because alcohol affects various areas of the brain, interferes with the brain's information-processing ability, leads to increased irresponsible, aggressive, risk-taking behaviors. Alcoholics risk cognitive deficits, slow degeneration of higher mental functions, reflexive thinking, feelings and morality. The aim of the present study was to estimate the level of knowledge about alcohol and alcoholism among university students in Wrocław, where the research was conducted. The study population was composed of students attending different universities, the research sample was 100 people: 75 women and 25 men, average age of 23.74 with a standard deviation of $\approx 5,25$. Study method was the original questionnaire based on a five-point Likert scale. Subjects answered questions regarding alcohol and alcoholism and testing if they believe in myths and common misconceptions about alcoholism.

Test results show that knowledge about alcohol and alcoholism among university students in Wrocław is incomplete. Most of the common myths had no influence on students, with one exception: that alcohol is a remedy for minor complaints.

Key words: *youth, alcohol, alcoholism*

Słowa kluczowe : młodzież, alkohol, alkoholizm

¹ Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA we Wrocławiu.

² Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Zdrowia Publicznego, Zakład Gerontologii.

Wstęp

Alkoholami nazwana jest grupa organicznych związków chemicznych pochodnych węglowodorów, do której, obok etanolu, czyli alkoholu etylowego, należą również: metanol, propanol, butanol itd. Alkohol etylowy (EtOH) wchłaniany jest do organizmu natychmiast po wprowadzeniu. Szybkość wchłaniania zależy m.in. od tempa przesuwania się treści pokarmowej z żołądka do dwunastnicy i jelit oraz od tego, czy był rozpuszczony w cieczy gazowej. Treść żołądkowa spowalnia wchłanianie alkoholu, zaś nasycenie dwutlenkiem węgla przyspiesza ten proces. Jelita są miejscem, gdzie najwięcej alkoholu przenika do krwi, natomiast najwyższe jego stężenie występuje w ślinie, moczu, krwi, żółci, a także płynie mózgowo-rdzeniowym. Wchłanianie alkoholu i związany z tym wzrost stężenia we krwi wywołuje fizjologiczną reakcję organizmu w postaci stanu upojenia [1]. Ponad 90% spożytego alkoholu metabolizowane jest w wątrobie, w małych ilościach wydalany jest z oddechem, moczem, potem i kałem [2]. Dawka toksyczna zależy w dużej mierze od indywidualnej tolerancji, jednak 300–400 ml czystego alkoholu zażytego w ciągu 1h stanowi zazwyczaj dawkę śmiertelną. Wyrazem ciężkiego zatrucia jest śpiączka. Może występować już przy stężeniu etanolu we krwi wynoszącym 43 mmol/l, czyli 2 promile (zwłaszcza u kobiet, młodzieży i dzieci), natomiast u alkoholików może nie wystąpić przy stężeniu etanolu równym 87 mmol/l, czyli 4 promile. Przy stężeniach powyżej 5 promili występują drgawki, zniesienie odruchów rogówkowych i źrenicznych, brak reakcji na ból, zaburzenia oddychania, zapaść, ostra niewydolność nerek i zgon, chociaż zdarzają się zatrucia zakończone pomyślnie mimo stężenia alkoholu we krwi powyżej 8 promili [3].

Zespół uzależnienia od alkoholu (ZUA), inaczej alkoholizm czy choroba alkoholowa, to stan, w którym picie alkoholu góruje nad innymi zachowaniami. Obejmuje objawy somatyczne, psychiczne i behawioralne. Charakteryzuje go jeden z trzech sposobów picia: codzienne wypijanie alkoholu w celu utrzymania zadowalającego funkcjonowania; regularne, ale ograniczone do weekendów, picie dużych ilości alkoholu; ciągi picia występujące naprzemiennie z okresami trzeźwości. Kryteria rozpoznawania choroby alkoholowej obejmują takie zachowania, jak: silna chęć lub poczucie przymusu picia alkoholu, upośledzona (zwykle trwale) zdolność kontrolowania picia alkoholu (rozpoczęcia, zakończenia lub wypijanej ilości), picie alkoholu w celu złagodzenia objawów abstynencyjnych, osiąganie głębokich stanów upicia się, z późniejszą niepamięcią (palimpsesty alkoholowe), wzrost tolerancji, tzn. potrzeba wypijania wzrastających dawek alkoholu w celu uzyskania skutku poprzednio wywołanego mniejszymi ilościami, picie alkoholu w taki sam sposób w dni robocze i wolne oraz nieliczenie się ze społeczną dezaprobatą sposobu picia, narastające pomijanie innych przyjemności lub zainteresowań na rzecz picia alkoholu, kontynuowanie picia alkoholu mimo zdawania sobie sprawy ze szkodliwych konsekwencji zdrowotnych, stosowanie różnych strategii racjonalizujących i uzasadniających konieczność picia

alkoholu (zły szef, niegospodarna żona, nieudane dzieci, nacisk kolegów itd.) czy w końcu picie alkoholi niekonsumpcyjnych [4]. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje zespół uzależnienia od alkoholu jako stan (psychiczny i/lub fizyczny) spowodowany pićm alkoholu i charakteryzujący się określonymi zachowaniami (bądź innymi reakcjami), w których pojawia się przymus picia po to, aby doświadczyć działania alkoholu na psychikę lub by uniknąć dyskomfortu związanego z odstawieniem alkoholu [5]. Zespół uzależnienia od alkoholu rozwija się stopniowo. Elvin Morton Jellinek wyróżnia cztery fazy w przebiegu alkoholizmu: wstępną, ostrzegawczą, krytyczną i przewlekłą. Pierwsza z nich – faza wstępna to picie alkoholu w celu uzyskania ulgi oraz wzrost tolerancji na alkohol. Granice między fazą pierwszą (wstępną) a drugą (ostrzegawczą, zwiastunową) wyznacza pojawienie się luk pamięciowych, tzw. palimpsestów. Fazę ostrzegawczą charakteryzują (poza palimpsestami) takie objawy, jak: coraz większa koncentracja na alkoholu, picie po kryjomu, łapczywie, organizowanie sposobności do picia, poczucie winy oraz unikanie rozmów na temat picia alkoholu. Faza krytyczna rozpoczyna się wraz z wystąpieniem podstawowego dla alkoholizmu objawu, jakim jest tracenie kontroli nad pićm. Osobom znajdującym się w tej fazie coraz więcej czasu zajmuje wyszukiwanie i wymyślanie usprawiedliwień dla picia, a jednocześnie coraz częściej pojawiają się stany agresji przeplatane wyrzutami sumienia. W tej fazie mamy do czynienia z próbami kontrolowania picia przez wyznaczanie sobie okresów całkowitej wstrzeźmliwości od alkoholu bądź przez zmianę rodzaju napojów alkoholowych. Dochodzi też do uzalania się nad sobą i – co się z tym wiąże – niekiedy do prób samobójczych. Zaburzeniu ulegają stosunki z otoczeniem: ograniczenie kontaktów z przyjaciółmi, kłopoty w pracy – łącznie z jej utratą. Pojawiają się również coraz większe problemy zdrowotne spowodowane przewlekłym zatruciem organizmu. Poranne picie alkoholu, zwane potocznie klinem czy zaprawką, staje się regułą. Wraz z wystąpieniem wielodniowych ciągów rozpoczyna się faza przewlekła kończąca się, w przypadku niepodjęcia leczenia, utratą rodziny, pracy, poważnymi problemami zdrowotnymi (fizycznymi i psychicznymi), a także śmiercią. Należy jednak pamiętać, że zatrzymanie procesu chorobowego jest możliwe na każdym etapie i w każdej fazie [1].

Między osobami uzależnionymi od alkoholu etylowego występuje bardzo dużo różnic dotyczących zarówno cech indywidualnych, jak i cech picia. Od ponad wieku klinicyści i badacze na podstawie tych różnic próbują stworzyć systematykę poszczególnych typów alkoholików. Pozwala to lepiej zrozumieć problem uzależnienia. Historię typologii alkoholizmu podzielić możemy na trzy okresy: przednaukowy, „erę Jellinka” oraz okres „po Jellinku”. W okresie przednaukowym lekarze – szczególnie ci zajmujący się chorobami psychicznymi i uzależnieniami – stworzyli wiele typologii opartych przede wszystkim na obserwacjach klinicznych, opisach przypadków i intuicyjnych koncepcjach. Jellinka uważa się za twórcę pierwszej naukowej typologii wywodzącej się z ogólnej koncepcji alkoholizmu jako choroby. Wszystkie typologie, które pojawiły się po

przełomowej pracy Jellinka, opierały się głównie na wynikach badań empirycznych. Pomimo całej różnorodności pojęć metodologicznych podtypy wyróżniane w typologiach, począwszy od XIX wieku, można zaklasyfikować do dwóch różnych kategorii: apolińskiej i dionizyjskiej. Mitologia Greków i Rzymian przypisuje bogowi Apollo cechy kontemplacji, intelektu, twórczości artystycznej oraz powściągliwości. A zatem u alkoholików z podtypów zaliczanych do kategorii apolińskiej występuje późniejszy początek picia, wolniejszy rozwój choroby, mniejsze powikłania i mniejsze zaburzenie psychiczne – dlatego też lepsze są rokowania. Bóg Dionizos natomiast znany był z ekscesów seksualnych, rozpusty i awanturnictwa. Osoby z podtypów dionizyjskich charakteryzuje wczesny początek picia, nasilone uzależnienie, większa podatność psychiczna i większe zaburzenia osobowości. Chociaż alkoholizm często traktowany jest jako jednorodne zaburzenie, które mieści się w obrębie jednego rozpoznania, wiele przemawia za tym, że alkoholicy różnią się wieloma cechami, do których możemy zaliczyć: wzorzec picia, typ uzależnienia, predyspozycje genetyczne, cechy osobowości i poprzedzające uzależnienie zaburzenia psychiczne. Biorąc pod uwagę czynniki etiologiczne, Jellinek zaproponował pięć typów alkoholizmu: alfa, beta, gamma, delta i epsilon. Przede wszystkim typ gamma i delta różnią się czynnikami etiologicznymi, np. powodem picia alkoholików typu gamma jest podatność psychologiczna, a przyczyn picia alkoholików typu delta upatruje się w czynnikach społecznych i ekonomicznych. U alkoholików typu gamma obserwuje się utratę kontroli nad piciem, a u alkoholików typu delta niezdolność do powstrzymania się od picia. Jellinek połączył dwie grupy, u których picie jest objawem działania przyczyn endogennych, w jedną grupę alkoholików gamma; zmienił nazwę „prawdziwy alkoholizm” na „alkoholizm epsilon”; nasilonemu alkoholizmowi „towarzyskiemu” nadal nadał nazwę „alkoholizm delta” [6].

Założenia i cel pracy

Celem pracy było określenie zakresu posiadanej wiedzy przez studentów uczelni wrocławskich na temat alkoholu i alkoholizmu. Przyjęto założenie, że studenci często spożywają alkohol, ponieważ nie mają pełnej wiedzy o jego wpływie na organizm człowieka, jak również, że pełnej wiedzy o różnych aspektach uzależnienia od alkoholu. Uznano, że być może mity i stereotypy rozpowszechnione w Polsce utrudniają ocenę faktycznego zagrożenia. W kwestionariuszu zostały uwzględnione następujące stereotypy: alkoholikiem nie może zostać osoba, która pije tylko piwo lub tylko wino, ludzie z chorobą alkoholową to ludzie, którzy są bezdomni i brudni, alkoholikiem zostaje się na własne życzenie, alkoholikiem jest tylko ten, kto musi się leczyć, ludzie z chorobą alkoholową piją tylko alkohole wysokoprocentowe i/lub wynalazki, alkohol może być dobrym lekarstwem na różne dolegliwości.

Materiał i metody

Badania przeprowadzone zostały we Wrocławiu na terenie tutejszych uczelni wyższych w styczniu i lutym 2010 roku. Próba badawcza wyniosła 100 osób, w tym 75 kobiet i 25 mężczyzn; średnia wieku to 23,74 lata, przy odchyleniu standardowym $\approx 5,25$. Są to studenci Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich, Politechniki Wrocławskiej, Uniwersytetu Przyrodniczego oraz Uniwersytetu Ekonomicznego. 27 z nich to osoby mieszkające na wsi, 33 osoby to mieszkańcy miast do 100 tys. mieszkańców, a 40 osób zamieszkuje miasto powyżej 100 tys. mieszkańców.

Metodą badawczą był autorski kwestionariusz ułożony na podstawie pięciostopniowej skali Likerta. Respondenci mieli za zadanie ustosunkować się do każdego spośród proponowanych twierdzeń na temat alkoholu i alkoholizmu przez wskazanie jednego z proponowanych itemów: zdecydowanie nie zgadzam się, częściowo nie zgadzam się, nie mam zdania, częściowo zgadzam się, zgadzam się całkowicie. Wybór metody wynikał z założonego celu. Uzyskane odpowiedzi zostały poddane analizie za pomocą arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel, który posłużył do uporządkowania danych, wyliczenia odchylenia standardowego i wskaźnika struktury.

Wyniki

Wyniki nie są jednoznaczne. Z twierdzeniem: wzrost tolerancji, tzn. potrzeba wypijania wzrastających ilości alkoholu w celu uzyskania skutku poprzednio wywołanego mniejszymi ilościami, jest charakterystyczny dla choroby alkoholowej, zgodziło się tylko 36% studentów Akademii Medycznej i 31% studentów studiów niemedycznych. Biorąc pod uwagę kolejną opinię, że osiągnięcie głębokich stanów upicia się, z późniejszą niepamięcią, nie jest cechą choroby alkoholowej, studenci odpowiedzieli następująco: 28% studentów Akademii Medycznej dało prawidłową odpowiedź, nie zgadzając się z powyższym stwierdzeniem, 19% odpowiedziało źle, a 4% nie miało zdania. Natomiast studenci innych wrocławskich uczelni odpowiedzieli: 27% dobrze, 10% źle, a aż 12% nie miało zdania. Ponad 80% studentów wrocławskich uczelni potwierdza, że alkoholikiem może zostać osoba pijąca tylko piwo lub tylko wino. Miejsce zamieszkania nie różnicuje opinii na ten temat.

Kolejną badaną kwestią były wybrane, powszechnie funkcjonujące opinie na temat alkoholu i alkoholizmu. Celem przedstawienia opinii było sprawdzenie, czy studenci wrocławskich uczelni postrzegają ten problem przez pryzmat stereotypów. Odpowiedzi były bardzo zróżnicowane. Z opinią: ludzie z chorobą alkoholową to ludzie, którzy są bezdomni, brudni, 72% studentów nie zgadza się częściowo lub całkowicie; z opinią: alkoholikiem zostaje się na własne życzenie,

64% zgadza się całkowicie lub częściowo; z kolejną kwestią: alkoholikiem jest tylko ten, kto się leczy, 83% studentów wrocławskich uczelni wyższych nie zgadza się całkowicie, a 9% częściowo się nie zgadza. Wynik dotyczący tej opinii pokazuje, że społeczeństwo studenckie nie poddaje się mitom. Podobnie jest z opinią: ludzie z chorobą alkoholową piją tylko alkohole wysokoprocentowe i/lub „wynałazki” – 75% respondentów nie zgadza się z tym częściowo lub całkowicie. Wątpliwości natomiast wzbudza twierdzenie, że alkohol może być dobrym lekarstwem na różne dolegliwości – ponad 50% studentów wrocławskich uczelni zgodziło się z tą opinią. Patrząc bardziej szczegółowo, 58% studentów Akademii Medycznej oraz 42% studentów uczelni niemedycznych odpowiedziało, że zgadza się z powyższym stwierdzeniem całkowicie lub częściowo.

Jednym z wielu rozpatrywanych zagadnień było pojęcie współzależnienia. Istotna tym samym była ocena, czy wrocławscy studenci znają grupy samopomocy, czy uważają, że uzależnienie jednego członka rodziny jest tylko chorobą tej osoby czy chorobą całej rodziny oraz jak zachowują się, gdy dowiedzą się, że przyjaciel bierze udział w mitingach AA, czy się wycofają z relacji przyjaźni. Otóż przeprowadzone badania wykazały, że znaczna większość, bo 78%, wie o istnieniu DDA, czyli dorosłych dzieci alkoholików, a 85% wie, że istnieją grupy samopomocy dla małżonków osób uzależnionych. 64% badanych uważa, że alkoholizm jest chorobą całej rodziny, a nie tylko osoby, którą to bezpośrednio dotyczy, 18% podała, że nie zna odpowiedzi na to pytanie, a aż 18% uważa, że to tylko problem uzależnionego. Za przyczynę powstania choroby alkoholowej $\frac{3}{4}$ ankietowanych uważa stres i kłopoty oraz niepowodzenie zawodowe lub/i rodzinne. Ponad połowa (52%) uważa, że do powstania choroby alkoholowej przyczyniają się uwarunkowania genetyczne, 30% nie zgadza się z tym, a 18% nie ma zdania. W ocenie picia dużych ilości alkoholu jako przyczyny problemu respondenci nie są już tak zgodni: 47% zgadza się z tym, 46% nie zgadza, a 7% nie ma zdania. 85% badanych zgodziło się z opinią, że alkoholizm wiąże się z takimi zachowaniami, jak picie przez kilka dni w miesiącu, czyli tzw. ciągami alkoholowymi. Na podaną kwestię, że alkoholikiem nie zostanie ten, kto pije tylko w weekendy, aż 75% wyraziło sprzeciw, co daje powód do nadziei, że badani nie poddali się mitom panującym w społeczeństwie. Nie dla wszystkich jednak, ale dla większości, picie dla usunięcia objawów kaca jest przejawem alkoholizmu. 51% studentów twierdzi, że zawsze można panować nad tym, kiedy i ile się pije, 43% ma przeciwną opinię na ten temat, a tylko 6% nie ma swojego zdania.

Tabela 1. Wybór opinii na temat alkoholu i alkoholizmu

Lp.	Opinie	Nie zgadzam się całkowicie	Nie zgadzam się częściowo	Nie mam zdania	Zgadzam się częściowo	Zgadzam się całkowicie	Razem
		%	%	%	%	%	%
1	Dla choroby alkoholowej charakterystyczny jest wzrost tolerancji na alkohol.	6	7	20	25	42	100
2	Dla choroby alkoholowej charakterystyczne jest osiąganie stanów upojenia z późniejszą niepamięcią.	44	11	16	14	15	100
3	Nie może zostać alkoholikiem osoba, która pije tylko piwo lub tylko wino.	67	16	4	6	7	100
4	Alkoholik to człowiek bezdomny, brudny.	49	23	5	19	4	100
5	Alkoholikiem zostaje się z wyboru, „na własne życzenie”.	9	19	8	29	35	100
6	Alkohol może być dobrym lekarstwem na stresy.	10	11	28	28	23	100
7	Istnieją grupy pomocy dla dzieci, których rodzice byli alkoholikami.	4	3	15	9	69	100
8	Istnieją grupy pomocy dla współmałżonków ludzi uzależnionych od alkoholu.	3	1	11	10	75	100
9	Uzależnienie jednego członka rodziny jest chorobą całej rodziny.	4	14	18	10	54	100
10	Nie można przyjaźnić się z osobą biorącą udział w mitingach AA.	77	11	5	5	2	100

Dyskusja

W krajach Unii Europejskiej średnie spożycie alkoholu na jednego mieszkańca oraz preferowany rodzaj napojów alkoholowych są bardzo zróżnicowane. Tradycyjnie, w zależności od preferencji napojów alkoholowych, możemy wyróżnić trzy grupy krajów: południowe, w których dominuje picie wina, kraje Europy Środkowej, gdzie pije się głównie piwo, oraz kraje północne z największym spo-

życiem alkoholi wysokoprocentowych. W obrębie tych grup i poszczególnych krajów istnieje znaczne zróżnicowanie, obserwuje się także gwałtowne zmiany zwyczajów dotyczących konsumpcji napojów alkoholowych, jak np. narastanie zjawiska nadużywania alkoholu, szczególnie wśród kobiet, a w krajach północnych wzrost spożycia wina [7]. Analiza uzyskanych wyników pozwala stwierdzić, że studenci wrocławskich uczelni wiedzą, że pijąc tylko piwo lub tylko wino, można się uzależnić; odpowiedziało w ten sposób około 80% badanych. Dane te są zgodne z innymi opublikowanymi wynikami [8]. Jest to znaczące w kontekście powszechnie panującej opinii, zgodnie z którą piwa nie uważa się za alkohol, tylko napój chłodzący. Mimo iż, jak wskazały wyniki, studenci nie podzielali innych stereotypowych opinii na temat alkoholizmu, to zadziwiające jest, że na pytanie o to, czy alkohol jest dobrym sposobem łagodzenia różnych dolegliwości, ponad połowa (51%) odpowiedziała, że zgadza się z tą tezą. I to również pokrywa się ze wspomnianymi wcześniej badaniami [8]. Studenci w większości nie znali odpowiedzi na pytanie, czy alkoholicy są częściej zarażeni chorobami wenerycznymi. Na ankietowanych 100 osób tylko 27 odpowiedziało twierdząco, podając prawidłową odpowiedź, 28 nie znało odpowiedzi, a aż 45 osób uważało, że powyższe stwierdzenie jest nieprawdą. Na inne pytanie dotyczące odporności alkoholików, a mianowicie, czy alkoholik ma obniżoną odporność, prawie ¼ respondentów (23%) nie znało odpowiedzi, 30% odpowiedziało błędnie, a niecała połowa (47%) odpowiedziała dobrze. Nadużywanie alkoholu prowadzi do zaburzenia odpowiedzi immunologicznej. Zaburzeniami odporności w chorobie alkoholowej przejawia się zwiększoną podatnością osób uzależnionych na zakażenia bakteryjne, wirusowe, a także choroby nowotworowe [9]. Dowiedziono, że zarówno czynniki społeczne, jak i biologiczne warunkują spożywanie alkoholu i określają ryzyko występowania alkoholizmu. Jednym z podstawowych czynników biologicznych jest komponent genetyczny [10]. Tak również wypowiedzieli się respondenci. 52% badanych twierdzi, że przyczyną powstania choroby alkoholowej są czynniki genetyczne. Warto też przytoczyć wyniki badań zespołu pracującego pod kierownictwem Cloningera (1987) dotyczące ryzyka wystąpienia uzależnień u dzieci adoptowanych, których rodzice biologiczni byli, lub nie byli, uzależnieni. Wynika z nich, że ogólny wskaźnik alkoholizmu w populacji dorosłych mężczyzn wynosi 11,4%, u kobiet jest ponad dwukrotnie niższy i został ustalony na 5%. Jeśli choć jedno z rodziców biologicznych było uzależnione, to wskaźnik uzależnienia u ich synów wynosi 29,5%, u córek 9,5%. W przypadku uzależnienia obojga rodziców częstotliwość uzależnienia u synów wzrasta do 41,2%, u córek zaś do 25% [5]. Dowiedziono również, że uwarunkowania genetyczne są istotne przy określaniu tolerancji na alkohol. Wrocławscy studenci na pytanie, czy wzrost tolerancji, tzn. potrzeba wypijania wzrastających ilości alkoholu w celu uzyskania skutku poprzednio wywołanego mniejszymi ilościami, jest charakterystyczny dla choroby alkoholowej, w 67% odpowiedzieli, że tak.

Wnioski

1. Poziom wiedzy studentów na temat alkoholu i choroby alkoholowej jest wystarczający, jednak nie wpływa to na wzrost zachowań abstynenckich. Wiadomo, że ponad połowa osób uzależnionych od alkoholu pije przede wszystkim piwo. Upijanie się piwem i winem trwa dłużej, jest bardziej zwodnicze i łatwiej wciąga nowych konsumentów, głównie młodzież i kobiety. Częste picie piwa jako napoju chłodzącego jest pułapką, w przypadku picia dla orzeźwienia przez osoby zmęczone w czasie pracy fizycznej jest szczególnie niebezpieczne.
2. Młodzież studencka nie postrzega uzależnienia od alkoholu przez pryzmat mitów i stereotypów rozpowszechnionych w społeczeństwie polskim.
3. Studenci wrocławskich uczelni znają grupy samopomocy dla członków rodzin uzależnionych, wiedzą, że uzależnienie jest chorobą całej rodziny, byliby gotowi udzielić wsparcia osobistego bliskim osobom uzależnionym od alkoholu.

Bibliografia

- [1] Woronowicz B.T., *Alkoholizm jako choroba*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1994, s. 5–6, 43–44.
- [2] Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L., *Psychopatologia*, tłum. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Zysk i S-ka, Poznań 2003, s. 634.
- [3] Januszewicz W., Kokot F., *Interna*, t. 3, PZWL, Warszawa 2002, s. 1551–1552.
- [4] Bilikiewicz A., Landowski J., Radziwiłłowicz P., *Psychiatria – repetytorium*, PZWL, Warszawa 2003, s. 173–175.
- [5] Pospiszyl I., *Patologie społeczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 129, 139–140.
- [6] Bartosik A., *Alkohol a zdrowie – typologia alkoholizmu*, PARPA, Warszawa 2000, s. 24–45.
- [7] *Europejski kodeks walki z rakiem*, tłum. M. Chechlińska, Centrum Onkologii, Warszawa 2009, s. 47.
- [8] Chodkiewicz J., *Picie alkoholu oraz wiedza o jego działaniu wśród studentów łódzkich szkół wyższych*, „Alkoholizm i Narkomania” 2006, t. 19, nr 2, s. 107–119.
- [9] Kandefer-Szerszeń M., Paduch R., Szuster-Ciesielska A., *Zaburzenia odporności w chorobie alkoholowej*, „Medycyna Ogólna” 2004, nr 10, s. 1–2.
- [10] Chrostek L., Szmikowski M., *Genetyczne uwarunkowania tolerancji na alkohol*, „Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej” 1998, t. 52, nr 1, s. 35–47.



Halina Kulik¹, Stanisława Dutkiewicz¹

Życie z piętnem rodziny alkoholowej

Abstract

Life with the Stigma of an Alcoholic Family

Alcohol problems is widespread in almost all societies. Both scientific and popular literature includes a lot of information on the size of the phenomenon, its negative results for a human being, family and the whole society.

Less is said about children being injured by the alcoholism of their mothers or about adult children of alcoholics, and even in case such a situation happens we do not know about it since their attitude does not reveal what they hide deeply. And in fact they are the biggest, non-guilty victims of alcoholism of their parents and have to face throughout all their lives the stigma of „an alcoholic family”.

The work attempts to present an inspiring role of social organizations „Adult Children of Alcoholics” and FAStryga Foundation, that was created at the Centre of Foster Care in Łędziny. As assumed the Centre was to support and train foster parents and parents who adopted children as well as candidates for foster carers. However, emotional disorder and behaviour with suspicion of a limited background of the problem (brain damage) as appearing in many to be adopted children, made the founder build therapeutic programmes. Currently the main problem that the association is dealing with is the Fetal Alcohol Syndrome (FAS).

At the moment the Centre runs therapeutic workshops for foster parents, parents who adopt children, carers from family-type children’s homes as well as foster parents consultants. The association offers therapeutic programmes to be carried out in the centre but also at home.

Key words: FAS syndrome, adults children of alcoholics

Słowa kluczowe: zespół FAS, dorosłe dzieci alkoholików

Wstęp

Rodzina stanowi system społeczny, którego podstawowym celem jest wspieranie rozwoju wszystkich jej członków. Virginia Satir porównuje rodzinę do rzeźby po-

¹ Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Opieki Zdrowotnej, Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa.

ruszanej mechanicznie lub ruchem powietrza. Nadaje jej nazwę *mobile*. Rzeźba przedstawia kilka motyli – dużych i małych przyczepionych na sznurkach do patyczków. Motyle to członkowie rodziny, sznurki i patyczki to reguły obowiązujące w rodzinie. Wszystko jest w równowadze do czasu, gdy nie zawieje wiatr... [1].

Jedną z przyczyn destrukcji systemu rodzinnego jest fakt nadużywania alkoholu przez dorosłych członków rodziny. Niszczącym skutkiem oddziaływania alkoholu podlega wówczas nie tylko sam system rodziny, ale przede wszystkim jej członkowie, nawet nienarodzone dzieci.

Schemat funkcjonowania rodziny alkoholowej obejmuje cztery podstawowe fazy:

- Faza reaktywna – cechami charakterystycznymi tej fazy są: *zaprzeczanie*, czyli unikanie rozmów na temat alkoholu; *strategia radzenia sobie*, czyli próba przystosowania się do życia w domu z świadomymi lub nieświadomymi zachowaniami niepijących członków rodziny w celu radzenia sobie z problemem oraz komunikowaniem się z alkoholikiem na temat jego problemu, które on traktuje jako „zrzęczenie” lub „oskarżanie”; *izolacja społeczna, fizyczna i emocjonalna*, czyli wycofanie się z kontaktów społecznych. Dzieci w tej fazie często uczestniczą w konfliktach między rodzicami, stając się największymi ofiarami tych konfliktów – opowiadając się za jednym rodzicem, narażają się na gniew drugiego; pozbawione są wsparcia fizycznego i emocjonalnego; unikają kontaktów z rówieśnikami; uczą się destruktywnych i negatywnych sposobów radzenia sobie z problemami; są nieufne, pozbawione pozytywnych wzorców, systemu wartości, norm społecznych, poczucia własnej wartości.
- Faza aktywna – cechą charakterystyczną tej fazy jest *świadomość problemu*. Niepijący członkowie rodziny nie zaprzeczają istnienia problemu, rozumieją specyfikę choroby i jej destrukcyjny wpływ na ich zachowanie i funkcjonowanie, są świadomi faktu, że jeżeli osoba pijąca nie podejmie terapii i nie porzuci alkoholu, nic się nie zmieni, nie poddają się negatywnym skutkom choroby, ale zaczynają się separować od niego, *próbując wrócić do normalnego życia*, na tyle, na ile sytuacja na to pozwala.
- Faza alternatywna – główne cechy tej fazy to *polaryzacja*, czyli odsuwanie się od siebie członków rodziny i opowiadanie się za jedną ze stron; *separacja* – jako jedyne skuteczne rozwiązanie dla niektórych rodzin, oraz *zmiana i reorganizacja rodziny* – członkowie mogą się zjednoczyć i rozwijać. W tej fazie rodzina, jeżeli ma nadal funkcjonować i znaleźć właściwe dla siebie rozwiązanie problemu, potrzebuje pomocy i wsparcia.
- Faza zjednoczenia – w której niezwykle ważna jest trzeźwość i budowanie zdrowych relacji [2].

Dziecko w rodzinie alkoholowej uczy się trzech podstawowych zasad tworzonych przez rodzica:

- Nie mów – nie mówi się o tym, że on (ona) pije. Mówi się o złym samopoczuciu, niedyspozycji czy złej kondycji. „Nie mówić” oznacza też zamknąć się na tematy związane z rodziną wobec obcych.

- Nie ufaj – ponieważ ufności i porządku świata dziecko uczy się od rodziców i przez rodziców, brak oparcia w dorosłych pozbawia je pewności i rozeznania. Nieufność budzi obronność, zaś brak porządku rodzi chaos myśli i nieuporządkowanie życia uczuciowego. Nie ufać oznacza też nie mieć busoli ani mapy na dalszej drodze życia.
- Nie czuj – to efekt nauki znieczulania się. Negatywne przeżycia i emocje powodują obronne odcinanie się od nich. Przywdzianie emocjonalnego pancerza ochronnego pozwala na unikanie bolesnego kontaktu z rzeczywistością i tym samym przetrwanie [3].

Drugą grupę reguł tworzy samo dziecko i sprowadzają się one do zasady: „Muszę zrobić wszystko, by być tak bezpiecznym jak to tylko możliwe” [4].

Rodzina uczestniczy w rozwoju tożsamości dzieci, przydzielając im określone role społeczne, które sprzyjają funkcjonowaniu całego systemu. Role te stanowią też swego rodzaju drogowskaz w późniejszym życiu. W rodzinie alkoholowej dziecko przyjmuje role, starając się przetrwać. Role te kształtują tożsamość dziecka i o ile sprawnie funkcjonują w okresie dzieciństwa, to w życiu dorosłym stają się prawdziwym balastem.

Piętno rodziny alkoholowej to specyficzne cechy dorosłych dzieci alkoholi-ków, a w szczególności:

- Nieumiejętność nawiązywania intymnych związków i obawa przed utratą własnego ja w bliskich związkach uczuciowych.
- Obawa przed zdemaskowaniem własnej nieatrakcyjności i porzuceniem.
- Ukrywanie uczuć i podatność na zranienie.
- Obawa przed sytuacją konfliktową i gniewem.
- Kłopoty z odpowiedzialnością: nadmierne podejmowanie odpowiedzialności lub uchylanie się od niej.
- Poczucie odmienności i izolacji od ludzi.
- Nieumiejętność radowania się i bawienia.
- Trudności w odróżnianiu tego, co normalne, od tego, co nienormalne.
- Szukanie trudności i kryzysów w miejsce spokojnego życia.
- Nadmierne poczucie lojalności.
- Obawa przed utratą kontroli.
- Tendencje do kłamstwa „bez powodu” – nawet wtedy, gdy łatwiej byłoby powiedzieć prawdę [5].

Piętno rodziny alkoholowej to również podejmowanie specyficznych ról społecznych przez dzieci alkoholi-ków:

- Bohater rodzinny – to najczęściej najstarsze dziecko. Osoba pełna wyrzeczeń i poświęceń dla rodziny. Rezygnuje z ważnych, osobistych celów życiowych, by godzić rodziców, kształcić młodsze rodzeństwo, nakładać na siebie rozliczne obciążenia, by inni mieli lżej. Bohater rodzinny nigdy nie powie: „Stop!” ani: „Nie mogę już więcej”. Ma małą świadomość własnych potrzeb i nie potrafi dbać w zdrowy sposób o siebie.

- Wspomagacz – to dziecko najbliższe wzoru współzależnienia. Często „dziecko-rodzic” zwane tak ze względu na fakt, iż przyjmuje postawę opiekuńczą wobec osoby pijącej. Jego głównym zadaniem jest chronienie alkoholika przed przykrymi skutkami picia, przez co nieświadomie sprzyja rozwojowi choroby, a nie otrzeźwieniu człowieka. To on wylewa alkohol do zlewu albo przynosi go do domu, by alkoholik nie wyszedł, by się dopoić. Nie pozwala sobie na „bycie obok”, co wobec osoby uzależnionej byłoby konstruktywną wersją życia. Gdy dorośnie, zostanie żoną alkoholika lub osoby uzależnionej.
- Wyrzutek (zwany Kozłem ofiarnym) – jest to dziecko szczególnie narażone na niszczącą grę: „To przez ciebie” i odpowiadające na to niepokornym buntem prowadzącym w stronę marginesu społecznego. Często odbiorca agresji alkoholowej i upokorzeń jest złym uczniem, wagarowiczem, uciekającym z domu, „niedobre dziecko” – jak mawiają matki. Poszukuje aprobaty i oparcia w grupach rówieśniczych nastawionych antyspołecznie. Oschły i ostry wobec bliskich, odcięty od miękkich uczuć. W odwecie za koszmar życia rodzinnego może zechcieć zniszczyć coś, co ma najbliżej pod ręką, czyli siebie.
- Maskotka, czyli Błazen – to ktoś przymilny, uroczy, pełen wdzięku, sprawnie rozładowujący napięcia rodzinne przez właściwie wypowiedziany dowcip lub właściwe „rozbrojenie” taty czy mamy. Śmieszka lub śmieszek, ukochana córeczka taty, synek mamusi. „Idź uspokoić ojca”, „Zrób coś, żeby mama przestała się denerwować” – to częste zadanie maskotki. Pewien rodzaj maskotki może być narażony na wykorzystanie seksualne (idź położyć się przy ojcu, to zaśnie). Dramat maskotki, błazna polega na tym, że nikt nie traktuje ich poważnie, a oni sami zatracają granicę między tym co serio a żartem, między śmiechem a płaczem, między przyjemnością dawania a bólem.
- Zagubione dziecko (Dziecko we mgle, Aniołek, Niewidoczne dziecko) – to ktoś, kogo właściwie nie ma. Dziecko wycofane w świat swoich fantazji, w świat lektur, marzeń, w swój kącik, w którym go w ogóle nie widać. Takie dzieci nie sprawiają trudności wychowawczych. Cena, jaką za to płacą, to postępująca atrofia umiejętności kontaktu i umiejętności współżycia z innymi ludźmi, odruch ucieczki od sytuacji trudnych, gotowość zamykania oczu i udawania, że nie ma czegoś, co jest. Trudność kontaktowania się z realną rzeczywistością i ból, który temu towarzyszy, mogą w konsekwencji i dalszym rozwoju wyzwolić różne sposoby odrywania się od rzeczywistości i „zniczułania” się wobec przykrości życia. Najbardziej poręczne sposoby to alkohol, leki i narkotyki. Często jest to najmłodsze dziecko w rodzinie [6, 7].

Powyższy podział nie wyczerpuje wszystkich wzorów funkcjonowania. W rzeczywistości najczęściej spotykamy typy „mieszane” – jedno dziecko może stosować różne wątki obronne, w różnych fazach życia.

Jak podaje Marzenna Kucińska, dorosłe dzieci alkoholików stanowią około 40% dorosłej populacji Polaków. To dorośli, którzy wychowywali się w rodzinach nadużywających alkoholu. Gdy byli dziećmi, musieli zbyt wcześnie dorosnąć. Są dorośli, a nadal w głębi siebie, gdzieś w środku pozostają dziećmi. Kiedy doro-

sną, część z nich zacznie pić, część zwiąże się z osobami uzależnionymi, a pozostałe będą starannie unikać myślenia o tym, co wydarzyło się w ich dzieciństwie. Doświadczenia wyniesione z rodziny alkoholowej mocno rzutują na bliskie kontakty w życiu dorosłym. Prawie połowa z tych DDA, którzy zgłaszają się po poradę psychologiczną, nie decyduje się na zalegalizowany związek, a 1/3 zawieranych przez nich małżeństw kończy się rozwodem. Dzieje się tak, ponieważ dorosłe dzieci alkoholików boją się w głównej mierze powtórzenia we własnym związku tego, co działo się w ich domu rodzinnym. Większość z nich jest przekonana, że w małżeństwie można się tylko krzywdzić. Bliskie związki to także relacje z własnymi dziećmi. DDA często mają problem z odnalezieniem się w roli rodzica. Często rozpoczynają terapię właśnie z powodu problemów ze swoimi dziećmi. Obawiają się, że je skrzywdzą, wnosząc do wychowania doświadczenia z domu. Czasem nie potrafią z nimi rozmawiać. Nie są w stanie trafnie ocenić, czy problemy ich syna albo córki są normalne, czy też powinny być niepokojącym sygnałem.

W niektórych DDA własne dzieci budzą agresję. Trudno im opanować negatywne emocje i zachowania takie jak: krzyk, groźby, przemoc fizyczna. Jednocześnie mają świadomość, że to nie dziecko zawiniło, ale że agresja bierze się gdzieś z głębi ich samych. Szukają pomocy dla siebie, aby nie krzywdzić własnych dzieci. Wielu DDA nie decyduje się na to, żeby mieć dzieci (ponad połowa uczestniczących w terapii), albo podejmuje taką decyzję zbyt późno, po trzydziestym roku życia. Gdzieś głęboko tkwi w nich lęk, że dla ich syna czy córki życie okaże się również okrutne jak dla nich samych [8].

Piętno rodziny alkoholowej to również alkoholowy zespół płodowy (FAS), który jest najpoważniejszym powikłaniem spożywania alkoholu przez kobietę podczas ciąży.

Z badań Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wynika, że około 30% polskich kobiet w czasie ciąży spożywa alkohol. U około 6% dzieci matek nadużywających alkoholu w czasie ciąży występuje zespół FAS.

Alkoholowy zespół płodowy (ang. *fetal alcohol syndrome*) jest klinicznie rozpoznawalnym zespołem chorobowym. Cechy charakterystyczne to niska waga urodzeniowa, zły stan ogólny noworodka (częste wady serca, deformacje stawów), opóźnienie rozwoju psychomotorycznego, obecność licznych wad rozwojowych (głównie twarzy i układu kostno-stawowego), zaburzenia neurologiczne, obniżenie sprawności intelektualnej, 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 te są efektem bezpośredniego, teratogennego działania na płód. Najsilniejsze teratogenne działanie alkoholu występuje w czasie pierwszych sześciu tygodni ciąży [9].

Alkohol może wywierać swój wpływ na płód nie tylko bezpośrednio, ale i przez zachowania związane z jego pićciem. Niedożywienie, częste upadki, urazy fizyczne albo zaburzenia metabolizmu glukozy to sytuacje często towarzyszące alkoholizmowi.

Stan emocjonalny kobiety pijącej może znacznie odbiegać od stanu zdrowej i oprócz tego, że wpływa na rozwój płodu, ma wpływ także na przebieg porodu. Tak więc może stać się przyczyną poważnych problemów. Oczekujący na dziecko mężczyzna alkoholik może także wywierać pośredni wpływ na prenatalny rozwój swojego dziecka. Jeśli zachowuje się wulgarnie albo nie troszczy się o emocjonalne i materialne potrzeby partnerki, może to wywołać lęk u przyszłej matki, a to z kolei może spowodować cięższy przebieg porodu [10].

Najbardziej groźne cechy charakterystyczne FAS to niewidoczne objawy uszkodzenia układu nerwowego będące rezultatem narażenia na działanie alkoholu w życiu płodowym. Objawy te mogą wystąpić jako zespół FAS (ang. *fetal alcohol syndrome*) lub FAE (ang. *fetal alcohol effects*), są to: deficyt uwagi, deficyt pamięci, nadaktywność, trudności z rozumieniem pojęć abstrakcyjnych (matematyka, czas, pieniądze), nieumiejętność rozwiązywania problemów, trudność w uczeniu się na błędach, słaba ocena sytuacji, niedojrzałe zachowanie, słaba kontrola impulsów [11].

W życiu dorosłym osobom tym trudno jest się odnaleźć w społeczeństwie i osiągnąć pełną niezależność. Mają trudności z planowaniem swojego życia, uczeniem się i wykorzystywaniem zdobytych informacji. Są labilne emocjonalnie, drażliwe, agresywne, miewają częste napady złego humoru. Często nie są w stanie zapanować nad impulsywnymi zachowaniami, także seksualnymi. Nie potrafią wyciągać wniosków z popełnionych błędów. Wiele sytuacji budzi ich lęk, powoduje, że wycofują się i zamykają w sobie. Potrzebują częstych podpowiedzi i motywacji ze strony innych osób. Mają problemy w szkole, w pracy nie potrafią długo utrzymać się na jednym stanowisku, trudno im wytrwać w stałym związku. Nie radzą sobie z takimi abstrakcyjnymi pojęciami, jak *pieniądze* czy *czas*, co dodatkowo utrudnia im funkcjonowanie w społeczeństwie. Osoby dotknięte zespołem FAS/FAE są szczególnie podatne na przemoc emocjonalną i fizyczną (w tym również seksualną). Częściej też stają się ofiarami manipulacji (np. przez sekty). Wymagają wszechstronnej pomocy czy wsparcia: w domu i w szkole, profilaktyki wtórnych zaburzeń psychicznych oraz ochrony przed konfliktami z prawem, nadużywaniem alkoholu, narkotyków czy niechcianą ciążą.

Piętna rodziny alkoholowej nie można wymazać. W opinii Małgorzaty Kleckiej „leczyć te osoby, to uwzględniać ich specyfikę, a nie „wcisnąć ich” w istniejące ramy i systemy wychowawcze. Leczenia FAS/FAE powinno obejmować: poszerzanie wiedzy i umiejętności osób wspierających, budowanie świadomości specyfiki FAS/FAE w rodzinach i wreszcie opracowywanie programów terapeutycznych indywidualnych do realizacji w placówkach, rodzinach przysposabiających i wspólnotach [12].

Kluczem do przynoszącej efekty pracy z dziećmi z FAS lub FAE jest konsekwencja, różnorodność, zwięzłość i wytrwałość. Rodzice muszą pamiętać o wytrwałym, ciągłym powtarzaniu dzieciom swoich komunikatów.

Skuteczną formą terapii osób z piętnem rodziny alkoholowej są grupy samopomocowe tworzone przez samych zainteresowanych.

Grupa samopomocy pomaga pokonać uczucie samotności i izolacji, sprzyja otwartości i budowaniu poprawnych więzi międzyludzkich.

W opinii członków takich grup celem ich działalności jest wzajemne wsparcie psychospołeczne i wymiana doświadczeń, dostarczanie bieżących informacji na temat choroby, postępów w leczeniu i możliwości rehabilitacji oraz organizowanie turnusów rehabilitacyjnych. Grupy umożliwiają kontakt z innymi ludźmi – zarówno chorymi, jak i zdrowymi, są podstawowym źródłem informacji o tym, jak radzić sobie w życiu [13].

Cel pracy

W pracy podjęto próbę ukazania wspierającej roli organizacji społecznych: Dorosłe Dzieci Alkoholików oraz Fundacji FAStryga, która powstała przy Centrum Opieki Zastępczej w Łędzinach, w terapii osób dotkniętych piętnem rodziny alkoholowej.

Wspólnota dorosłych dzieci alkoholików to samopomocowe grupy osób, które ukończyły 18 lat i są dziećmi alkoholików. W ich spotkaniach mają prawo uczestniczyć osoby w każdym wieku. Początki tej wspólnoty sięgają lat 70. XX w., kiedy to w Kalifornii (USA) grupa kilku młodych osób uczestniczących w spotkaniach Alateen, które przestały być już nastolatkami, zaczęła odwiedzać spotkania grup Al-Anon. Ci młodzi ludzie zorientowali się, że mają nieco inne problemy niż pozostali uczestnicy tych spotkań. Utworzyli wówczas nową grupę o nazwie Nadzieja dla Dorosłych Dzieci Alkoholików.

Grupy samopomocowe dorosłych dzieci alkoholików oraz profesjonalne programy terapeutyczne zaczęły powstawać na terenie Polski w drugiej połowie lat 80.

Celem tych grup nie jest znalezienie wygodnego usprawiedliwienia dla wszystkich wad i niepowodzeń dorosłych dzieci alkoholików. Celem jest wzięcie odpowiedzialności za swoje życie, a w szczególności nauczenie się przeżywania go z pozycji osoby dorosłej, zamiast z pozycji zranionego dziecka – co nie jest skądinąd jedynie kwestią wyboru i często wymaga długotrwałej pracy nad sobą oraz dobrej i odpowiedzialnej terapii.

Niezależnie od tego, jak wielkie trudności mogą stanąć na drodze, warto uczynić wiele, aby uleczyć hamujące rozwój wewnętrzne zranienia, odnaleźć siebie i zacząć żyć swoim życiem. Warto pamiętać: trudne dzieciństwo nie usprawiedliwia – trudne dzieciństwo zobowiązuje [14].

W roku 2003 w Łędzinach przy Centrum Opieki Zastępczej powstał Ośrodek FAStryga, którego założycielką jest mgr Małgorzata Klecka.

Centrum miało wspierać i szkolić rodziców zastępczych i adopcyjnych oraz kandydatów na opiekunów zastępczych. Jednak zaburzenia emocjonalne i zachowania z podejrzeniem organicznego tła problemu (uszkodzenia mózgu) występujące u wielu dzieci adopcyjnych skłoniły założycielkę do budowania programów terapeutycznych. Przy finansowym wsparciu województwa śląskiego oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych PARPA udało się wyposażyć salę terapeutyczną i rozpocząć szkolenia dla terapeutów.

W ośrodku prowadzone są warsztaty terapeutyczne dla rodziców zastępczych, adopcyjnych, wychowawców rodzinnych domów dziecka oraz doradców rodziców zastępczych. Głównym problemem, którym zajmuje się stowarzyszenie, jest zespół FAS.

Stowarzyszenie oferuje programy terapeutyczne realizowane w ośrodku oraz domowe.

Metoda badawcza

Do realizacji założonego celu posłużono się metodą sondażową, wykorzystując technikę wywiadu i autorski kwestionariusz wywiadu jako narzędzie badawcze.

Organizacja i przebieg badań

Badania były prowadzone wśród członków grup dorosłych dzieci alkoholików na terenie województwa śląskiego, oraz członków Stowarzyszenia Zastępczego Rodzicielstwa w Łędzinach. Prezentowany materiał pochodzi z badania wstępnego.

Charakterystyka badanych zbiorowości

Grupa dorosłych dzieci alkoholików

Na udział w badaniu wyraziło zgodę 38 osób, w tym 21 kobiet i 17 mężczyzn. Wiek badanych:

- do 25 lat – 11 osób;
- 26–35 lat – 13 osób;
- 36–45 lat – 9 osób;
- powyżej 45 lat – 5 osób.

Posiadanie wykształcenia wyższego deklarowało 13 osób, średniego – 17 osób, zawodowego – 6 osób, podstawowego – 2 osoby. 12 osób pozostaje w związku małżeńskim.

Grupa rodziców dzieci z zespołem FAS

W badaniu wzięły udział 22 osoby dorosłe w wieku 31–48 lat, w tym 15 kobiet i 7 mężczyzn. Posiadanie wykształcenia wyższego deklarowało 12 osób, a średniego 10 osób.

Ponad połowa badanych, 14 osób – każda wychowuje jedno dziecko z zespołem FAS/FAE, 8 osób –dwoje dzieci.

Wiek dzieci mieści się w granicach od 6 do 15 lat, w tym:

- 6 dzieci w wieku 10 lat,
- 5 dzieci w wieku 9 lat,
- 4 dzieci w wieku 12 lat,
- 3 dzieci w wieku 7 lat,
- 2 dzieci w wieku 7, 8, 11 i 13 lat,
- 2 dzieci w wieku 14 i 15 lat.

Wyniki badań**Grupa dorosłych dzieci alkoholików**

Badani są członkami grup od niedawna (najdłużej od trzech miesięcy, najkrócej od miesiąca). Źródłem informacji o grupie wsparcia były: środki masowego przekazu – 26 osób; terapeuta – osiem osób; bliska osoba – cztery osoby. Motywem przystąpienia do grupy były:

- poszukiwanie pomocy w zdobyciu umiejętności w rozwiązywaniu problemów – 36 osób;
- poszukiwanie przyjaciół – 34 osoby;
- chęć odnalezienia sensu życia – 34 osoby;
- zalecenie terapeuty – 18 osób.

(Liczba odpowiedzi nie sumuje się do 38, ponieważ badani wskazywali na kilka czynników równocześnie).

Od terapii badani oczekują przede wszystkim: poprawy życia, zrozumienia przeszłości, nabrania pewności siebie, odnalezienia sensu życia.

W opinii badanych przynależność do grupy wsparcia daje: pewną satysfakcję: że się pokonało wstyd i zdobyło na przyznanie do problem”, pomaga zrozumieć własne zachowanie, nadzieję, pewność siebie, możliwość zmiany życia.

Członkowie grupy obawiają się, że nie poradzą sobie sami ze swoimi problemami, skrzywdzą najbliższych, np. partnera lub własne dzieci.

Od momentu przystąpienia do grupy zauważyli w swoim sposobie myślenia i zachowaniu szereg zmian, m.in. zaczynają dostrzegać „co jest nie tak, jak powinno być”; uświadomili sobie, że nie są odpowiedzialni za alkoholizm rodzica; stali się bardziej wrażliwi; widzą możliwość powrotu do zdrowia; są spokojniejsi.

Wszyscy badani pozytywnie oceniają działalność grupy wsparcia. Ciekawe jest to, że tylko 21 osób poinformowało swoich najbliższych o problemie i o przynależności do grupy wsparcia.

Wszystkie przebadane osoby wskazały, że w ich dzieciństwie nie zostały zaspokojone następujące potrzeby: bezpieczeństwa, akceptacji, bycia dzieckiem. Rodzic pijący był najczęściej sprawcą sytuacji traumatycznych. Badani podkreślali, że pomimo związku emocjonalnego z rodzicem pijącym woleliby, gdyby go nie było w rodzinie.

W rodzinie problem z nadużywaniem alkoholu częściej miał ojciec – 26 osób, wystąpił również problem uzależnienia od leków u rodzica niepijącego oraz zaburzenia emocjonalne u obojga rodziców. Aż 23 badanych miało problem z nadużywaniem alkoholu.

Grupa rodziców dzieci z zespołem FAS

Na pytanie o przyczyny przynależności do grupy badani wskazywali na fakt wychowywania dziecka z zespołem FAS/FAE. Wśród źródeł informacji o stowarzyszeniu badani wskazywali na Internet, prasę, przyjaciół, znajomych. Tylko trzy osoby wskazały na lekarza/pielęgniarkę.

Udział w spotkaniach daje możliwość zdobycia wiedzy o zespole FSA/FAE, pomaga zrozumieć chorobę i problemy z nią związane, daje możliwość spotkania się z innymi ludźmi dotkniętymi podobnym problemem, motywuje do dalszej walki o zdrowie dziecka, daje szansę na złagodzenie/zlikwidowanie niektórych objawów zespołu FAS/FAE, przywraca nadzieję na lepsze życie, podnosi poczucie wartości.

W opinii respondentów najważniejszym celem działalności stowarzyszenia jest udzielanie wsparcia rodzinom, pomoc w rehabilitacji, umożliwienie kontaktu ze specjalistami.

Efekty terapii są widoczne u 18 dzieci, z czego u największej liczby dzieci, dotyczą czucia głębokiego. U 14 dzieci poprawiła się koordynacja ruchów, u dziewięciorga dzieci uległy poprawie wyniki w nauce, szczególnie w nauce czytania i pisania. U trójki dzieci zaobserwowano poprawę zachowania w ogóle.

Wnioski

- Wsparcie społeczne oferowane w ramach grupy wsparcia pomaga w zrozumieniu istoty choroby oraz w radzeniu sobie z wieloma problemami zdrowotnymi, szczególnie natury psycho-społecznej.
- Terapia oferowana w ramach grupy wsparcia daje dorosłym dzieciom alkoholików szansę na zbudowanie bezpiecznego i niezależnego życia oraz podejmowania skutecznych działań uwalniających od życia w lęku i poczuciu winy za pochodzenie z rodziny z problemem alkoholowym. Indywidualne programy terapeutyczne dostosowane do specyfiki zaburzeń dzieci z zespołem FAS pozwalają osiągnąć maksymalny potencjał danej osoby.
- Grupa (stowarzyszenie) pomaga zrozumieć przeszłość i ją akceptować, uczy odróżniać dobro od zła, kochać siebie, odbudować pozytywny obraz świata

i ludzi. Daje oparcie, akceptację, zrozumienie, nadzieję na lepsze życie. Spotkania dają okazję do kontaktów z osobami borykającymi się z podobnymi problemami.

- Trzeba mieć wiele odwagi, aby przyznać się i żyć z piętnem rodziny alkoholowej, dziecka alkoholika/alkoholików. Grupa zdiagnozowanych dorosłych dzieci alkoholików będących w terapii jest niezbyt liczna pomimo szeroko podejmowanych akcji uświadamiających i działań profilaktycznych.

Bibliografia

- [1] Satir V., *Terapia rodziny. Terapia i praktyka*, tłum. O. Waśkiewicz, GWP, Gdańsk 2000, s. 56.
- [2] Ackerman R.J., Pickering S.E., *Zanim będzie za późno*, tłum. M. Gajdzińska, GWP, Gdańsk 2004, s. 71–73.
- [3] Sztander W., *Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym*, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa 1999, s. 12–15.
- [4] Widera-Wysoczańska A., *Pijany dom, czyli co dzieje się z dzieckiem alkoholika*, [w:] *Gdzie się podziało moje dzieciństwo? O dorosłych dzieciach alkoholików*, red. P. Żak, Charaktery, Kielce 2006.
- [5] Woititz J.G., *Lęk przed bliskością*, GWP, Gdańsk 2000, s. 94–108.
- [6] Sztander W., *Poza kontrolą*, PARPA, Warszawa 2002, s. 52–54.
- [7] Robinson B.E., Rhoden J.L., *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*, tłum. M. Szymankiewicz et al., PARPA, Warszawa 2005.
- [8] *Dom bez ścian, dzieci bez rodziców, czyli co się dzieje z dzieckiem wychowywanym w rodzinie alkoholowej. Kim są DDA?*, www.poradnikpr.info/?p=2385 (stan na 20.04.2012).
- [9] Woronowicz B.T., *Bez tajemnic: o uzależnieniach i ich leczeniu*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2001, s. 43–44.
- [10] Kinney J., Leaton G., *Zrozumieć alkohol*, tłum. A. Basaj, A. Bielasik, PARPA, Warszawa 1996, s. 156–157.
- [11] Klecka M., *Alkoholowy Zespół Płodowy FAS – zaburzenia pierwotne i wtórne*, www.opoka.org.pl/biblioteka/I/IC/klecka-fas3.html (stan na 20.04.2012).
- [12] Klecka M., Liszcz K., *Nie próbuj mocniej – spróbuj inaczej. Neurologiczny program naprawczy dla dzieci i młodzieży z syndromem alkoholowym FAS*, Stowarzyszenie Zastępczego Rodzicielstwa, Łędziny 2004.
- [13] Kulik H., *Grupy wsparcia partnerem w pokonywaniu barier niepełnosprawności. Niepełnosprawność i rehabilitacja osób dorosłych jako problem medyczny i społeczny w Polsce*, Liber, Lublin 2002, s. 217–223.
- [14] Woronowicz B.T., *Pomoc uzależnionym i ich rodzinom. Rola ruchów samopomocowych*, „Służba Zdrowia” 2002, nr 51–56, s. 28–30.



Grażyna Dębska¹, Wioletta Ławska², Maria Zięba²,
Monika Mirek²

Problem używania Internetu przez młodzież

Abstract

Problem of Using the Internet by the Young Stock

Computers have become one of the most popular devices around the globe. Undeniably it has a lot of profits, nevertheless, vast number of drawbacks can be observed. Thanks to computers the time of various tasks and activities has been shortened, but simultaneously, the number of health discomforts among the internet users has increased.

During the research it has been revealed that internet addicts had similar symptoms to gamblers.

The aim of this project is to estimate the rate of teenagers' internet addiction.

The modified questionnaire of a survey by Kimberly Young was used in this project as a research tool. After a written agreement of a headmaster and respondents, the study was conducted in the High School. The subjects of the research were 127 students, including 85 boys (67%) and respectively 42 girls (33%). 65% of respondents (n=83) live in a countryside, while the remaining group 35% (n=44) are settled in small towns (up to 20 000 citizens).

Conclusions: It has been revealed that 1/5 of the surveyed has problems with controlled internet usage. What is more, it has been shown that the internet has a negative influence on peers' contact, housework duties and wise free time usage. Moreover, the abusive usage of internet leads to depression and aggressive behavior. Vast majority of the interviewees had some health discomforts due to prolonged internet usage.

Key words: teenagers, internet addiction

Słowa kluczowe: młodzież, uzależnienie od Internetu

¹ Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych.

² Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu, Instytut Pielęgniarstwa.

Wstęp

Historia Internetu rozpoczyna się w latach 60. XX wieku. System informacyjny, stworzony przez amerykańskich uczonych, przerósł najśmielsze wyobrażenia swoich twórców. Z czasem Internet stał się podstawowym narzędziem pracy naukowców, a w latach 80. zaczął cieszyć się coraz większym zainteresowaniem biznesmenów i osób prywatnych [1].

Obecnie Internet to ogromny, a zarazem wspaniały, system łączący osoby i informacje za pomocą komputerów. Wielu ludzi używa go jednak nie w celu pozyskania informacji, ale dla zapewnienia sobie kontaktu z innymi ludźmi.

Badania nad rozpowszechnianiem się Internetu na świecie dowodzą, iż w 2000 roku z Internetu korzystało 407,1 mln użytkowników. Ich liczba stale rośnie. W Polsce w tym samym roku liczba internautów wynosiła 17,4% ogółu ludności. Z tego wynika, iż jeden na ośmiu Polaków ma dostęp do Internetu [2]. W lipcu 2002 roku z Internetu w Polsce korzystało 19% dorosłych, 92% z nich korzysta z Internetu, by przeglądać strony [3].

W prowadzonych badaniach uzależnieni od Internetu wykazywali objawy nałogu podobne jak u hazardzistów. Do największych badaczy uzależnienia od Internetu zalicza się amerykańską psycholog Kimberly Young z University of Pittsburgh w Brandford. Wyróżniła ona następujące podtypy: erotomania internetowa, socjomania internetowa, uzależnienie od sieci, przeciążenie informacyjne, uzależnienie od komputera. Erotomania internetowa związana jest głównie z oglądaniem filmów i zdjęć z materiałami pornograficznymi lub z pogawędkami na czatach o tematyce seksualnej. Socjomania internetowa to uzależnienie od internetowych kontaktów społecznych. Uzależnienie od sieci polega na ciągłym przebywaniu w Internecie. Przeciążenie informacyjne charakteryzuje się gorączkowym, zwykle niekontrolowanym poszukiwaniem różnego typu informacji. W zachowaniu internautów Kimberly Young wyróżniła trzy fazy, które przeżywają użytkownicy na swojej drodze prowadzącej do uzależnienia. Pierwsza z nich to zaangażowanie, druga zastępowanie, a ostatnia wypieranie. Zaangażowanie rozpoczyna się od zapoznania się z Internetem. W tej fazie ważną rolę odgrywają uczucia (zainteresowanie, oczekiwanie, zafascynowanie, przyływ sił, energii – odprężenie), które są związane z odkrywaniem nowej rzeczywistości.

Kolejna faza to zastępowanie, której towarzyszą uczucia polegające na zmniejszeniu dyskomfortu, jaki pojawia się w trakcie korzystania z komputera. Internauta odczuwa potrzebę kontynuowania kontaktów zawartych w sieci z powodu zachowania poczucia równowagi życiowej, które daje mu ulgę.

Trzecia i ostatnia faza to ucieczka. Polega ona na pogłębianiu się uzależnienia. Osoba chce i potrzebuje spędzać coraz więcej czasu przed komputerem, w sieci [2, 4].

W omawianych przypadkach preferowanym terminem na określenie zespołu objawów, wymienionych uprzednio w literaturze przedmiotu jest patologiczne używanie Internetu (ang. *pathological internet use*, PIU). Wymienia się dwa

odrębne typy PIU: specyficzny i niespecyficzny. Pierwszy, specyficzny typ patologicznego używania Internetu, obejmuje osoby, które przejawiają zależność w jednym aspekcie, np. treści seksualne, aukcje, giełdy. Przyjmuje się, że stanowi to rezultat istniejącej wcześniej psychopatologii. Natomiast drugi typ (niespecyficzny) związany jest ze społecznym aspektem Internetu, np. czaty *online*, poczta elektroniczna, cechą charakterystyczną jest tracenie czasu *online* bez wyraźnego celu [1].

Cele i problemy badawcze

Głównym celem pracy było uzyskanie informacji dotyczących stopnia uzależnienia młodzieży od Internetu.

Poszukując odpowiedzi na sformułowany cel główny w badanej grupie, postawiono następujące problemy badawcze:

1. Jaki jest poziom uzależnienia od Internetu?
2. Jaki wpływ ma Internet na kontakty z innymi ludźmi, na umiejętność gospodarowania wolnym czasem oraz wykonywanie obowiązków domowych?
3. Jaki jest wpływ Internetu na emocje, uczucia i zachowania?
4. Jakie dolegliwości powoduje zbyt długie przebywanie przy komputerze?

Charakterystyka terenu i grupy badanej

Badanie przeprowadzono w Zespole Szkół Ogólnokształcących w województwie małopolskim, po uzyskaniu zgody dyrekcji oraz badanej młodzieży. Badaniami objęto 127 uczniów, w tym 85 chłopców (67%) i 42 dziewcząt (33%).

Badane osoby podzielono na cztery przedziały wiekowe. I grupa składała się z 38 16-latków (30%), II grupa obejmuje 54 17-latków (43%), W III grupie było 22 18-latków (17%), IV grupa badanych obejmowała 13 19-latków (10%).

Miejsce zamieszkania: 65% (n=83) badanych mieszka na wsi, pozostali natomiast, 35% (n=44), mieszkają w małym mieście, do 20 tys. mieszkańców.

Metody, techniki, narzędzia badawcze

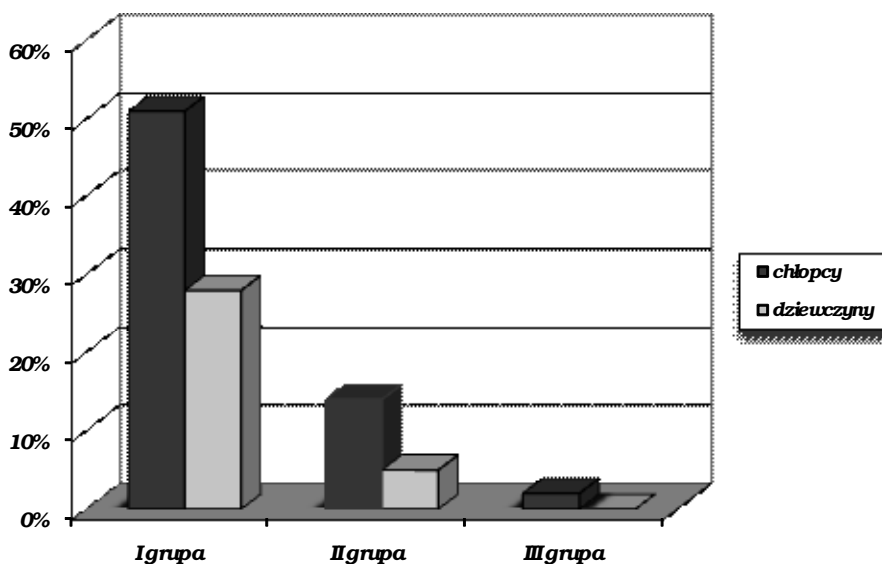
W badaniach posłużono się kwestionariuszem ankiety autorstwa Kimberly Young w modyfikacji Haliny R. Zięby [5]. Kwestionariusz składał się z 27 pytań. Pytania dotyczyły wpływu Internetu na kontakty młodych ludzi z rówieśnikami, umiejętność zagospodarowania przez młodzież czasem wolnym, wpływ komputera na życie uczuciowe, a przede wszystkim na zdrowie badanych. Dane interpretowano zgodnie z kluczem. W zależności od uzyskanych punktów badanych

podzielono na trzy grupy. W pierwszej grupie znajdowali się ankietowani z sumą punktów 20–49 i byli to przeciętni internauci, mający kontrolę nad Internetem. W drugiej grupie, z sumą 50–79 punktów, zakwalifikowani byli ankietowani, którzy mają problemy z Internetem. Natomiast grupa trzecia, suma punktów 80–100 to osoby, u których korzystanie z Internetu powoduje poważne kłopoty w ich życiu.

Po uporządkowaniu i analizie zebranego materiału utworzono arkusz zbiorczy, który zawierał wszystkie informacje. Przeprowadzono analizę danych, jakościową i ilościową. Analiza ilościowa „polega na ilościowym ujmowaniu zjawisk społecznych i ich liczeniu oraz ich charakterystykę za pomocą liczb”. Analiza jakościowa „polega na grupowaniu danych według pewnych odróżnialnych cech, dających się opisać” [6].

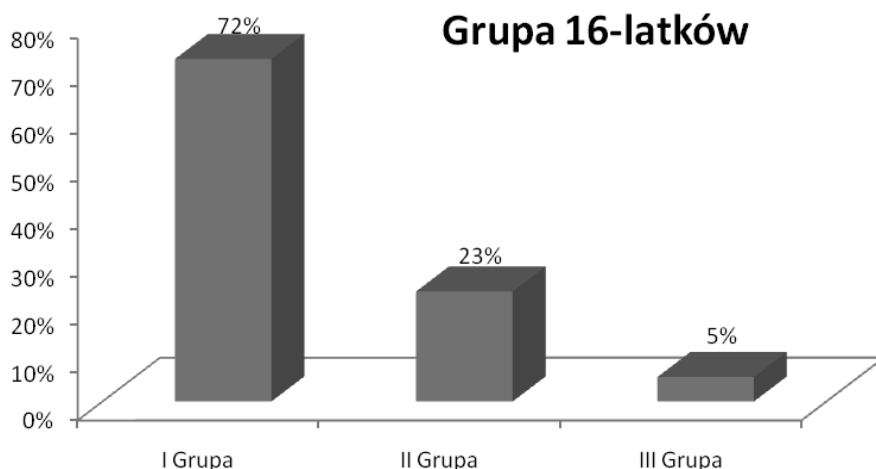
Wyniki badań – analiza ilościowa

Wszyscy uczniowie poddani badaniu posiadają Internet w domu min. od 2 do maks. 8 lat i każdy z nich codziennie korzysta z Internetu. Badania wykazały, że zdecydowaną większość młodzieży (79%) zakwalifikowano do grupy I, która nie ma problemów z nadużywaniem Internetu. Niepokojący jest to, że 19% młodzieży została zakwalifikowana do grupy II, która ma niewielkie problemy z kontrolą nad korzystaniem z Internetu.

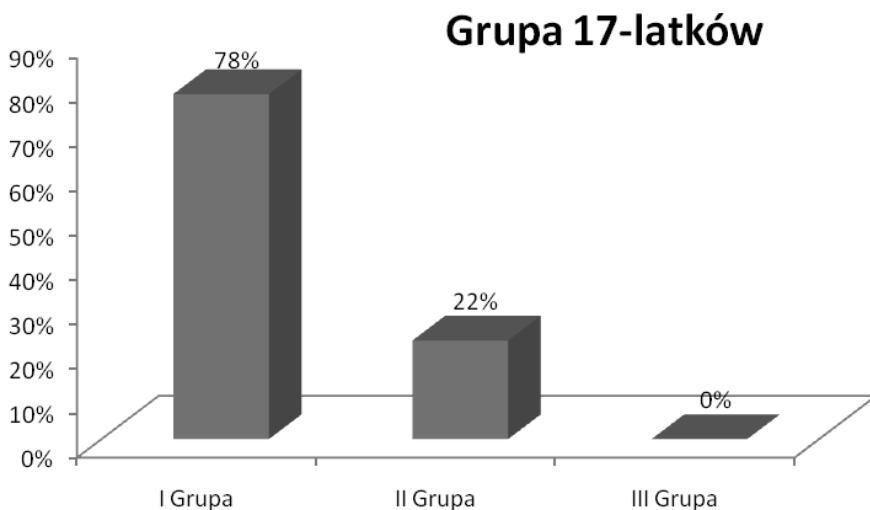


Rys. 1. Podział na grupy ze względu na płeć

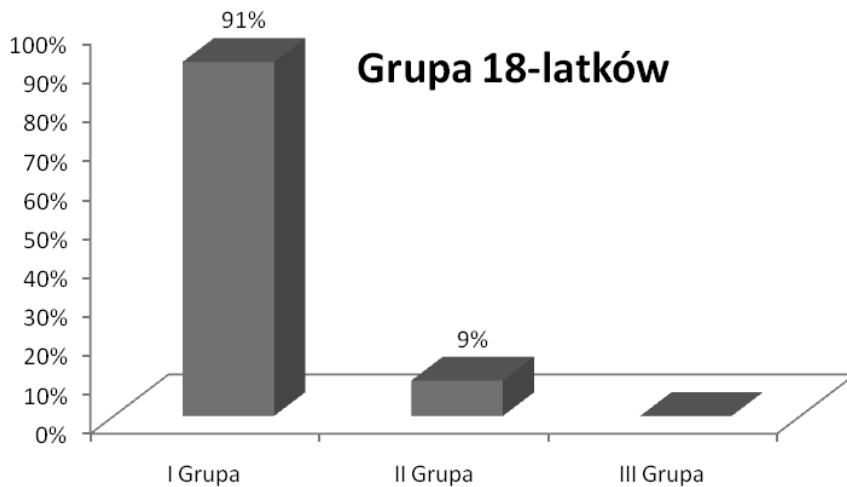
Badania przeprowadzone wśród młodzieży z podziałem na chłopców i dziewczęta wykazały, iż większy problem z uzależnieniem od Internetu mieli chłopcy. Widoczny problem z powodu nadmiernego korzystania z Internetu ma 2% (n=2) badanych chłopców. Żadnej z dziewcząt nie zakwalifikowano do III grupy. Do II grupy, która przejawia problemy z powodu nadużywania Internetu, należało 14% (n=18) chłopców i 5% (n=6) dziewcząt. Natomiast 51% (n=65) badanych chłopców i 28% (n=36) dziewcząt to przeciętni internauci, którzy kontrolują swoją przygodę z siecią (rysunek 1).



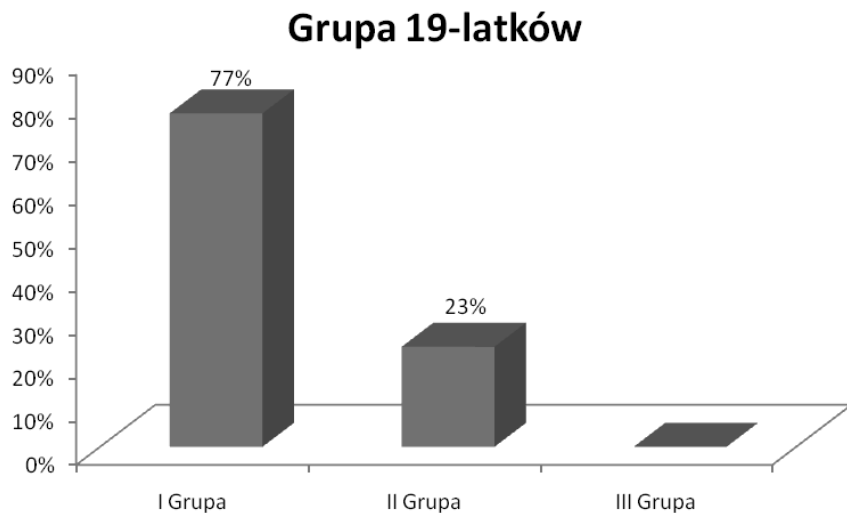
Rys. 2. Podział na grupy ze względu na wiek. Grupa 16-latków



Rys. 3. Podział na grupy ze względu na wiek. Grupa 17-latków



Rys. 4. Podział na grupy ze względu na wiek. Grupa 18-latków



Rys. 5. Podział na grupy ze względu na wiek. Grupa 19-latków

Do I grupy przeciętnych internautów (mających kontrolę nad korzystaniem z Internetu) należy 72% (n=28) osób w wieku 16 lat, 78% (n=42) osób w wieku 17 lat, 91% (n=20) osób w wieku 18 lat i 77% (n=10) osób w wieku 19 lat. Do II grupy uczniów, mających problem ze zbyt długim przebywaniem w sieci, zaliczono 23% (n=9) osób w wieku 16 lat, 22% (n=12) 17-latków, 9% (n=2) osób 18-latków i 23% (n=3) osób 19-latków. Tylko wśród 16-latków znalazły się dwie osoby należące do III grupy, mających poważny problem z korzystaniem z Internetu (rysunek 3, 4, 5, 6).

Wyniki badań – analiza jakościowa

Analizowano wyniki dotyczące wpływu Internetu na kontakty z innymi ludźmi oraz wykonywanie obowiązków domowych.

Tabela 1. Przebywanie w sieci a spotkania z rówieśnikami

Jak często wolisz przebywać w sieci, niż spotykać się z kolegami lub koleżankami?	nigdy		rzadko		okazjonalnie		często		bardzo często		zawsze	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
chłopcy	10	12	46	55	21	25	4	5	2	2	1	1
dziewczyny	29	72	9	22	1	3	0	0	0	0	1	3

Tabela 2. Zaniedbywanie obowiązków domowych

Jak często zaniedbujesz domowe obowiązki, żeby spędzać więcej czasu w Internecie?	nigdy		rzadko		okazjonalnie		często		bardzo często		zawsze	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
chłopcy	2	3	30	43	26	37	8	11	4	6	0	0
dziewczyny	0	0	17	41	15	37	7	17	2	5	0	0

Odpowiedzi na pytania dotyczące wpływu Internetu na życie społeczne kształtowały się zależnie od płci. Chłopcy częściej woleli korzystać z Internetu, niż spotykać się z rówieśnikami. Tylko 25% chłopców i 22% dziewcząt woli spędzać czas w sieci niż wychodzić z domu, natomiast 72% dziewcząt wybiera spotkania ze znajomymi, a nie komputer (tabela 1). Większość badanych chłopców (43%) i dziewcząt (41%) rzadko zaniedbuje domowe obowiązki przez dłuższe przebywanie w sieci. Tylko 6% chłopców i 5% dziewcząt robi to bardzo często (tabela 2).

Następnie analizowano stosunek młodzieży do umiejętności zagospodarowania swojego wolnego czasu.

Tabela 3. Przeciętny czas poświęcany na gry komputerowe

Ile czasu w ciągu dnia przeciętnie poświęcasz na gry komputerowe? (odpowiedzi podane w godzinach)	1 godz.		2 godz.		3 godz.		4 godz.		5 godz.		6 godz.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
chłopcy	8	9	23	27	22	26	15	17	10	12	8	9
dziewczyny	16	37	24	56	2	5	1	2	0	0	0	0

Tabela 4. Przeciętny czas poświęcany na Internet

Ile czasu w ciągu dnia przeciętnie poświęcasz na Internet? (odpowiedzi podane w godzinach)	1 godz.		2 godz.		3 godz.		4 godz.		5 godz.		6 godz.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
chłopcy	0	0	9	10	23	27	29	34	13	45	12	14
dziewczyny	0	0	4	10	21	51	12	29	4	10	0	0

Większość chłopców lubi grać w gry komputerowe i robi to przeciętnie od dwóch do trzech godzin dziennie. Dziewczęta rzadziej grają na komputerze i czas poświęcany temu zajęciu waha się w przedziale od jednej do dwóch godzin (tabela 3). Znacznie więcej czasu chłopcy i dziewczęta poświęcają na surfowaniu po Internecie. 86% chłopców i 90% dziewcząt poświęca od trzech do pięciu godzin na Internet w ciągu dnia (tabela 4).

Wpływ Internetu na umiejętność gospodarowania czasem wolnym przedstawiają tabele 5, 6.

Tabela 5. Przebywanie w Internecie kosztem odpoczynku

Jak często poświęcasz czas przeznaczony na odpoczynek by przebywać w Internecie?	nigdy		rzadko		okazjonalnie		często		bardzo często		zawsze	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
chłopcy	1	1	17	20	25	29	26	31	10	12	6	7
dziewczyny	1	2	14	33	15	36	9	22	3	7	0	0

Tabela 6. Nieprzespane noce z powodu przebywania w Internecie

Czy zdarza Ci się nie przespać nocy z powodu surfowania po Internecie?	nigdy		rzadko		okazjonalnie		często		bardzo często		zawsze	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
chłopcy	17	20	41	47	15	17	10	11	4	5	0	0
dziewczyny	15	36	23	55	4	9	0	0	0	0	0	0

Okolo 31% badanych chłopców poświęca swój wolny czas często na przebywanie w sieci, 36% dziewcząt robi to okazjonalnie (tabela 5), a 47% chłopców i 55% dziewcząt rzadko nie przesypia nocy z powodu przebywania w sieci, 5% chłopców robi to bardzo często (tabela 6).

Wpływ Internetu na życie uczuciowe, myśli i emocje wśród badanej młodzieży przedstawiają tabele 7, 8.

Tabela 7. Stawanie się agresywnym i zdenerwowanym, podczas gdy ktoś przeszkadza w surfowaniu

Jak często stajesz się agresywny, krzy- czysz i jesteś zdenerwowany, jeśli ktoś przeszkadza Ci w surfowaniu?	nigdy		rzadko		okazjo- nalnie		często		bardzo często		zawsze	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
chłopcy	12	14	44	52	15	17	10	12	4	5	0	0
dziewczyny	10	23	22	51	9	21	2	5	0	0	0	0

Tabela 8. Stany depresyjne, złe nastroje spowodowane zbyt długim przebywaniem w Internecie

Czy zdarzają Ci się stany depresyjne, zły nastrój, czy zdenerwowanie spowodowane dłuższym przebywaniem w Internecie? Czy mijają to, gdy znów jesteś w Internecie?	nigdy		rzadko		okazjo- nalnie		często		bardzo często		za- wsze	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
chłopcy	23	35	35	53	5	8	1	1	1	1	1	1
dziewczyny	16	39	23	56	2	5	0	0	0	0	0	0

Nieco ponad 4/5 badanych chłopców (86%) przyznało się do zdenerwowania z powodu przeszkadzania podczas przebywania w sieci, tylko 14% nie reaguje negatywnie, gdy ktoś przeszkadza im w przebywaniu przy komputerze (tabela 7). U 35% chłopców nie zdarzają się nigdy stany depresyjne spowodowane zbyt długim przebywaniem w sieci, 53% odczuwa to rzadko, a często i bardzo często 2%. Natomiast 39% dziewcząt nigdy nie ma złego nastroju z powodu braku Internetu, a 56% rzadko ma do czynienia ze stanami depresyjnymi (tabela 8).

Wpływ Internetu na zachowanie uczniów przedstawiają tabele 9, 10. Przekonanie o tym, że życie bez Internetu byłoby nudne, puste niedające radości wykazało 58% badanych chłopców, z tego 29% często i bardzo często lub zawsze. Natomiast taką deklarację podaje 47% dziewcząt, z tego 36% deklaruje okazjonalne myślenie o tym, że życie bez Internetu byłoby nudne, puste i niedające radości.

Tabela 9. Niecierpliwienie się, czekanie, kiedy znów będzie się w Internecie

Jak często odkrywasz, że nie możesz się doczekać, kiedy znowu wejdziesz do sieci?	nigdy		rzadko		okazjo- nalnie		często		bardzo często		zawsze	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
chłopcy	11	15	27	36	29	38	8	11	0	0	0	0
dziewczyny	2	5	25	61	9	22	4	10	0	0	1	2

Tabela 10. Fantazjowanie na temat bycia w Internecie

Jak często zdarza Ci się fantazjować na temat bycia <i>online</i> ?	nigdy		rzadko		okazjonalnie		często		bardzo często		zawsze	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
chłopcy	24	27	51	58	10	11	3	4	0	0	0	0
dziewczyny	16	37	24	56	2	5	1	2	0	0	0	0

11% chłopców i 10% dziewcząt często nie może doczekać się, kiedy znów będzie korzystać z Internetu (tabela 9). Fantazje na temat bycia *online* wykazało 63% chłopców, a 27% odpowiadało, iż nie robi tego nigdy. Większość dziewcząt, bo aż 56%, robi to rzadko, a 37% nigdy (tabela 10).

Dolegliwości spowodowane zbyt długim przebywaniem przy komputerze zgłaszało 82% chłopców i 36% dziewcząt.

Tabela 11. Dolegliwości bólowe spowodowane zbyt długim przebywaniem na Internecie

Dolegliwości zdrowotne spowodowane zbyt długim korzystaniem z komputera	ból oczu		ból pleców		ból głowy		zmęczenie	
	n	%	n	%	n	%	n	%
chłopcy	24	57	0	0	11	36	5	7
dziewczyny	8	47	2	12	3	18	4	23

Do najczęściej wymienianych dolegliwości ankietowani zaliczyli ból oczu (57% chłopców i 47% dziewcząt). Inne przypadłości spowodowane złą pozycją podczas korzystania z komputera to ból pleców (36% chłopców i 18% dziewcząt); ból głowy odczuwało 12% dziewcząt, a zmęczenie 7% chłopców i 23% dziewcząt (tabela 11).

Dyskusja

Wraz z nadejściem ery komputera obserwujemy powstające głębokie zmiany społeczne, spowodowane coraz dynamicznym wzrostem roli informacji w życiu codziennym człowieka. Internet jest kluczową technologią w tych zmianach. W szkołach, uczelniach, miejscach pracy stał się ważnym narzędziem służącym edukacji. Z jednej strony pozwala ludziom zbliżyć się do siebie, przekroczyć barierę wieku, płci. Natomiast z drugiej strony może oddalić; kiedy internauta zamknie się w świecie wirtualnym i nie dostrzega realnych ludzi obok siebie i ich problemów. Według psychologów człowiek z zaniżonym lub niepewnym poczuciem własnej wartości, z niezaspokojonymi ważnymi potrze-

bami czuje się w świecie komputerowym bezpiecznie i uzyskuje zaspokojenie, co staje się na tyle wciągające, że aż uzależniające [7]. Nie ulega wątpliwości, że komputery wyraźnie skróciły czas wykonywania różnorodnych zadań, ale spowodowały także wzrost liczby dolegliwości, takich jak: bóle szyi, oczu, nadgarstków. Internet jest niezwykle niebezpieczny, zwłaszcza dla młodych ludzi. Powodem takiego stanu rzeczy jest łatwość dostępu do Internetu, ponieważ co piąte dziecko w Polsce korzysta z sieci w domu, w szkole. Innym czynnikiem wpływającym na niebezpieczeństwo płynące ze strony Internetu jest poświęcanie swojego wolnego czasu na przesiadywanie przed ekranem komputera [2]. Ten problem jest analizowany w niniejszej pracy, w której autorzy w badaniach własnych analizują wpływ Internetu na życie młodych ludzi. Z analizy danych uzyskanych w ankiecie (Young w modyfikacji Haliny Zięby) wynika, że to 16-latkę mają największe problemy z powodu nadużywania Internetu, a u 5% ankietowanych występują nawet poważne kłopoty w ich życiu. Większość natomiast zalicza się do przeciętnych internautów, którzy mają jeszcze kontrolę nad Internetem. Badając ankietowanych, z uwzględnieniem podziału na płeć, wynika, iż większy problem z uzależnieniem mają chłopcy. Co też potwierdza się w innych badaniach. Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne donosi, iż 6% korzystających z Internetu jest od niego uzależnionych, a aż dla 30% badanych sieć jest ucieczką od rzeczywistości [3]. Z raportu londyńskiej filii BNP Paribas z czerwca 2000 roku wynika, iż wśród krajów europejskich Polska ma najniższy średni wiek internautów – 26,2 lat [2]. Jak donoszą inni badacze tego problemu, w 2000 roku (według Seemanna) liczba uzależnionych wynosiła 2%. Oliver Egger i Matthias Rauterberg donosili, iż liczba ta waha się między 5 a 10% [2].

Sam problem uzależnienia od Internetu jest złożony. Zdaniem Bohdana Woronowicza problem pojawia się z chwilą utraty kontroli nad czasem i sposobem jego użytkowania [8]. Mamy do czynienia z nim wtedy, gdy danemu nastolat-kowi trudno jest obejść się bez komputera czy Internetu, gdy zamiast odrabiać lekcje, uprawiać sport czy rozmawiać z rodzicami, rówieśnikami, myśli on jedynie o tym, by jak najszybciej zasiać do komputera. Jeśli brak komputera rodzi w nich podrażnienie, a czasem nawet agresje, to mamy do czynienia z uzależnieniem. Inne objawy „odstawienia” Internetu to: pobudzenie psychoruchowe, niepokój lub lęk, obsesyjne myślenie o tym, co dzieje się w Internecie, fantazje i marzenia sennie na temat Internetu, celowe lub mimowolne poruszanie palcami w sposób charakterystyczny dla pisania na klawiaturze. Najbardziej charakterystyczne symptomy PIU to: obsesyjne myślenie o Internecie, obniżona kontrola impulsów, niezdolność do przzerwiania korzystania z Internetu oraz poczucie, że Internet jest jedynym przyjaciółem [1, 9].

Z badań własnych wynika również, że Internet ma wpływ na kontakty z rówieśnikami. Co bardziej zaznacza się u chłopców niż u dziewczyn, tym samym chłopcy częściej poznają nowych ludzi w Internecie. Natomiast na zaniedbywanie obowiązków domowych Internet ma wpływu u 11% ankietowanych. Stosunek młodzieży do umiejętności zagospodarowania sobie wolnego czasu jest różny.

Często lub bardzo często chłopcy są upominani, że zbyt dużo czasu poświęcają na Internet, siedząc w nim po kilka godzin dziennie, grając w gry komputerowe. Około 90% dziewczyn i 86% chłopców spędza przy komputerze od trzech do nawet pięciu godzin dziennie, czasem kosztem czasu przeznaczonego na odpoczynek. Rzadko zdarza się, że z powodu surfowania po Internecie nie przesypiają nocy. Ma to negatywny wpływ na relacje rodzic – dziecko, związki partnerskie. Uzależnieni stopniowo spędzają coraz mniej czasu z realnymi osobami, zastępując te kontakty wirtualnymi znajomymi. Mają świadomość, że spędzają zbyt mało czasu z rodziną, przyjaciółmi, nie potrafią oderwać się od komputera [7].

Do konsekwencji uzależnienia od Internetu należy również zaliczyć zanik więzi emocjonalnych z osobami najbliższymi, rodziną, przyjaciółmi. Young w swoich doniesieniach opisywała, że 54% badanych zgłaszało poważne problemy w bliskich związkach na skutek uzależnienia od Internetu [10, 11]. Zachowaniom tym towarzyszy zwiększenie osamotnienia i stany depresyjne.

W badaniach własnych około 5% chłopców deklaruje, że reagują agresją, gdy ktoś pyta, co robili w Internecie. Denerwują się, gdy się im przeszkadza. Czasem wpadają w stany depresyjne lub mają zły nastrój. Zdarza się, że często ukrywają przed najbliższymi, iż korzystają z Internetu, a wykonując jakieś obowiązki fantazjują na temat bycia *online*. Część ankietowanych zaobserwowała nawet zmiany w swoim zachowaniu pod wpływem Internetu. Niepokojący jest fakt, że zdarzają się osoby, dla których życie bez Internetu byłoby puste, nudne i niedające radości. Niestety przebywanie w jednej pozycji przy komputerze i wpatrywanie się w ekran powoduje różne dolegliwości, takie jak: bóle pleców, bóle oczu, głowy, zmęczenie. Na takie właśnie dolegliwości uskarżała się znaczna część ankietowanych.

W literaturze przedmiotu opisywany był negatywny wpływ Internetu na zdrowie. Wciąż wzrasta liczba dzieci z wadami postawy, powstają poważne wady wzroku oraz uszkodzenia nerwów odpowiedzialnych za ruchy nadgarstka i dłoni [3]. Osoby często korzystające z komputera skarżą się na problemy ze wzrokiem. Jest to spowodowane promieniowaniem, które emituje monitor. Czytanie z ekranu komputera pogłębia krótkowzroczność. Inną sprawą jest przeciążenie wzroku. Wielu użytkowników komputerów cierpi na tzw. zespół widzenia komputerowego. Jego objawy to: zamglone i czasami podwójne widzenie łzawiące, podrażnione lub suche oczy, nadwrażliwość na światło, bóle powiek i czoła, przejściowa krótkowzroczność, polegająca na niemożności zogniskowania wzroku na odległym obiekcie po długotrwałej pracy na komputerze [12].

Uzależnienie od Internetu jest w miarę nowym zjawiskiem. Ta forma uzależnienia jest jak dotąd najmniej zbadana i opisana przez naukowców. Zdaniem B. Woronowicza „ten rodzaj uzależnienia stanie się prawdopodobnie jedną z plag XXI wieku i najprawdopodobniej jest tylko kwestią czasu oficjalne sklasyfikowanie uzależnienia od Internetu (siecioholizmu) jako jednostki chorobowej...” [8]. Z drugiej strony pozostaje pytanie: czym w takim razie jest zdrowe korzystanie z Internetu?

Wnioski

W badanej grupie wykazano, że 1/5 badanych ma problemy z kontrolowanym korzystaniem z Internetu. Wykazano, też że Internet ma negatywny wpływ na kontakty z rówieśnikami, na podejmowanie obowiązków domowych, gospodarowanie wolnym czasem oraz na stan emocjonalny (depresja, agresja). Znaczna część badanej grupy uskarżała się na różne dolegliwości w związku z dłuższym przebywaniem w Internecie.

Bibliografia

- [1] Davis R.A., *Poznawczo-behawioralny model patologicznego używania Internetu*, [w:] *Internet a psychologia – możliwości i zagrożenia*, red. W.J. Paluchowski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 373.
- [2] Jakubik A., *Zespół uzależnienia od Internetu (ZUI)*, „Psychiatria Polska” 2002, nr 3.
- [3] Zięba H.R., *Uzależnienie od Internetu przyczyną wielu zaburzeń*, [w:] *Przeciwdziałanie czynnikom ryzyka chorób cywilizacyjnych*, red. D. Mucha, H.R. Zięba, PPWSZ, Nowy Targ 2009, s. 140.
- [4] Borzęcka J., *Hakerzy – uzależnienie czy subkultura młodzieżowa?*, [w:] *Uzależnienia a rodzina*, red. R. Domżał-Drzewicka, A. Ścibior, H. Kaźmierak, Makmed, Lublin 2008.
- [5] Zięba H., *Człowiek a uzależnienia*, [w:] *Promocja zdrowia wobec zagrożeń cywilizacyjnych*, red. D. Mucha, H.R. Zięba, PPWSZ, Nowy Targ 2007, s. 156.
- [6] Zaczyński W., *Praca badawcza nauczyciela*, WSiP, Warszawa 1995.
- [7] Young K., *Uwolnić się z sieci. Uzależnienie od Internetu*, tłum. G. Pindur, Katowice 2007.
- [8] Woronowicz B.T., *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2001.
- [9] Cekiera C., *Psychoprofilaktyka uzależnień oraz terapie i resocjalizacja osób uzależnionych*, TN KUL, Lublin 1993.
- [10] Jakubik A., *Zaburzenia osobowości*, PZWL, Warszawa 2003.
- [11] Juszczyk S., *Spółeczne znaczenie Internetu*, [w:] Juszczyk S., *Człowiek w świecie elektronicznych mediów – szanse i zagrożenia*, Wydawnictwo UŚ, Katowice 2000, s. 121.
- [12] *Co nam szkodzi a co nie*, red. J. Fronczak, Reader's Digest, Warszawa 2005.



Edyta Laurman-Jarząbek¹, Monika Szpringer², Eliza Mazur³

Zachowania ryzykowne a profilaktyka HIV/AIDS w środowisku akademickim

Abstract

Risky Behavior and Prevention of HIV/AIDS in the Academic Environment

The thesis has both theoretical and empirical features. The research was conducted on the sample of 1035 master students from the following disciplines: medicine, education and art. investigation was focused on risky behaviors of students in terms of HIV infection. Based on the results of the research theoretical conclusions were formulated that could potentially be used in educational practice related to HIV/AIDS.

Key words: HIV, AIDS, risky behavior, attitudes, prevention

Słowa kluczowe: HIV, AIDS, zachowania ryzykowne, studenci, profilaktyka

„Każdy z Was, młodzi przyjaciele, znajduje też w życiu jakieś swoje Westerplatte, jakiś wymiar zadań, które trzeba podjąć i wypełnić, jakąś słuszną sprawę, o którą nie można nie walczyć, jakiś obowiązek, powinność, od której nie można się uchylić, nie można zdezerterować. Wreszcie, jakiś porządek prawd i wartości, które trzeba utrzymać i obronić, tak jak to Westerplatte. Utrzymać i obronić, w sobie i wokół siebie, obronić dla siebie i dla innych”.

Jan Paweł II

Wstęp

Prawie 25 lat minęło od wykrycia w Polsce pierwszego przypadku zakażenia wirusem HIV. Wirusem, który wywoływał dyskusje wśród gremium osób z licznych sfer naukowych. Przez wiele lat „bytu” wirusa HIV i choroby AIDS w świadomości

¹ Akademia Ignatianum w Krakowie, Instytut Nauk o Wychowaniu.

² Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Instytut Zdrowia Publicznego.

³ Wszechnica Świętokrzyska w Kielcach, Wydział Pedagogiczny.

mości wielu ludzi okazało się, że zakażenie wirusem HIV to nie tylko problem medyczny, ale także psychologiczny i społeczny. Okazało się, że mimo doniosłych osiągnięć współczesnej medycyny ludzkość jest bezradna wobec niezbyt aktywnego, ale wciąż śmiertelnego wirusa. Żadna inna choroba nie wzbudziła tylu kontrowersji i lęków we współczesnym świecie co zespół nabytego braku odporności, zwany AIDS. Jeszcze większą troską naukowców stało się szybkie rozpowszechnianie się wirusa atakującego ludzki system odporności (HIV – ang. *human immunodeficiency virus*), odpowiedzialnego za tę chorobę [1].

Wirus HIV i śmiertelna choroba AIDS od ponad 25 lat budzą lęk i rodzą postawy odrzucenia osób zakażonych i chorych. Dane epidemiologiczne wskazują na rosnącą z roku na rok liczbę osób zakażonych w wyniku kontaktów heteroseksualnych. Z danych Krajowego Centrum ds. AIDS wynika, że w ostatnich latach najwięcej zakażeń pojawia się u osób pomiędzy 20 a 29 rokiem życia. W tej grupie wiekowej występuje 85% wszystkich zakażeń na świecie. W Polsce natomiast wskaźnik ten sięga aż 60%, z czego około 8% stanowią osoby poniżej 20 roku życia. Liczba zakażeń HIV/AIDS w Europie również rośnie, 50% nowych zachorowań ma miejsce wśród osób w wieku 15–25 lat, a najczęstszym sposobem zakażenia jest kontakt heteroseksualny [2]. Dane te są wystarczającym powodem, aby zdynamizować działania na polu profilaktyki w walce z pojawiającymi się zakażeniami HIV.

Nie ma leku na AIDS, jedynie profilaktyka staje się skutecznym sposobem zahamowania szerzenia się transmisji HIV, zwłaszcza ta profilaktyka, która ukierunkowana jest na zmiany zachowań indywidualnych i zbiorowych [3]. Podniesienie efektywności działań edukacyjnych może nastąpić przez konstruowanie, wdrażanie i opracowywanie programów adresowanych do konkretnych grup odbiorców. Programy te winny być przygotowane merytorycznie, metodycznie i organizacyjnie na bardzo dobrym poziomie. W przeciwnym razie słabe programy, niekompetentne służby, nieadekwatne do potrzeb nakłady obniżają, a nawet zmniejszają skuteczność działań [4].

Profilaktyka i edukacja w zakresie zagadnień związanych z HIV/AIDS ma nieocenioną wartość; rzetelnie przekazywana prawdziwa wiedza może uchronić wiele istnień ludzkich przed zakażeniem się śmiertelnym wirusem i pozwala na modyfikację zachowań narażających na ryzyko transmisji HIV. Epidemia HIV/AIDS stworzyła w Polsce, jak i na całym świecie, zupełnie nową sytuację wymagającą podjęcia stanowczych reakcji. Ochrona przed AIDS polega na efektywnej promocji zdrowia i zapobieganiu zakażeniom, rozwoju możliwości diagnostycznych i terapeutycznych, realizacji programów ograniczających skutki zdrowotne i społeczne epidemii, budowaniu i rozwoju organizacji społeczeństwa obywatelskiego.

Pierwszy przypadek zakażenia HIV został wykryty w Polsce w roku 1985, natomiast pierwsze zachorowanie na AIDS zdiagnozowano rok później. Od początku epidemii HIV/AIDS do 30 kwietnia 2010 roku w Polsce stwierdzono zakażenie HIV ogółem u **12 893** osób, z tego co najmniej **5637** zakażonych w związku z uży-

waniem narkotyków, **2353** zachorowań na AIDS, **1023** chorych zmarło [5]. Jak ilustruje tabela 1, od 1998 roku liczba nowo wykrytych zakażeń HIV utrzymywała się na stałym poziomie, jednak w 2008 roku wzrosła do 809. [6]

Tabela 1. Epidemiologia HIV/AIDS w Polsce w latach 1998–2009

Rok	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
liczba zakażeń HIV	638	527	629	560	573	611	656	651	749	716	809	689
liczba chorych na AIDS	119	119	109	168	124	126	169	190	120	183	162	124
liczba zgonów z powodu AIDS	51	60	43	42	53	57	57	75	38	71	56	48

Źródło: opracowanie własne.

Szacuje się, że w Polsce jest 25–35 tys. osób żyjących z HIV i AIDS, z których ponad 30% to kobiety. Tak jak w większości krajów również w Polsce AIDS jest problemem głównie ludzi młodych, 58% osób, które uległy zakażeniu HIV, nie ukończyło 29 lat, w tym blisko 8% w momencie zakażenia nie ukończyło 20 roku życia [7]. Najliczniejszą grupę (ok. 80%) wśród osób zakażonych HIV i chorych na AIDS w Polsce stanowią osoby w wieku produkcyjnym (20–49 lat). Za populację najbardziej narażoną obecnie należy uznać osoby młode, aktywne seksualnie. Tylko w 2009 roku najwięcej zakażeń HIV wykryto u osób pomiędzy 20 a 39 rokiem życia – u 375 mężczyzn oraz 94 kobiet. Od początku pojawienia się epidemii HIV/AIDS uważano, że problem zakażenia dotyczy tylko osób zorientowanych homoseksualnie (szczególnie mężczyzn), osób biorących dożylnie środki narkotyczne oraz chorych na hemofilię, uznając tylko te, tzw. grypy ryzyka, za najbardziej narażone. Po wielu latach obserwacji i porządkowania danych epidemiologicznych okazało się, że pojęcie „grupy ryzyka” okazało się wysoce nietrafne. O możliwości zakażenia decydują ryzykowne zachowania, a nie przynależność do określonej grupy.

Poznanie ewentualnych ryzykownych zachowań w kontekście zakażenia HIV studentów wybranych kierunków kształcenia ma swoje uzasadnienie. To właśnie pomiędzy 20 a 29 rokiem życia pojawia się w Polsce najwięcej zakażeń wirusem HIV. Pierwsze lata studiów to dla wielu osób czas wejścia w dorosłe, samodzielne życie. Nowe miejsce zamieszkania, nowi znajomi, nowe sytuacje – to moment, kiedy łatwo się zagubić i dać pochłonąć dorosłemu życiu, ze wszystkimi jego urokami, pułapkami i konsekwencjami. To też czas, kiedy młodzi ludzie chętniej eksperymentują z alkoholem i narkotykami, pod wpływem których dochodzi do niekontrolowanych, ryzykownych zachowań seksualnych.

Materiał i metody

W badaniach naukowych sprawą bardzo istotną jest wybór właściwych metod, technik i narzędzi badawczych. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, jedną z najpopularniejszych metod badań pedagogicznych, i posłużono się techniką ankietowania. W opracowaniu kwestionariusza ankiety wykorzystano pytania z innych ogólnodostępnych narzędzi badawczych, takich jak: kwestionariusz TNS OBOP wykorzystujący pytania i wskaźniki rekomendowane przez WHO/UNAIDS [8] oraz prace: Barbary Daniluk-Kuli i Andrzeja Gładysza [9] oraz Mirosława Milewskiego [10].

Charakterystyka środowiska i grupy badawczej

Ankietowani studiowali w systemie studiów stacjonarnych i niestacjonarnych na dwóch wyższych kieleckich uczelniach: Uniwersytecie Jana Kochanowskiego i Wszechnicy Świętokrzyskiej. Do analizy zakwalifikowano 1035 kwestionariuszy ankiet. W badaniach wzięło udział 337 studentów kierunku pedagogicznego, 349 kierunku medycznego i 349 kierunku artystycznego. Rozkład liczebności badanych studentów poszczególnych kierunków kształcenia był proporcjonalny. W związku z wybranymi do analizy empirycznej kierunkami studiów przewagę wśród respondentów stanowiły kobiety (84,25%), bowiem kobiety częściej wybierają takie kierunki kształcenia. Respondenci byli w wieku od 19 do 24 lat.

Miejsce zamieszkania jest istotną cechą społeczno-demograficzną, ponieważ między innymi ułatwia szerszy dostęp do wiedzy (biblioteki publiczne, realizacja zajęć profilaktyczno-edukacyjnych, świetlice i kluby środowiskowe itp.), informacji (środki masowego przekazu, np. Internet). Miejsce zamieszkania ma wpływ na zachowania się młodych ludzi oraz na ich styl życia przez charakterystyczną specyfikę warunków kształcenia i wychowania młodzieży. W mieście (powyżej 200 tys. mieszkańców) mieszkało 31,69% badanych studentów, małe miasto jako miejsce zamieszkania deklarowało 19,13%, największy odsetek studentów mieszkał na wsi – 49,18%.

Wyniki badań

Zakażenie się HIV w Polsce nie ma tendencji wzrostowych. Liczba osób, u których rocznie wykrywa się wirusa, utrzymuje się od kilku lat na stałym poziomie. Nie świadczy to jednak o rosnącej wiedzy na temat zachowań ryzykownych, wręcz przeciwnie, niemalejąca liczba zakażeń wskazuje na słabą skuteczność podejmowanych działań profilaktycznych i edukacyjnych dotyczących HIV/AIDS. Obecnie nie ma skutecznego lekarstwa na HIV/AIDS i na chorobę zwaną narkomanią. Je-

dynym zabezpieczeniem jest wiedza: pełna, prawdziwa i przekazywana w sposób kompetentny. Wydaje się, że programy profilaktyczne powinny spełniać rolę edukacyjną i mieć za zadanie „szczepienia”, które uchroni młode pokolenie od narkotyków i konsekwencji ich zażywania, a także przed śmiertelnym wirusem HIV. Większość respondentów nie brała udziału w programach profilaktycznych (57,77%), 29,27% badanych uczestniczyła w programach z zakresu HIV/AIDS, wśród nich największy odsetek stanowili studenci kierunku artystycznego (32,95%), najmniejszy procent badanych (25,50%), którzy brali udział w profilaktyce HIV/AIDS, to studenci kierunku medycznego. Niewiele, bo 12,96% respondentów, uczestniczyło w programach z obszaru profilaktyki narkomanii.

Przytoczone wyniki badań świadczą o tym, iż w środowiskach akademickich małą rolę przywiązuje się do zagadnień zapobiegania HIV/AIDS i narkomanii.

W dość krótkim czasie po zarejestrowaniu pierwszych przypadków AIDS opisano możliwe sposoby zakażenia się śmiertelnym wirusem HIV. Początkowo, w związku z licznymi zachorowaniami osób homoseksualnych i osób przyjmujących dożyłne środki narkotyczne, stwierdzono, że jest to główna droga transmisji HIV. Jednak w krótkim czasie okazało się, że jest to błędne przekonanie. Coraz więcej wykrywano zakażeń u osób zorientowanych heteroseksualnie i nieużywających narkotyków, coraz więcej zakażonych kobiet rodziło dzieci zakażone HIV. Dziś z całą pewnością wiadomo, że HIV to wirus przenoszony przez krew, drogą niezabezpieczonych kontaktów seksualnych oraz wertykalnie (z matki na dziecko). W Polsce coraz częściej wykrywane są zakażenia, które powstały w wyniku niezabezpieczonych kontaktów heteroseksualnych. Zmieniła się też scena narkotyczna w Polsce, a w związku z tym i sposób podawania narkotyków, ale nie uległy zmianie podejmowane pod wpływem narkotyków zachowania seksualne, zatem pytano studentów, jaka według nich jest aktualnie najczęstsza droga zakażenia HIV. Studenci kierunku pedagogicznego i artystycznego uznali przyjmowanie narkotyków drogą dożylną (39,46% i 42,41%) i kontakty heteroseksualne (37,98% i 33,81%) za aktualnie najczęstszą drogę transmisji HIV. Jedynie studenci kierunku medycznego uznali w największej liczbie kontakty heteroseksualne jako aktualną drogę przenoszenia HIV (38,69%). Niepokojąco duży odsetek odpowiedzi (23,29%) dotyczył kontaktów homoseksualnych jako najczęstszej drogi zakażenia HIV i to wśród studentów kierunku medycznego (26,07%), ale też artystycznego (22,06%) i pedagogicznego (21,66%). Wynika z tego, że niestety wciąż funkcjonuje myślowy stereotyp homoseksualnych zakażeń HIV. Badani studenci nie wiedzieli lub nie brali pod uwagę wertykalnej drogi (z matki na dziecko) zakażenia wirusem. Tylko 1,25% wszystkich badanych wskazało tę drogę jako możliwość transmisji wirusa. Biorąc pod uwagę celowość pytania, była to odpowiedź prawidłowa, ponieważ nie jest to najczęstsza droga zakażenia.

Niezwykle ważnym zagadnieniem w poznaniu wiedzy studentów na temat HIV/AIDS jest ustalenie ich wiadomości na temat źródeł zakażenia czy zachowań stanowiących bezpośrednio ryzyko zakażenia tym wirusem. Respondenci spośród 10 różnych zachowań mieli wybrać te, które stanowią bezpośrednio ryzyko zainfekowania HIV (tabela 2).

Tabela 2. Zachowania stanowiące bezpośrednie ryzyko zakażenia wirusem HIV w opinii badanych

Przykłady zachowań	Kierunek studiów						Ogółem	
	pedagogiczny		artystyczny		medyczny		n	%
	n	%	N	%	n	%		
niezabezpieczony kontakt seksualny z partnerem	324	96,14	339	97,13	332	95,13	995	96,14
ukąszenie komara	12	3,56	21	6,02	17	4,87	50	4,83
korzystanie ze wspólnych naczyń	6	1,78	11	3,15	7	2,01	24	2,32
przytulanie się	1	0,29	1	0,28	2	0,57	3	0,29
Kontakt z krwią	302	89,61	333	95,42	326	93,41	961	92,85
podanie ręki	9	2,67	0	0	1	0,28	10	0,97
korzystanie z basenu	1	0,29	2	0,57	14	4,01	17	1,64
używanie tych samych igieł i strzykawek	321	95,25	338	96,85	332	95,13	991	95,75
urodzenie dziecka, będąc osobą zakażoną HIV	202	59,94	223	63,90	228	65,33	653	63,09
wykonanie tatuażu, piercingu	208	61,72	253	72,49	250	71,63	711	68,69

* Wyniki nie sumują się, ponieważ respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Z analizy danych wynika, że wiedza studentów na temat zachowań bezpośrednio zagrażających zakażeniem HIV jest na bardzo dobrym poziomie. 96,14% wszystkich badanych uznało niezabezpieczony kontakt seksualny z partnerem za zachowanie bezpośrednio zagrażające zainfekowaniem HIV, następnie: używanie tych samych igieł i strzykawek (95,75%) i kontakt z krwią (92,85%). Bardzo istotnym problemem w dzisiejszej rzeczywistości jest zagrożenie związane z nieprofesjonalnym wykonywaniem tatuażu i przekłuwaniem różnych części ciała w nieaseptycznych warunkach. Warto podkreślić, że młodzi ludzie zdają sobie sprawę z konsekwencji takich zachowań. 68,69% badanych wskazała na takie zachowanie jako ryzykowne. Studenci uznali również urodzenie dziecka przez osobę HIV+ za zachowanie bezpośrednio zagrażające zakażeniu dziecka wirusem (63,09%). Rozkład wartości liczbowych i procentowych w grupach osób studiujących na trzech kierunków kształcenia znajduje się na podobnym poziomie.

Wśród pierwszej grupy pytań szczegółowych dotyczących wiedzy na temat HIV/AIDS zasadniczy aspekt badania dotyczył źródeł wiedzy i sposobów uniknięcia zakażenia. Pytano studentów, czy kiedykolwiek szukali informacji o HIV/AIDS. Przedstawiono im do wyboru różne źródła informacji na temat zagadnienia. Najwięcej badanych studentów poszukiwało informacji o wirusie HIV w Internecie (53,71%), w tym ponad 57% studentów pedagogiki. Kolejnym ważnym źródłem wiedzy była prasa, broszury i pozycje książkowe, po które najchętniej sięgali studenci kierunków pedagogicznych i artystycznych, oraz telewizja – najczęściej wymieniana przez studentów kierunku medycznego. Jedynie 32,36% respon-

dentów wiedzę o zagadnieniu znalazło na zajęciach na uczelni, a 22,80% w trakcie realizowanych programów profilaktycznych. Niewielki odsetek studentów (3,57%) poszukiwał informacji o HIV/AIDS u rodziców, jedynie studenci kierunków medycznych (5,15%) w największym procencie wskazali na ojca i matkę jako osoby, które przekazywały im wiedzę o wirusie i chorobie. Jak wynika z analizowanych danych, które dotyczyły źródeł wiedzy na temat HIV/AIDS, młodzi ludzie chętniej czerpią informacje z Internetu (53,71%), prasy (38,55%) czy telewizji (36,71%); bardzo niskie dane procentowe uzyskano przy kategorii „rodzice” i „koledzy”. Kolejnym ważnym zagadnieniem było to, czy studenci rozmawiają z innymi osobami na temat zagrożenia zakażeniem HIV i kim są te osoby. Tylko 37,20% ankietowanych studentów rozmawiało na temat zagrożenia, jakim jest zakażenie wirusem HIV. Najczęściej wymienianymi osobami, z którymi studenci prowadzili konwersacje, to: koleżanki, koledzy, przyjaciele, mąż, partner życiowy, wychowawcy, pedagodzy. Najmniejszą liczbę wyborów otrzymała kolejny raz kategoria „rodzice”. Wydawać by się mogło, że to rodzice powinni być tymi, którzy pierwsi będą przestrzegać młodych ludzi przed podejmowaniem zachowań, którą mogą być ryzykowne, i to nie tylko jeśli chodzi o zakażenie HIV, ale i innych chorób przenoszonych drogą płciową. Analiza uzyskanych danych pokazuje, że rodzice nie są osobami, z którymi rozmawia się na temat zachowań seksualnych i od których uzyskuje się informacje na temat nurtujących spraw dotyczących intymności i seksualności. Wskazuje to na konieczność uwzględnienia rodziców jako beneficjentów w projektowaniu działań profilaktycznych tej grupy i jako ważnych i pierwszych edukatorów dzieci i młodzieży.

Posiadana wiedza z zakresu problematyki HIV/AIDS wpływa na podejmowanie różnych zachowań, w tym także zachowań ryzykownych. W sytuacji narastającego zagrożenia HIV/AIDS istotne jest przekazywanie rzetelnej wiedzy, adekwatnej do możliwości percepcyjnych różnych grup społecznych. W tym kontekście ciekawym badawczo zagadnieniem było to, czy badani studenci podejmowali w swoim życiu ryzykowne zachowania w różnych sytuacjach życiowych. Wiedza powinna skutkować odpowiedzialnymi zachowaniami, takimi, które w żaden sposób nie narażają młodego człowieka na ryzyko zakażenia. Tabela 3 prezentuje rozkład wartości liczbowych i procentowych odpowiedzi badanych.

Tabela 3. Podejmowanie zachowań ryzykownych zakażenia się wirusem HIV przez respondentów w różnych sytuacjach życiowych

Podejmowanie zachowań ryzykownych	Kierunek studiów						Ogółem	
	pedagogiczny		artystyczny		medyczny		n	%
	n	%	n	%	n	%		
tak	53	15,73	20	5,73	45	12,89	118	11,40
nie	284	84,27	329	94,27	304	87,11	917	88,60
Razem	337	100	349	100	349	100	1035	100

Zdecydowana większość badanych osób nigdy nie doświadczyła sytuacji, która zagrażałaby zakażeniem się wirusem HIV (88,60%). Jednak ponad 11,40% ankietowanych podjęło różne ryzykowne zachowania. Wśród osób, które podejmowały zachowania narażające ich na zakażenie HIV, najliczniejszą grupę stanowili studenci kierunku pedagogicznego (15,73%) i medycznego (12,89%). Najmniej ryzykownych sytuacji w życiu mieli studenci kierunku artystycznego (5,73%).

Ważnym aspektem w obszarze badawczym była deklarowana gotowość do zmiany swoich zachowań seksualnych, mająca zminimalizować ryzyko zakażenia wirusem HIV. Zachowanie wierności jednemu partnerowi deklarowało 67,05% ankietowanych studentów. Wierność najczęściej wskazywali studenci kierunku pedagogicznego (69,14%), najrzadziej studenci kierunku medycznego (64,18%). Używanie prezerwatyw jako sposobu uniknięcia zakażenia deklarowało 40,48% ankietowanych, którymi najczęściej byli studenci kierunku medycznego (48,42%). 12,46% respondentów w celu zminimalizowania ryzyka HIV podało zmniejszenie liczby partnerów seksualnych (głównie studenci kierunku medycznego – 19,48%). Niewielu studentów wskazało abstynencję seksualną jako zminimalizowanie ryzyka zakażenia HIV (9,08%). Nie dziwi ten fakt, biorąc pod uwagę coraz wcześniejsze rozpoczynanie życia seksualnego. Wśród ankietowanych 6,38% odpowiedziało, że nic by nie zmieniło w swoich zachowaniach seksualnych. Tabela 4 ilustruje dane liczbowe i procentowe.

Tabela 4. Opinia badanych na temat zmiany w swoich zachowaniach seksualnych w celu uniknięcia zakażenia

Kategorie odpowiedzi	Kierunek studiów						Ogółem (n=1035)	
	pedagogiczny		artystyczny		medyczny		n	%
	n	%	n	%	n	%		
zachowanie wierności jednemu partnerowi	233	69,14	237	67,91	224	64,18	694	67,05
zmniejszenie liczby partnerów seksualnych	34	10,10	27	7,74	68	19,48	129	12,46
używanie prezerwatyw	119	35,31	131	37,54	169	48,42	419	40,48
utrzymywanie abstynencji seksualnej	23	6,82	45	12,89	26	7,45	94	9,08
inne (jakie?)	19	5,64	22	6,30	25	7,16	66	6,38

* Wyniki nie sumują się, ponieważ respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Zagadnieniem, które ma istotne znaczenie w profilaktyce zakażenia wirusem HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, są wcześniejsze doświadczenia obecnych partnerów badanych studentów. Z doświadczeń autorek artykułu, nabytych podczas pracy w punkcie konsultacyjno-diagnostycznym w Kielcach, w którym wykonuje się bezpłatne i anonimowe badania w kierunku

zakażenia wirusem HIV, wynika, że coraz więcej młodych ludzi przed podjęciem współżycia seksualnego z nowym partnerem poddaje się badaniom. Świadczy to niewątpliwie o wzrastającej wiedzy na temat wirusa i choroby oraz odpowiedzialności za podejmowane zachowania seksualne. Rozkład liczbowy i procentowy odpowiedzi ilustruje tabela 5.

Tabela 5. Znaczenie wcześniejszych doświadczeń seksualnych obecnych partnerów badanych studentów

Znaczenie wcześniejszych doświadczeń seksualnych obecnych partnerów	Kierunek studiów						Ogółem (n=1035)	
	pedagogiczny		artystyczny		medyczny		n	%
	n	%	n	%	n	%		
tak	286	84,87	296	84,82	267	76,50	849	82,03
nie	13	3,86	8	2,29	27	7,74	48	4,64
nie zastanawiałem się na tym	38	11,27	45	12,89	55	15,76	138	13,33
Razem	337	100	349	100	349	100	1035	100

Badani studenci najczęściej wskazywali, że wcześniejsze doświadczenia seksualne obecnych partnerów są dla nich bardzo ważne (82,03%). Te informacje były szczególnie istotne dla studentów kierunku pedagogicznego (84,87%) i artystycznego (84,82%), a najmniej ważne dla studentów kierunku medycznego (7,74%). Ponad 13% badanych nie zastanawiała się nad tym faktem, co wskazuje, że nie jest dla nich istotna przeszłość seksualna obecnego partnera. Motywy skłaniające młodych ludzi do podejmowania zachowań seksualnych to: miłość (76%), pragnienia seksualne (34%), ciekawość innego partnera (27%), uległość wobec partnera (8%), podniesienie poczucia własnej wartości (34%), lęk przed porzuceniem przez partnera (12%), wpływ alkoholu i innych substancji ograniczających świadomość (31%). Niepokoi wysoki wskaźnik podejmowania zachowań ryzykownych wśród młodych ludzi w związku z używaniem alkoholu i narkotyków oraz traktowanie seksu jako środka podnoszenia poczucia własnej wartości. Mimo że uczucie miłości jest podstawą podejmowania zachowań seksualnych dla 76% ankietowanych, to jednak w związku z innymi pojawiającymi się odpowiedziami skłonne jesteśmy przypuszczać, iż zachowania te często umożliwiają zaspokojenie najważniejszych potrzeb psychologicznych: akceptacji, uznania, bezpieczeństwa, przynależności, doświadczania, jak również radzenia sobie z przeżywanymi trudnościami życiowymi jako redukcja lęku i frustracji.

Wnioski

1. Poziom wiedzy ogólnej dotyczącej HIV/AIDS u studentów badanych kierunków kształcenia jest wysoki. Nie ma widocznych różnic w poziomie wiedzy studentów kierunku pedagogicznego, medycznego i artystycznego. Istotna

może być informacja, iż tylko 1/3 ankietowanych wskazała kontakt heteroseksualny jako (obecnie) najczęstszą drogę transmisji HIV. Zaskakują natomiast wskazania kontaktu homoseksualnego jako najczęstszej drogi przenoszenia się HIV – największy odsetek takich wskazań był wśród studentów kierunku medycznego.

2. Badani studenci jako zachowania bezpośrednio narażające na ryzyko zakażenia HIV wskazali: niezabezpieczony kontakt seksualny (96,14%), używanie tych samych igieł i strzykawek (95,75%), kontakt z krwią (92,85%). Nie wystąpiły istotne różnice pomiędzy studentami poszczególnych kierunków kształcenia. Warto podkreślić, iż studenci wszystkich trzech kierunków kształcenia zdają sobie sprawę z ryzyka wykonywania tatuażu lub piercingu w niehygienicznych warunkach (68,69%). Niestety około 5% ankietowanych studentów jeszcze wierzy w to, że ukąszenie komara może skutkować zakażeniem HIV.
3. Podstawowym źródłem informacji na temat HIV/AIDS dla badanych studentów jest Internet (53,71%), następnie: prasa (38,55%), broszury i pozycje książkowe (37,39%) oraz telewizja (36,71%). Znamienne jest to, że tylko 22,80% ankietowanych uzyskało informacje na temat HIV/AIDS na zajęciach profilaktycznych, a 3,57% od rodziców. Zatem można wnioskować, że realizowane programy profilaktyczne nie spełniają swojej funkcji edukacyjnej. Również rodzice nie są osobami, u których poszukuje się informacji na temat zakażenia wirusem HIV, choć to właśnie oni powinni być pierwszymi edukatorami w tak ważnej kwestii, jaką jest podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych przez młodych osoby.
4. Sposoby uniknięcia zakażenia, które ankietowani studenci preferują, to zachowanie wierności jednemu partnerowi (67,05%) oraz stosowanie prezerwatyw (40,48%), przy czym tę ostatnią kategorię najczęściej wskazywali studenci kierunku medycznego.
5. Mimo że studenci preferują zachowanie wierności jednemu partnerowi, to motywy, jakie często towarzyszą zmianie partnerów, są następujące: pragnienia seksualne (34%), ciekawość innego partnera (27%), uległość wobec partnera (8%), podniesienie poczucia własnej wartości (34%), lęk przed porzuceniem przez partnera (12%), wpływ alkoholu i innych substancji ograniczających świadomość (31%).

Podsumowanie

Jednym z podstawowych sposobów ograniczenia liczby nowych zakażeń HIV jest rzetelna realizacja odpowiednio skonstruowanych programów profilaktycznych. Proponowane wytyczne do programu edukacyjno-profilaktycznego z zakresu HIV/AIDS zostały opracowane na podstawie praktyki profilaktyczno-edukacyjnej autorek, które widzą konieczność wprowadzenia do programów studiów wybranych kierunków kształcenia zajęć dotyczących zagadnień HIV/AIDS. Prze-

prowadzone postępowanie badawcze i jego wyniki potwierdziły wciąż panujący stygmat społeczny wobec osób z HIV/AIDS mimo coraz większej wiedzy na ten temat. Z wyników badań własnych wynika, że wielu młodych ludzi nie łączy podejmowania życia seksualnego z wieloma partnerami z ryzykiem zakażenia, również motywy podejmowania zachowań seksualnych wymagają korekty. W związku z tym ważnym celem programu edukacyjno-profilaktycznego skierowanego do studentów powinno być: rozwijanie odpowiedzialności za swoją seksualność, wzmacnianie znaczenia asertywności; identyfikacja z własnym systemem wartości. Znaczenie ma również wzbudzanie motywacji do pracy nad własnym rozwojem w sferze budowania trwałych związków, redukcja zachowań ryzykownych u studentów, motywowanie młodych ludzi do utrzymania satysfakcjonujących związków.

Bibliografia

- [1] Bishop G.D., *Psychologia zdrowia*, tłum. A. i L. Śliwa, Astrum, Wrocław 2000.
- [2] *Szczegółowe sprawozdanie z realizacji Harmonogramu Realizacji Krajowego Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV na lata 2007–2011 za 2007 r.*, cz. 1, Krajowe Centrum ds. AIDS, www.aids.gov.pl/?page=krajowy_program&act=archiwum&id=28 (stan na 22.04.2012).
- [3] *Effective Prevention Could Have New HIV Infections*, „Global AIDS News” 1993, nr 3.
- [4] *Przewodnik do tworzenia programów promocji zdrowia ukierunkowanych na zwalczanie i zapobieganie HIV/AIDS*, Krajowe Biuro Koordynacyjne ds. Zapobiegania AIDS, Warszawa 1995, s. 5–7.
- [5] Krajowe Centrum ds. AIDS, www.aids.gov.pl.
- [6] „Kontra. Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS” 2009, nr 1 (39), s. 4, www.pzh.gov.pl.
- [7] *Harmonogram Realizacji Krajowego Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV opracowany na lata 2007–2011*, Ministerstwo Zdrowia, Krajowe Centrum ds. AIDS www.aids.gov.pl/?page=publikacje&act=a&id=109 (stan na 22.04.2012).
- [8] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, www.unaids.org/en
- [9] Daniluk-Kula B., Gładysz A., *Ocena wiedzy i postaw młodzieży szkół podstawowych na temat zakażenia i zapobiegania HIV i AIDS*, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 1998.
- [10] Milewski M., *Społeczne uwarunkowania postaw młodzieży wobec AIDS*, Nomos, Kraków 2005.
- [11] De Natale M. L., *Devianza e pedagogia*, La Scuola, Brescia 1998.
- [12] Froggio G., *Psicosociologia del disagio e della devianza giovanile. Modelli interpretativi e strategie di recupero*, Laurus Robuffo, Roma 2002.
- [13] Izdebski Z., *Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS. Studium porównawcze*, Wydawnictwo UZ, Zielona Góra 2006.

- [14] Mion R., Piolli C., *Tempo e tempo libero dei giovani: quale educazione*, 2002.
- [15] Rogowska-Szadkowska D., *Kalendarium HIV/AIDS*, cz. 2, 1997–2007.
- [16] Rogowska-Szadkowska D., *Kalendarium HIV/AIDS*, cz. 1, 1981–1996.
- [17] Szpringer M., *Profilaktyka społeczna. Rodzina, szkoła, środowisko lokalne*, Wydawnictwo AŚ, Kielce 2004.
- [18] Szpringer M., *Przeciwdziałanie zagrożeniom patologii społecznej w regionalnych i lokalnych programach profilaktycznych*, [w:] *Partnerstwo i odpowiedzialność w oświacie zdrowotnej i promocji zdrowia: materiały z międzynarodowej konferencji. Materiały z Międzynarodowej Konferencji zorganizowanej w Ożarowie w dniach 2–5 listopada 2002 r.*, Warszawa 2003.
- [19] Załącznik do uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 roku, Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015.

Anna Dąbek¹, Iwona Klisowska², Iwona Zborowska¹,
Jerzy Twardak³

Stan wiedzy rodziców dzieci w wieku niemowlęcym na temat szczepień ochronnych i czynniki decydujące o ich wyborze

Abstract

The State of Knowledge of Parents of Children in Infancy on Immunization and the Factors Determining their Choice

Introduction. Immunization Program (PSO) in Poland, includes mandatory vaccinations (paid from the budget) and recommended (paid for by the patient). Recommended Vaccinations can help reduce the number of injections and / or expand the scope of immunization on disease entities not included in the vaccination program mandatory.

Objective. Aim of this study was to investigate the state of knowledge of parents of children in infancy on the use of mandatory vaccination and recommended, as well as preliminary determination not to submit reasons for vaccination of children in this period of life. The aim was also to identify factors determining the type of vaccine.

Materials and methods. The anonymous survey was conducted in the town and municipality Ścinawa. The study involved 39 parents. Most parents are aged between 31–35 years (33.3%). Respondents in the majority of parents had completed upper secondary education (48.7%).

¹ Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu Katedra Zdrowia Publicznego, Zakład Gerontologii.

² Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu Katedra Zdrowia Publicznego, Zakład Promocji Zdrowia.

³ Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu Katedra Zdrowia Publicznego, Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa.

Results. The current schedule of vaccination know 77%, 23% of parents admit that they know the calendar. Most respondents (66.6%) admitted that they do not know the recommended vaccinations, and only 33.3% knew about some of them. Recommended vaccination of children was 35.9% of those surveyed. Among the 48.7% of respondents opted for the choice of the combined vaccine, and 51.3% chose primary vaccination. Results. The current schedule of vaccination know 77%, 23% of parents admit that they know the calendar. Most respondents (66.6%) admitted that they do not know the recommended vaccinations, and only 33.3% knew about some of them. Recommended vaccination of children was 35.9% of those surveyed. Among the 48.7% of respondents opted for the choice of the combined vaccine, and 51.3% chose primary vaccination.

Conclusions. Not all parents have sufficient knowledge of the mandatory and recommended vaccinations. Among the causes of children not to submit the infant vaccinations recommended – in addition to costs-are: the conscious choice of parents, rehabilitation of vaccination by medical personnel and insufficient information on the part of staff.

Key words: vaccination, parents' knowledge, determinants of vaccination

Słowa kluczowe: szczepienia ochronne, wiedza rodziców, determinanty szczepień

Wstęp

Przyjście na świat dziecka to wielkie wydarzenie w rodzinie. Odpowiednia pielęgnacja i odżywianie od urodzenia zapewnią zdrowie i prawidłowy rozwój psychoruchowy dziecka. Naturalne jest, że rodzice chcą chronić swoje dziecko najlepiej, najkorzystniej, jak to tylko możliwe, przed różnorodnymi zagrożeniami i chorobami. Na rodziców w głównej mierze spada odpowiedzialność za szeroko rozumiane zdrowie potomstwa. To w domu rodzinnym dziecko od najmłodszych lat uczy się zachowań prozdrowotnych i nawyków, które mają wpływ na jego dalsze życie.

Szczepienia ochronne to najskuteczniejsza metoda ochrony przed groźnymi chorobami. Do rodziców należy ochrona dziecka przez realizację programu szczepień. Rodzice powinni porozmawiać o szczepieniach z pediatrą, a nie szukać informacji wśród nieprofesjonalistów. Należy zastanowić się nad wyborem szczepień jeszcze podczas ciąży lub jak najszybciej po narodzinach dziecka.

Każdy rodzic myśli o zdrowiu i bezpieczeństwie swojego maleństwa. Jednym z najważniejszych zadań po urodzeniu jest uchronienie dziecka od zachorowania na jedną z groźnych chorób zakaźnych. Niestety wielu rodziców narzeka na brak wiedzy na temat dostępnych metod profilaktyki. Jednak znaczna część rodziców, chcąc zapewnić maksymalnie szeroki parasol ochronny, a jednocześnie poprawić komfort podczas szczepień, zmniejszając liczbę zastrzyków, staje przed trudnym wyborem z powodu bariery finansowej. W pierwszych dwóch latach życia dziecka na ten cel trzeba przeznaczyć kilka tysięcy złotych, jednak wydatki na szczepienie dziecka należy traktować jako inwestycję w zdrowie, którą trze-

ba odpowiednio wcześniej zaplanować, rozważając np. przeznaczenie na ten cel becikowego, zweryfikowanie listy rzeczy niezbędnych, które należy kupić dla malca, lub też pomoc najbliższych w postaci wartościowego prezentu, jakim jest szczepionka.

Brak lub niepełna wiedza rodziców na temat wyboru możliwych do podjęcia działań stanowi główne źródło zagrożeń dla zdrowia dzieci.

Powszechnie sądzi się, że choroby zakaźne wieku dziecięcego należy przechorować. Trudno zgodzić się z taką opinią. Choroby zakaźne niosą ze sobą ryzyko ciężkiego przebiegu, powikłań, a nawet zgonu. Nie sposób oszacować rozmiaru bólu i cierpienia towarzyszących chorobie dziecka. Nie bez znaczenia są także koszty, bezpośrednie, związane z badaniami i leczeniem, oraz te pośrednie, wynikające z nieobecności rodziców w pracy. Każdy rodzic chce mieć zdrowe i radosne dziecko, a choroba zawsze pojawia się nieoczekiwanie. Szczepienia są jednym z działań odnoszącym największe sukcesy w obszarze zdrowia. Zachorowalność np. na odrę, krztusiec czy inne choroby zakaźne wieku dziecięcego gwałtownie spadła dzięki szeroko stosowanym szczepieniom. Istnieje możliwość zapobiegania innym groźnym chorobom zakaźnym, ale potrzebne jest kompleksowe podejście do działań profilaktycznych wraz z edukacją zdrowotną, co przyniesie wymierne korzyści dla zdrowia.

W Polsce dla dzieci dostępne są szczepionki bezpłatne, tzw. obowiązkowe, oraz odpłatne, tzw. zalecane, wśród których są szczepionki jednoskładnikowe oraz skojarzone, pięcio- lub sześcioskładnikowe.

Tematyka szczepień ochronnych, wybór szczepionek pomiędzy tymi refundowanymi przez NFZ a płatnymi typu 6w1, budzi wiele kontrowersji, niejasności i wątpliwości wśród rodziców. Powszechnie opinie na temat groźnych powikłań, takich jak autyzm, nie mają potwierdzenia w naukowych badaniach [1]. Wybór szczepienia dla dziecka należy traktować i rozważać indywidualnie po konsultacji z lekarzem specjalistą, rozważając argumenty za i przeciw. W Polsce według prawa obowiązkowemu szczepieniu podlegają wszystkie dzieci, a zwolnienie całkowite ze szczepienia można uzyskać tylko w przypadku choroby dziecka.

Układ odpornościowy człowieka rozwija się wraz z wiekiem. Każdy noworodek posiada tzw. odporność wrodzoną – są to m.in. naturalne przeciwciała, które zostały przekazane dziecku w okresie życia płodowego oraz podczas karmienia piersią. Jednak przeciwciała te w sposób naturalny giną ok. 3–6 miesięcy życia i wówczas układ immunologiczny małego dziecka jest zbyt słaby, aby bronić się przed wirusami i bakteriami. Ponadto choroby zakaźne (bakteryjne i wirusowe) szczególnie łatwo rozwijają się u najmłodszych dzieci. Niektóre z chorób mają ciężki przebieg z powikłaniami, a nawet prowadzą do zgonu. Tylko szczepienia są w stanie uchronić dziecko przed chorobami zakaźnymi zagrażającymi jego zdrowiu i życiu. Wielu chorobom można zapobiec, podając szczepionkę możliwie szybko po urodzeniu dziecka. Dzięki postępowi biologii molekularnej i inżynierii genetycznej opracowuje się szczepionki coraz bezpieczniejsze i skuteczne nawet dla najmłodszych dzieci.

Szczepionka to preparat biologiczny stosowany w celu uodpornienia organizmu. Ogólna zasada działania szczepionki polega na wprowadzeniu do organizmu antygeny, który jest rozpoznawany przez układ odpornościowy (immunologiczny). Dzięki temu w układzie odpornościowym powstają przeciwciała i komórki „pamięci immunologicznej”. Przy kolejnym kontakcie z wirusem lub bakterią chorobotwórczą szybciej rozpoznają „wroga” i niszczą go, zapobiegając rozwojowi choroby.

Wyróżniamy szczepionki pojedyncze, uodparniające przeciw jednej chorobie, oraz szczepionki skojarzone, chroniące jednocześnie przed kilkoma schorzeniami. W jednej strzykawce może być nawet pięć różnych szczepionek. Dzięki szczepionkom skojarzonym dziecko zamiast kilku ukłuć otrzymuje tylko jedno, a tym samym unika bólu i stresu związanego z zabiegiem.

Szczepienia nie powodują osłabienia organizmu, przeciwnie, mają na celu wzmocnienie odporności i ochronę przed niektórymi chorobami. Według dostępnych badań podawanie wielu szczepionek w krótkim czasie nie wpływa negatywnie na układ odpornościowy. System immunologiczny jest niezwykle skuteczny i wydajny. Może reagować na miliony mikroorganizmów jednocześnie. Poza tym równocześnie podaje się tylko te szczepionki, które zostały przebadane pod kątem skuteczności i bezpieczeństwa podawania ich razem.

Wszystkie państwa członkowskie UE wprowadziły programy szczepień ochronnych, by chronić swoich obywateli przed poważnymi, nieraz zagrażającymi życiu chorobami. Mimo to niektóre szczepionki nadal nie są w pełni doceniane i wykorzystywane.

Wokół tematu szczepień ochronnych dzieci, tych obowiązkowych i tych zalecanych, powstało wiele kontrowersji. Podczas wizyt środowiskowych pielęgniarek rodzice często zwracali się do nich z zapytaniem o celowość szczepień, zwłaszcza szczepień zalecanych. Lekarze pediatrzy sugerują podawanie dodatkowych preparatów jako zabezpieczenie dzieci przed chorobami zakaźnymi. Szczepienia te nie są jednak obowiązkowe, są natomiast odpłatne, a ograniczone możliwości finansowe wielu polskich rodzin czynią je trudnymi do zaakceptowania [2, 3].

Celem pracy było poznanie stanu wiedzy rodziców dzieci w wieku niemowlęcym na temat stosowania szczepień ochronnych obowiązkowych i zalecanych, a także wstępne ustalenie przyczyn nieszczepienia dzieci w tym okresie życia. Celem było również określenie czynników decydujących o wyborze rodzaju szczepionki.

Materiał i metoda

W okresie od września do października 2010 roku przeprowadzono badania ankietowe wśród rodziców mających dzieci w okresie niemowlęcym, zamieszkałych na terenie miasta i gminy Ścinawa. Ogółem zostało rozdanych 60 ankiet,

z których zwrócono 39 (tj. 65%) wypełnionych prawidłowo. W badaniu wzięto udział 39 rodziców. Większość rodziców to osoby w wieku 31–35 lat (33,3%) i 26–30 lat (30,8%). Badani rodzice w większości posiadali wykształcenie średnie (48,7%) i wyższe (28,2%), najmniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym (2,6%). Większość rodziców pracuje zawodowo (64,1%). Najmniejszą grupę stanowiły rodziny wielodzietne (7,7%), natomiast rodzin posiadających jedno dziecko było aż 53,8%.

Kwestionariusz służący do badań zawierał 20 pytań dotyczących stanu wiedzy respondentów na temat szczepień ochronnych obowiązkowych i zalecanych, jak również na temat przygotowania dzieci do szczepienia oraz pielęgnacji po wykonaniu szczepienia, a także czynników decydujących o ich wyborze.

Wyniki

Z przeprowadzonej analizy ankiet wynika, że obowiązujący kalendarz szczepień zna 77% badanych. Jednak aż 23% rodziców przyznaje, że nie zna tego kalendarza. Zdecydowana większość (56,4%) sama przestrzega terminu kolejnych szczepień, pozostałe 41% czeka na wezwanie z przychodni, a 2,7% nie przestrzega terminów szczepień.

Zdecydowana większość ankietowanych (66,6%) przyznała, że nie zna szczepień zalecanych, a 33,3% wie tylko o niektórych z nich. Wśród najczęściej wymienianych były szczepionki przeciwko ospie wietrznej (61,5%), pneumokokom (53,8%), meningokokom (38,5%), rotawirusom (30,8%), grypie (23,1%). Wielu ankietowanych myliło szczepienia obowiązkowe ze szczepieniami zalecanymi. Wśród najczęściej wymienianych jako zalecane mylnie podawane były szczepienia przeciwko: różyczce (38,5%), HiB (30,8%), odrze (30,8%), WZW B (30,8%), śwince (23,1%), BCG (7,7%), krztuścowi (7,7%), tężcowi (7,7%). Szczepieniom zalecanym poddano 35,9% dzieci osób ankietowanych, z czego 64,3% zostało zaszczepionych przeciwko pneumokokom, 50% przeciwko rotawirusom, 35,7% przeciwko meningokokom, 28,6% przeciwko ospie wietrznej, a 21,4% przeciwko grypie.

Wśród ankietowanych 48,7% zdecydowało się na wybór szczepionki skojarzonej, a 51,3% wybrało szczepienie podstawowe. Czynniki decydujące o wyborze szczepienia skojarzonego to: mniejsza liczba wkluc – 43,6%; mniej stresu dla dziecka – 30,7%; przekonanie o większej skuteczności takiego szczepienia – 20,5%; przekonanie przez lekarza – 20,5%; i ostatni powód: mniej wizyt w poradni – 7,7%. Ogromne znaczenie ma również dochód finansowy w rodzinie, który przedstawia się następująco: wystarcza tylko na podstawowe potrzeby – 46,1%; wystarcza na podstawowe potrzeby i jesteśmy w stanie zaoszczędzić – 41%; nie wystarcza na podstawowe potrzeby – 12,8%.

Dochód miał również ogromne znaczenie przy wyborze szczepień zalecanych, na które nie zdecydowało się aż 64,1% ankietowanych. Jako jeden z głów-

nych powodów podano zbyt duży koszt finansowy – 40% ankietowanych. Wśród wymienianych przyczyn były też: obawa przed skutkami ubocznymi – 44%; brak przekonania co do skuteczności działania tych szczepionek – 24%; odrzucił lekarz – 12%; a także niewiedza, że takie szczepionki istnieją – 4%.

Rodzin, które zdecydowały się na szczepienia zalecane, było 35,9%. Wśród szczepień najczęściej wybieranych było szczepienie przeciwko pneumokokom – 64,3%, rotawirusom – 50%, meningokokom – 35,7%, ospie wietrznej – 28,6%, grypie – 21,4%.

Jak wynika z ankiet, najwięcej informacji dotyczącej szczepień ochronnych respondentzi uzyskali od lekarza – 51,3%, na czołowym miejscu znajdują się znajomi – 33,3%, od pielęgniarki – 25,6% i z Internetu – 25,6%. Na końcu listy źródeł informacji znalazły się broszury – 5,1%, telewizja – 10,2%, gazety – 12,8%.

Zdecydowana większość ankietowanych (71,8%) oczekuje fachowej wiedzy i informacji od lekarza, 48,7% od pielęgniarki środowiskowej i 25,6% od pielęgniarki w poradni dziecięcej. Większość rodziców podała, że lekarz odpowiadał jedynie na zadawane pytania, oraz że nie nakłaniał ich do szczepień, ale udzielał wyczerpujących informacji. Większości ankietowanych (56,4%) lekarz lub pielęgniarka przedstawił korzyści wynikające ze szczepień skojarzonych, jednak aż 41% rodzinom takich korzyści nie przedstawiono.

Badani rodzice na pytanie, czy po szczepieniu skojarzonym wystąpiły objawy niepożądane, odpowiedzieli następująco: nie – 89,5% i zaledwie 10,5% – tak, jednak w 100% rodziny potrafiły łagodzić skutki niepożądane.

35,9% respondentów jest przekonana co do słuszności szczepień skojarzonych, jednak aż 59% nie ma zdania na ten temat i aż 51,3% nie wie, czy przy szczepieniu kolejnego dziecka wybierze szczepionki skojarzone. Niewielka część badanych (7,7%) podaje, że w przypadku kolejnego dziecka na pewno nie wybierze szczepienia skojarzonego, a jako powód podają zbyt duży koszt finansowy (66,7%) i to, że szczepionki osłabiają odporność (33,3%). Jednak aż 76,9% ankietowanych podaje, że gdyby szczepienia zalecane były nieodpłatne, zaszczepiłoby dziecko.

Jak wynika z ankiet, ponad 2/3 badanych (68,8%) zna przeciwwskazania do wykonania szczepień, 10,4% zna niektóre z nich, takie jak np. choroba dziecka. Rodzice w 85,4% przypadków wiedzą o możliwości wystąpienia reakcji niepożądanego na szczepienie. O tym, jak przygotować dziecko do szczepienia i jak je pielęgnować po szczepieniu, wie 87,5% ankietowanych.

Rozważając wybór szczepienia przez rodziców w stosunku do zmiennych, jakimi są wykształcenie, wiek, dochód i liczba dzieci w rodzinie, można zauważyć wyraźny wpływ wykształcenia rodziców na wybór szczepień zalecanych. Przedstawia to wyliczony współczynnik korelacji liniowej równy współczynnikowi korelacji Pearsona wynoszący $r=0,3$. Widoczny jest także niewielki wpływ zmiennych, tj. wieku matki i aktywności zawodowej, liczby dzieci w rodzinie, na wybór przez rodziców szczepień odpłatnych.

Dyskusja

Szczepienia są bezsprzecznie jednym z najbardziej opłacalnych działań profilaktycznych na rzecz zdrowia publicznego, chroniących obywateli przed chorobami zakaźnymi. Powszechne stosowanie szczepień doprowadziło do zwalczenia ospy wietrznej i uwolniło Europę od choroby Heinego-Medina. Dzięki zastosowaniu szczepionek wyeliminowano ospę prawdziwą, znacznie ograniczono występowanie nagminnego porażenia dziecięcego, tężca i krztuśca [4]. W ostatnich latach dokonał się duży postęp w produkcji szczepionek [5]. Stosowane są nowe technologie, preparaty żywe zastępowane są atenuowanymi lub inaktywowanymi. Atenuacji dokonuje się często przez manipulacje genetyczne polegające na usuwaniu niepożądanych cech. Coraz większe zainteresowanie budzi zastosowanie szczepionek zawierających nagie DNA oraz podjednostkowych (np. przeciwko grypie), które mogą być bezpiecznie podawane nawet kobietom ciężarnym [6]. Ze składu szczepionek eliminuje się thiomersal, żelatynę, a wszystko po to, żeby poprawić bezpieczeństwo ich stosowania [7]. Aby nowa szczepionka mogła być zastosowana, poddawana jest badaniom, w których wyniku oceniane jest jej oczyszczenie, immunogenność, skuteczność i bezpieczeństwo. Mimo wszystkich zabiegów nie ma szczepionki w 100% bezpiecznej.

Bank Światowy uważa szczepienia ochronne za najbardziej efektywne pod względem ekonomicznym działanie w ramach opieki zdrowotnej [8]. Wprawdzie wielu rodziców rozumie potrzebę szczepień ochronnych u swoich dzieci i są oni świadomi korzyści płynących z immunizacji, to jednak wcale nie mały odsetek wykazuje błędne podejście do sprawy szczepień lub ma błędne poglądy na ich temat. Potwierdzają to również doniesienia pochodzące z innych krajów [9, 10].

Przeprowadzone badania wykazały, że poziom wiedzy rodziców na temat szczepień ochronnych, zarówno obowiązkowych, jak i zalecanych, jest stosunkowo wysoki. Dzięki temu dość duży odsetek dzieci zostaje poddany temu zabiegowi. Zasadne wydaje się również zwrócenie uwagi na stan zaszczepienia członków rodziny. Zastanawia jednak brak jedności pracowników służby zdrowia co do wskazań do wykonania szczepień zalecanych – matki nie szczepiły dzieci, bo szczepienie takie odradził lekarz lub pielęgniarka. Być może również w Internecie rodzice nie znaleźli argumentów przemawiających na korzyść szczepienia dzieci szczepionkami zalecanymi. W sieci jest dużo artykułów poddających w wątpliwość słuszność szczepień obowiązkowych i zalecanych, co wpływa na podejmowanie przez rodziców decyzji. Rzetelna informacja o szczepieniach ochronnych zwiększa liczbę dzieci zaszczepionych szczepionkami skojarzonymi i zalecanymi. Ważnymi czynnikami wpływającymi na prawidłową realizację szczepień ochronnych jest znajomość zasad szczepienia i poszczególnych szczepionek przez lekarzy i pielęgniarki oraz edukacja pacjenta [11]. Badania przeprowadzone przez Anetę Nitsch-Osuch *et al.* wskazują, że głównym źródłem wiedzy rodziców na temat szczepień jest lekarz [12]. Nasze badania również to potwierdziły. Podobne wyniki jak Nitsch-Osuch otrzymaliśmy w kwestii przekazywania

informacji; rodzice podają, że lekarz odpowiadał jedynie na zadawane pytania, nie nakłaniał do szczepień zalecanych, ale udzielał wyczerpujących informacji o możliwych szczepieniach.

Coraz więcej rodziców decyduje się na podanie dziecku szczepień zalecanych, aby uchronić je przed zachorowaniem [13], jednak jest też znaczna część rodziców, którzy decydują się tylko na szczepienia obowiązkowe, ponieważ takie jest prawo. Rodzice na szczepienia zalecane decydują się ze względu na presję ze strony otoczenia, nie szukając dodatkowych informacji, uważając to za słuszne rozwiązanie.

Rodzice mają wystarczającą wiedzę na temat niepożądanych odczynów poszczepiennych i sposobów przygotowania dziecka do szczepienia. E. Borrás w swoich badaniach zwraca uwagę na negatywne postrzeganie przez rodziców szczepień ochronnych ze względu na możliwość wystąpienia niepożądanych objawów, co stanowi niechęć do podawania dzieciom szczepionek.

Argumenty rodziców dotyczące ceny szczepionek zalecanych nie mają uzasadnienia, kiedy ceny preparatów skonfrontujemy z kosztami, które mogą ponieść w związku z zachorowaniem dziecka na chorobę zakaźną (leki, niezdolność do pracy z tytułu opieki nad dzieckiem), nie mówiąc już o niewymiernych kosztach cierpienia fizycznych i emocjonalnych dziecka.

Wnioski

1. Nie wszyscy rodzice mają dostateczną wiedzę na temat szczepień obowiązkowych i zalecanych. Dla co piątego badanego nazwy i skróty szczepionek okazały się niezrozumiałe. Istnieje więc potrzeba edukacji zdrowotnej rodziców i opiekunów dzieci.
2. Brak jest wyczerpujących informacji na temat szczepień zalecanych, a jednocześnie cena szczepionek jest zbyt wysoka i nie zachęca do korzystania z tych szczepień. Przyczynami (oprócz kosztów) niepoddawania dzieci w wieku niemowlęcym szczepieniom zalecanym są: świadomy wybór rodziców, odradzenie szczepień przez personel medyczny i niedostateczna informacja ze strony tego personelu.
3. Istnieje duża zależność między wykształceniem rodziców a rodzajem wybranego przez nich szczepienia.
4. Nie wszyscy rodzice znają reakcje niepożądane mogące wystąpić u ich dzieci po szczepieniu, nie wiedzą też, jakie działania powinni wówczas podjąć.
5. Rodzicom brak jest wystarczającej wiedzy na temat przygotowania dziecka do szczepienia i zasad opieki nad nim po podaniu szczepionki.
6. Głównymi czynnikami decydującymi o wyborze rodzaju szczepionki były warunki ekonomiczne rodziców, informacje o szczepionkach uzyskane od lekarza i przekazane argumenty za stosowaniem szczepienia.

7. Wybór szczepionki skojarzonej typu 6w1 lub 5w1 przez rodziców uwarunkowany był głównie ograniczeniem bólu dla dziecka (mniej wkłuć).

Bibliografia

- [1] Mrukowicz J., *Etiologia autyzmu – kontrowersyjne wątki*, wystąpienie w 2009 roku, Polski Instytut Evidence Based Medicine, www.autyzmaszczepienia.wordpress.com.
- [2] Radzikowski A., Duszczyk E., *Szczepienia w rodzinie*, cz. I, „Essentia Medica” 2005, nr 5, s. 71–76.
- [3] Radzikowski A., Duszczyk E., *Szczepienia w rodzinie*, cz. I, „Essentia Medica” 2005, nr 6, s. 68–74.
- [4] Bernatowska E., *Szczepienia ochronne i ich bezpieczeństwo*, Centrum Zdrowia Dziecka, Warszawa 2004.
- [5] Jacobson R.M., Zabel K.S., Poland G.A., *The Challenge of Vaccine Safety*, „Seminars in Pediatric Infectious Diseases” 2002, vol. 13, s. 215–220.
- [6] Tozzi A.E., *Field Evaluation of Vaccine Safety*, „Vaccine” 2004, vol. 22, s. 2091–2095.
- [7] Jacobson R.M., *Vaccine Safety*, „Immunology and Allergy Clinics of North America” 2003, vol. 23, s. 589–603.
- [8] Wernicki P., *Wiele hałasu o nic*, „Wiedza i Życie” 1998, nr 9.
- [9] Gellin B.G., Maibach E.W., Marcuse E.K., *Do Parents Understand Immunizations? A National Telephone Survey*, „Pediatrics” 2000, vol. 106, s. 1097–1102.
- [10] Keane M.T. et al., *Confidence in Vaccination: A Parent Model*, „Vaccine” 2005, vol. 23, s. 2486–2493.
- [11] Pasalska-Niewęglowska K., *Realizacja Programu Szczepień Ochronnych w Poradni Dziecięcej w Gdańsku*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2009, vol. 11, nr 3, s. 453–455.
- [12] Nitsch-Osuch A. et al., *Analiza źródeł wiedzy rodziców na temat szczepień zalecanych u dzieci*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2008, vol. 10, nr 3, s. 568–571.
- [13] Pokorna-Kałwak D. et al., *Wszczepialność szczepionkami zalecanymi w praktyce lekarza rodzinnego wśród dzieci w wieku 2–5 lat*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2009, vol. 11, nr 3, s. 461–463.



Grzegorz Kaczmarczyk^{1,2}, Agata Korusiewicz¹, Grzegorz Machnik²,
Małgorzata Zapała², Ewa Pelc², Monika Czapla²

Profilaktyka zakażeń wirusowych wśród dzieci i młodzieży na przykładzie grypy sezonowej i nowej grypy A/H1N1

Abstract

Flu. Prevention and Prophylaxis of Serious Viral Infections among Children and Young People on the Example of Seasonal Influenza and Avian Influenza A/H1N1

Influenza has been known as a very dangerous human disease for ages. The course of the disease varies between more and less dangerous, leading to serious complications. For many decades, prophylactic vaccination enforcement enabled partial prevention of both influenza infection and its complications. The prevention has been of special significance in case of children, because of their greater susceptibility to influenza and other viral diseases. In era of new type influenza, the prophylaxis of infection conducted both by respectively prepared teachers at school and parents at home is of great importance, which, apart from vaccination, greatly prevents influenza and viral expansion.

Key words: influenza, infections, prevention, childrens

Słowa kluczowe: grypa, zakażenia, profilaktyka, dzieci

¹ Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego.

² Diagnostyka sp. z o.o., sp. Komandytowa.

Wstęp

Grypa jest to jedna z najczęściej występujących chorób zakaźnych i jednym z najpoważniejszych zagrożeń zdrowia publicznego na świecie. Pierwsze zapiski o epidemiach grypy pochodzą z 412 roku p.n.e. Ich autorami byli Hipokrates i Tytus Liwiusz. Po raz pierwszy wirus jako czynnik zakaźny grypy u świń został odkryty w 1931 roku przez Richarda E. Schope'a, natomiast u ludzi wirus grypy wyizolowali w 1933 roku Wilson Smith, Christopher Andrews i Patrick Laidlaw z National Institute for Medical Research w Londynie. Wirus grypy typu B odkryto w 1940 roku, a typu C w 1949 roku. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) co roku na świecie choruje na grypę od 330 do 990 mln ludzi. Od 0,5 do 1 mln przypadków zachorowań kończy się śmiercią w wyniku powikłań pogrypowych. Ostatnie kilka lat obfitowało w zgłaszane przypadki przenoszenia się wirusa grypy ze zwierząt na człowieka. Dotyczyło to głównie grypy typu A/H1N1, szczególnie dlatego, że jest to jeden z groźniejszych szczepów wirusa, w odróżnieniu od szczepów powodujących grypę sezonową. Aby ustrzec się tego typu wirusów, należy wiedzieć o nich więcej.

Kilka faktów

Wirusy grypy należą do rodziny *Orthomyxoviridae*. Wiriony posiadają kształt sferyczny i średnicę między 80 a 120 nm, choć istnieją również formy nitkowate. Wirus grypy jest widoczny tylko i wyłącznie w mikroskopie elektronowym. Cząsteczki wirusa otoczone są błoną białkowo-lipidową gospodarza, a materiał genetyczny stanowi pojedyncza nić RNA występująca w postaci 7 (typa C wirusa) lub 8 segmentów, które kodują wszystkie niezbędne do kopiowania i powstawania nowego wirusa białka. W skład białek strukturalnych wirusa grypy wchodzi: nukleoproteina (NP), polimeraza PB1, PB2 i PA, białka transbłonowe M1 i M2 oraz najważniejsze z punktu widzenia epidemiologii glikoproteiny: hemaglutynina (HA) i neuraminidaza (NA), zakotwiczone w otocze lipidowej. Dwie ostatnie są odpowiedzialne za połączenie wirusa z komórką oraz wydostanie się wirusa potomnego z komórki. HA i NA tworzą na powierzchni winionu charakterystyczne wypustki w postaci „pręcików” i „grzybków”. W przypadku wirusa grypy typu C występuje tylko jeden rodzaj glikoproteiny pełniący funkcje takie same jak hemaglutynina i neuraminidaza.

Dla profilaktyki zakażeń grypą ważne jest to, że wirusy grypy (w tym również grypy A/H1N1) poza organizmem mogą przetrwać jedynie kilka godzin (średnio 2–3 godziny), choć najnowsze prace dowodzą, że cząsteczka wirusa grypy może przetrwać w odpowiednich warunkach nawet do kilku dni poza organizmem żywiciela.

Na podstawie różnic w budowie antygenów powierzchniowych wirus grypy dzieli się na trzy typy: A, B i C, które są również czynnikiem etiologicznym tego

wirusa RNA. Ponadto typ A wirusa grypy dzieli się na trzy podtypy w zależności od rodzaju występującej hemaglutyniny i neuraminidazy. Groźne dla ludzi są wirusy typu A i B. Szczególnie wirusy typu A odpowiedzialne są za liczne epidemie występujące wśród ludzi od wieków. Jest to tym groźniejsze, że wirusy grypy charakteryzują się dużą zmiennością antygenową charakterystyczną dla hemaglutyniny i neuraminidazy, która ma charakter mutacji, przesunięcia lub nagłego skoku antygenowego. Największą częstość mutacji obserwuje się u wirusów grypy typu A, nieco mniejszą u wirusów grypy typu B, podczas gdy wirusy grypy typu C wykazują stosunkowo dużą stabilność. Przesunięcie antygenowe polega na występowaniu mutacji punktowych, czego końcowym efektem w genach hemaglutyniny i neuraminidazy są coroczne epidemie „podobnej” grypy. Skok antygenowy natomiast wiąże się z reasortacją genetyczną, czego efektem jest wymiana całych segmentów RNA między różnymi wariantami wirusów, które zakażyły tę samą komórkę. Ze względu na występowanie rezerwuaru zwierzęcego wirusów typu A, do reasortacji segmentów RNA może dochodzić nie tylko między ludzkimi wirusami grypy, ale również między występującymi u zwierząt i u ludzi (zwłaszcza u ptaków). Jako wynik takiej reasortacji może powstać wariant wirusa o innym podtypie hemaglutyniny i neuraminidazy niż u szczepów występujących u ludzi, co może stać się przyczyną pandemii, ze względu na to, że człowiek nie ma żadnej odporności na nowe warianty wirusa.

U człowieka stwierdza się przede wszystkim trzy podtypy wirusa A: H1N1, H2N2 oraz H3N2. Sporadycznie obserwuje się także zakażenia wywołane innymi podtypami wirusa, między innymi H5N1. Wśród zwierząt, w tym głównie u ptaków dzikich i domowych oraz ssaków, wirusy grypy A stanowią mieszaninę podtypów antygenowych. Jest to aż 15 podtypów hemaglutyniny (H – białka umożliwiającego przyczepianie się i wnikanie wirusa do komórek) i 9 podtypów neuraminidazy (N – białka umożliwiającego uwalnianie wirusa z komórek). Stanowią one duży rezerwar nowych antygenów, przeciw którym populacja ludzka nie ma odporności. Najnowsze dane wskazują, iż do zakażenia człowieka nowym typem wirusa grypy pochodzenia zwierzęcego nie jest wymagana jego reasortacja z wirusem „ludzkim”.

Nowe podtypy wirusa grypy wykryte u człowieka to przede wszystkim: wirus grypy A/H1N2 – w grudniu 1988 roku, wirus grypy kurzej A/H5N1 – w maju 1997, wirus grypy kurzej A/H9N2 – w marcu 1999, wirus grypy A/H1N2 – we wrześniu 2001, mutant grypy kurzej A/H5N1 – w lutym 2003, wirus grypy kurzej A/H7N7 – w marcu 2003, oraz wirus grypy kurzej A/H5N1 – w styczniu 2004.

Do typowego zakażenia dochodzi przede wszystkim drogą kropelkową przez przebywanie w otoczeniu osoby zarażonej wirusem lub też – jak donoszą naukowcy – w dużym zagęszczeniu zwierząt, które mogą być nosicielami wirusa. Czasem zakażenie odbywa się przez kontakt bezpośredni z osobnikiem zakażonym lub skażoną powierzchnią. Gdy chory kaszle lub kicha, do otoczenia dostają się cząsteczki wirusa, które po dostaniu się do naszych górnych dróg oddechowych przyczepiają się do komórek nabłonka i wnikają do ich wnętrza. Tu nastę-

puje replikacja wirusa prowadząca w czasie jednego sześć- do dwunastogodzinnego cyklu do powstania około tysiąca potomnych wirionów, co prowadzi do szybkiego rozwinięcia się stanu zapalnego, który powoduje silne osłabienie organizmu. Martwica zakażonych komórek rzęskowych błony śluzowej ułatwia w krótkim czasie inwazję patogenów bakteryjnych (*Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*) i wtórne zakażenie bakteryjne mogące wywołać poważne powikłania, takie jak: grypowe zapalenie płuc, zapalenie oskrzelików u dzieci, bakteryjne wtórne zapalenie płuc, zapalenie ucha środkowego, mięśnia serca i osierdzia czy zapalenie mięśni. Powikłania pogrypowe mogą również być powodem chorób neurologicznych lub wywołać zaostrzenie chorób przewlekłych.

Objawy pojawiają się w ciągu 24–48 godzin od zakażenia i mają gwałtowny ogólnoustrojowy początek w postaci wysokiej gorączki (nawet 40°C), dreszczy całego ciała, połączony z objawami ze strony układu oddechowego: kaszlem, katarzem oraz bólami głowy, gardła, mięśni i stawów. Czasami występuje biegunka i bóle brzucha (zwłaszcza u dzieci). Zwykle objawy chorobowe ustępują maksymalnie po pięciu dniach, choć ogólne złe samopoczucie oraz kaszel mogą utrzymywać się jeszcze przez ponad dwa tygodnie od zakończenia choroby.

Objawy grypy można dość łatwo odróżnić od objawów zwykłego przeziębienia. Przede wszystkim po katarze, prawie zawsze towarzyszącemu przeziębieniu, a który rzadko występuje podczas grypy, oraz po gorączce, która podczas przeziębienia jest umiarkowana lub nie występuje, natomiast podczas grypy może dochodzić do 40°C. Równie częstymi objawami grypy są bóle mięśni i stawów, które przy przeziębieniach występują rzadko.

Zarówno dla wychowawców, jak również rodziców ważne jest poznanie okresu, w którym istnieje możliwość zakażenia się od chorego na grype.

Dla osób dorosłych jest to okres od dnia poprzedzającego wystąpienie objawów chorobowych do około 5–7 dni po ich wystąpieniu.

Dla dzieci – do ponad 10 dni, z tym, że u małych dzieci przez okres sześciu dni, zanim wystąpią objawy choroby.

Dla osób z ciężkimi niedoborami odporności przez wiele tygodni lub miesięcy.

Diagnostyka zakażeń wirusem grypy

Zakażenia układu oddechowego charakteryzuje to, że z jednej strony jeden patogen może wywołać różnorodne objawy kliniczne, z drugiej natomiast ten sam zespół objawów może być wywoływany przez różne patogeny niekoniecznie o tym samym pochodzeniu i należące do różnych szczepów. Zespół objawów klinicznych, który charakteryzuje zakażenie wirusem grypy (bądź innym), może być przypadkowo zbieżny z zakażeniem innymi drobnoustrojami – niekoniecznie tak groźnymi jak wirus grypy. W badaniach prowadzonych u dorosłych na

podstawie definicji przypadku grypy uwzględniającej gorączkę i kaszel okazało się, że były one sprawdzalne odpowiednio w około 70% i 65% w porównaniu z izolacją wirusa z hodowli tkankowej. Dlatego też tak ważna jest rola diagnostyki laboratoryjnej, która przede wszystkim powinna dotyczyć chorych, u których wykonanie odpowiednich diagnostycznych badań laboratoryjnych będzie pomocne w ustaleniu pewnej i pełnej diagnozy oraz podjęciu decyzji co do prawidłowego leczenia (np. uniknięcia aktybiotykoaterapii czy uzasadnionego użycia odpowiednich leków antywirusowych). Odpowiednia diagnostyka, a co za tym idzie – diagnoza chorób wirusowych, szczególnie u dzieci, pozwala nie tylko na zapobieżenie rozprzestrzeniania się zarasków w przypadku licznych zachorowań, ale również na szybkie wyzdrowienie i uniknięcie niepotrzebnych kosztów, często związanych z pobytem w szpitalu.

Poniższa tabela przedstawia metody diagnostyki laboratoryjnej stosowane w przypadku podejrzenia zakażenia wirusem grypy. Materiałem do takich badań mogą być:

- wymaz z nosa i/lub gardła;
- popłuczyny z nosogardzieli;
- aspirat odessany z nosowej części gardła;
- plwocina;
- popłuczyny z drzewa oddechowego;
- płyn osierdziowy i mózgowo-rdzeniowy (tylko przy wystąpieniu powikłań pogrypowych).

Powyższy materiał (z wyjątkiem ostatniego wymienionego) powinien być pobrany do czterech dni po wystąpieniu objawów choroby.

Zważywszy na różnorodność chorób wirusowych atakujących dzieci i młodzież, trzeba brać pod uwagę również różnorodność materiałów pobieranych do prac diagnostycznych. Trzeba przyjąć, iż do takich badań należy pobierać materiał „najbardziej pewny” co do ewentualnej obecności w nim podejrzanego wirusa.

Metoda	Czas uzyskania wyniku
izolacja wirusa z hodowli tkankowej	2–12 dni
izolacja wirusa z zarodków kurzych	12–18 dni
wykrywanie antygenów wirusa	1,5–2 godzin
wykrywanie RNA wirusa	8 godzin
metody serologiczne (p.. immunoenzymatyczne)	niekiedy ponad 2 tyg.

Statystyka grypy

Do września 2009 roku, spośród 53 państw regionu europejskiego WHO, w 48 krajach odnotowano ponad 49 tys. przypadków zakażenia wirusem A/H1N1,

z których 126 zakończyło się śmiercią. Mniej więcej w tym samym czasie na całym świecie zanotowano 246 948 potwierdzonych przypadków, w tym 2396 zgonów. Nie jest to dużo, biorąc po uwagę fakt, że ponad 95% zgonów pacjentów przechodzących epidemię w latach 1918–1919 (na świecie szalała wtedy grypa „hiszpanka”) zmarło z powodu bakteryjnego zapalenia płuc, kiedy nie było tak skutecznych antybiotyków jak obecnie.

Podczas najnowszej epidemii grypy szczególnie popularne i dostępne były maseczki, które co prawda znacznie ograniczają rozsiewanie się wirusa, lecz – jak twierdzą ich użytkownicy – są niewygodne w noszeniu. Ponadto maseczki używane przez osoby zakażone są skuteczne tylko przez 20 minut ich używania lub do drugiego kichnięcia.

Laboratorium biologii molekularnej firmy Diagnostyka w Krakowie rozpoczęło regularne oznaczanie wirusa grypy, w tym A/H1N1, od września 2009 roku. Oznaczenia prowadzi się według procedur i standardów WHO, stosując metodę *real-time PCR*. Do dnia dzisiejszego, spośród dostarczonych do laboratorium w celu analizy na obecność wirusa grypy typu A/H1N1 prawie 300 próbek, 17,8% pochodziło od dzieci w wieku 0–18 lat. 9,1% wszystkich badanych próbek dotyczyło dzieci, u których zidentyfikowano wirusa tego typu.

Profilaktyka zakażeń wśród dzieci szkół podstawowych i młodzieży

Jak zapobiegać grypie sezonowej oraz nowym szczepom grypy? – pytanie to stało się bardzo aktualne w ostatnich dwóch latach, gdy w mediach informowano o coraz to nowych przypadkach grypy świńskiej bądź ptasiej.

Przede wszystkim – oprócz stosowania szczepień ochronnych – należy wprowadzić do codziennego życia proste czynności, które mogą w dużym stopniu ustrzec osoby dorosłe, a przede wszystkim dzieci, przed zachorowaniem wywołanym przez nowy, często wykazujący większą zjadliwość, wirus grypy oraz przed innymi chorobami wirusowymi.

Jedną z podstawowych zasad jest unikanie bliskiego kontaktu z osobami chorymi, częste mycie rąk pod bieżącą ciepłą wodą, unikanie dotykania oczu, nosa i ust, aktywność fizyczna, unikanie stresu i zdrowe odżywianie. Natomiast w przypadku wystąpienia choroby pozostawanie w domu i zachowywanie dystansu w kontaktach z osobami zdrowymi, zasłanianie ust i nosa chusteczką higieniczną podczas kasłania czy kichania, picie dużej ilości płynów i duża ilość snu. To najlepsze i najprostsze zasady unikania nie tylko grypy, ale również innych zakażeń wirusowych.

Natomiast bardziej skomplikowane jest wprowadzenie powyższych zasad w przypadku dzieci i młodzieży uczęszczających do szkoły i bardzo aktywnych fizycznie oraz przekazanie przez nauczycieli tych zasad jako właściwe postępowanie w okresie poprzedzającym zachorowanie oraz w czasie jego trwania.

Główną rolę odgrywa tu profilaktyka grypy w szkole, gdzie uczniowie przebywają w bliskiej odległości, a chorobami przenoszonymi się drogą kropelkową można zarazić się szczególnie łatwo. Chorzy uczniowie mogą też stanowić źródło zakażenia dla członków swoich rodzin oraz innych osób, z którymi kontaktują się w życiu codziennym.

Profilaktyka zakażeń wirusowych, szczególnie grypy u dzieci, zależy w równym stopniu od nauczycieli i od rodziców świadomych zagrożenia, które niesie ze sobą zachorowanie, między innymi na grypę.

Profilaktyka w zakresie zakażeń chorobami wirusowymi, szczególnie grypą, obejmuje:

- organizację spotkań edukacyjnych dla uczniów, rodziców oraz personelu szkoły dotyczących podstawowych metod zapobiegania szerszeniu się zakażeń wirusem grypy sezonowej lub nowej grypy A/H1N1;
- sprawdzenie komunikacji szkoły z rodzicami i możliwości szybkiego ich powiadamiania;
- prowadzenie cyklicznej edukacji dotyczącej zapobiegania zakażeniom przez dostarczanie materiałów informacyjnych na temat zachowania się w szkole, w domu i innych miejscach przebywania w czasie wolnym, oraz promowanie zachowań zmniejszających prawdopodobieństwo zakażenia;
- zachęcanie do szczepień przeciw grypie w momencie pojawienia się szczepionki.

Efekty działalności profilaktycznej szkoły zależą od uczestnictwa dyrektorów szkół, nauczycieli i autorytetów w spotkaniach z zakresu zapobiegania zachorowaniom. Personel szkoły uczestniczący w takich spotkaniach powinien być przekonany, że edukacja i konsekwencja we wdrażaniu efektów spotkań w okresie poprzedzającym zachorowania oraz w okresie wystąpienia zachorowań na grypę są priorytetem.

Wspólnym mianownikiem w spotkaniach z zakresu profilaktyki grypy powinny być: jasność i prostota przekazu, niekosztowność oraz zaangażowanie przedstawicieli środowiska szkolnego, rodziców i partnerów lokalnych.

W trakcie spotkań należy używać więcej form wizualnych/graficznych niż tekstowych w przekazywaniu informacji, zwłaszcza młodszym uczniom, gdyż taka właśnie forma jest najszybciej przez nich przyswajana. W przypadku młodszych uczniów, którzy nie mogą skupić się dłużej, należy stosować metodę „pokaż i powiedz”, aby zwrócić ich uwagę oraz prowadzić zajęcia aktywizujące.

Niektóre pojęcia dotyczące chorób zakaźnych mogą być dla uczniów abstrakcyjne. Aby pomóc uczniom zrozumieć takie pojęcia, niezbędne jest powiązanie profilaktyki chorób z opowiadaniem, bohaterami albo innymi wydarzeniami znanymi uczniom wcześniej.

We wszystkich wyżej wymienionych formach przekazu wymogiem bezwzględny jest współpraca ze specjalistami zdrowia (lekarzami, pielęgniarkami) w celu zapewnienia dodatkowego autorytetu, by przekazywać informacje i profesjonalne odpowiedzi na pytania zarówno uczniów, jak i rodziców.

Edukacja, której odbiorcami jest młodzież w wieku 12–18 lat, powinna polegać na połączeniu standardowych metod i najbardziej popularnych wśród młodzieży technik i narzędzi multimedialnych, co pozwala efektywnie kształtować zmiany postaw i zachowań zdrowotnych. Edukowanie młodzieży musi odbywać się również przez rodziców, którzy u młodzieży w tym wieku odgrywają bardzo dużą rolę w dostarczaniu i wzmacnianiu informacji w zakresie dbania o zdrowie.

Bardzo pomocnym narzędziem jest skierowanie do rodziców listu zapraszającego do wsparcia edukacji oraz informującego, czego ich dzieci uczą się w szkole.

Postępowanie w okresie poprzedzającym oraz w okresie zachorowania na grypę

Przygotowania do działań profilaktycznych, przeprowadzenie edukacji rodziców, uczniów oraz personelu powinny być wykonane w całym okresie zachorowalności na grypę. Zarówno na początku sezonu grypowego, jak też w trakcie jego trwania.

Cały personel szkoły powinien mieć obowiązek obserwowania uczniów pod kątem pojawienia się u nich objawów grypopodobnych w czasie pobytu w szkole. W przypadku wystąpienia typowych objawów grypy u uczniów należy poinformować rodziców o konieczności zgłoszenia się z dzieckiem do lekarza, a samego ucznia umieścić w osobnym pomieszczeniu. Natomiast w przypadku ciężkiego zachorowania wezwać pogotowie lub zapewnić po konsultacji z rodzicami transport do najbliższego szpitala. Kierownictwo placówki powinno również zadbać o ciągły dostęp do standardowych środków higienicznych w toaletach i zorganizować w miarę możliwości jak najczęstszy pobyt uczniów na świeżym powietrzu w czasie przerw i lekcji wychowania fizycznego. Sale lekcyjne, jeśli to możliwe, powinny być systematycznie wietrzone, każdorazowo przez 10 minut.

Profilaktyka zachorowań wśród dzieci obejmuje również rodziców, którzy powinni obserwować domowników wykazujących objawy grypopodobne. Dając przykład swoim zachowaniem, rodzice powinni myć ręce (także między palcami) mydłem pod bieżącą ciepłą wodą przez 20–30 sekund oraz pokazać małym dzieciom, jak należy to robić. Świadomi zagrożeń rodzice muszą zadbać, by dziecko zawsze miało przy sobie jednorazowe chusteczki higieniczne do nosa, a po jednokrotnym użyciu wyrzucało je do kosza. Dziecko powinno również umieć zasłaniać nos jednorazową chusteczką higieniczną podczas kichania i usta podczas kasłania; w przypadku braku jednorazowych chusteczek kichać i kasłać w rękaw w okolicy łokcia, a nie w dłonie. Zarówno rodzice, jak i dzieci powinni unikać przebywania wśród ludzi, którzy wykazują objawy grypopodobne, oraz spędzać aktywnie wolny czas na świeżym powietrzu. O ile to możliwe, rodzice powinni wietrzyć mieszkanie 3–4 razy dziennie, każdorazowo przez 10 minut.

Większość z powyższych zachowań stosuje się również (zarówno u dzieci, jak i u dorosłych) w wypadku wystąpienia zachorowania na grypę bądź inną chorobę wirusową. Należy wtedy bezwzględnie pozostać w domu i skontaktować się z lekarzem, który zadecyduje o sposobie i czasie leczenia, lub też udać się od razu do ośrodka zdrowia. Natomiast jeśli mimo choroby musimy wyjść, to przede wszystkim należy unikać przebywania w miejscach skupisk ludzi (kino, dyskoteka, centrum handlowe, hala sportowa itp.) oraz przestrzegać podstawowych zasad higienicznych nie tylko podczas przebywania w szkole, ale również we wszystkich sytuacjach pozaszkolnych.

Leczenie, szczepienia i możliwe powikłania grypy

W sierpniu 2010 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wydała zalecenie, zgodnie z którym osobom zarażonym grypą A/H1N1 lekarze nie powinni przepisywać leku antywirusowego tamiflu, jeśli choroba ma łagodny lub umiarkowanie ostry przebieg. Tamiflu należy natomiast podawać ludziom z grup ryzyka zarażonym wirusem A/H1N1. Te grupy to dzieci do lat pięciu, kobiety w ciąży, ludzie w wieku powyżej 65 lat, nosiciele wirusa HIV, a także osoby z innymi problemami zdrowotnymi, np. cukrzycą czy chorobami serca.

Szczepienia

Podstawową i najskuteczniejszą jak dotąd metodą zapobiegania grypie są szczepienia. Zwiększają one odporność indywidualną organizmu, ograniczając tym samym szerzenie się wirusa w populacji. Z uwagi na częste drobne zmiany w budowie wirusów, wywołane przez mutacje, WHO co roku podaje zalecenia dotyczące rodzaju szczepów grypy wchodzących w skład szczepionki. Każdy producent szczepionek ma obowiązek użycia do produkcji tych właśnie szczepów. W Polsce zarejestrowanych jest kilka szczepionek przeciwko grypie, które mogą być stosowane. Szczepionki te są równoważne pod względem składu użytych szczepów wirusowych. Każda seria szczepionek badana jest przed dopuszczeniem do sprzedaży w laboratoriach Polskiego Zakładu Higieny (PZH). Obecnie stosowane szczepionki są produkowane z wirusów namnożonych w zarodkach kurzych i inaktywowane formaldehydem lub β -propiolaktonem. Takie inaktywowane szczepionki z rozszczepionym wirionem, lub zawierające oczyszczone białka powierzchniowe są na ogół dobrze tolerowane i bezpieczne zarówno dla osób dorosłych, jak i dzieci.

Jeśli nie ma przeciwwskazań, to szczepionki przeciw grypie powinny być stosowane przede wszystkim u zdrowych dzieci od szóstego m.ż., a także u dzieci powyżej szóstego m.ż. z grup podwyższonego ryzyka. Szczepieniu powinni pod-

legać również dorośli i dzieci cierpiący na choroby metaboliczne, niewydolność nerek i niedobory odporności, pensjonariusze zakładów dla przewlekle chorych i domów spokojnej starości.

Do grup osób, które przede wszystkim powinny stosować szczepionki przeciw grypie, należą pracownicy służb publicznych (policjanci, nauczyciele, wojskowi, pracownicy zakładów opieki zdrowotnej) z uwagi na szczególny charakter pracy i dużą styczność z ludźmi.

Jednakże do szczepień przeciw grypie istnieją przeciwwskazania. Szczepionki nie mogą przyjmować osoby uczulone na którykolwiek jej składnik, osoby cierpiące na ostre choroby gorączkowe lub zespół Guillaina–Barrégo oraz dzieci poniżej szóstego miesiąca życia.

Osobną grupą pacjentów, jeśli chodzi o szczepienia przeciw grypie, są kobiety w ciąży. Przyjmuje się, że wszystkie kobiety zdrowe i z przewlekłymi patologiami ciąży mogą być szczepione po upływie I trymestru.

Szczepienia przeciw grypie mają również wady. A do nich należy zaliczyć przede wszystkim niepożądane odczyny poszczepienne czasowo związane ze szczepieniem. Są to:

- Reakcje miejscowe; obserwuje się u 50–70% szczepionych; tj. zaczerwienienie, bolesność i obrzęk w miejscu szczepienia, trwające do 2 dni.
- Reakcje ogólne; występują u 11–35% szczepionych i obejmują bóle mięśni, stawów i głowy, podwyższoną temperaturę ciała; mogą trwać do 2 dni.
- Objawy alergiczne związane z nadwrażliwością na białko kurze: dreszcze, astma alergiczna, wstrząs anafilaktyczny.
- Zespół Guillaina–Barrégo; pojawia się ok. 6 tygodni po szczepieniu (jeden przypadek na milion zaszczepionych).

Powikłania grypy

Grypa należy do chorób, które (szczególnie nieleczone) mogą powodować bardzo ciężkie powikłania i prowadzić nawet do zgonu. Do powikłań grypy o etiologii bakteryjnej należą zapalenia płuc i oskrzeli, ucha środkowego, mięśnia sercowego, osierdzia oraz zakażenia meningokokowe. Ponadto powikłania pogrypowe mogą obejmować:

- niewydolność nerek;
- choroby naczyniowe mózgu;
- nasilenie częstości napadów padaczkowych;
- częściową utratę słuchu;
- zaostrzenie astmy i mukowiscydozy;
- bóle brzucha, biegunkę i wymioty.

W świetle powyższych danych profilaktyka zachorowań na grypę, a także innych chorób wirusowych, powinna stać się ważnym elementem życia codzien-

nego. Zachorowalność na grypę, nie tylko sezonową, można obniżyć u dorosłych i dzieci, stosując proste czynności w codziennym życiu, w okresie wzmożonej zachorowalności na zakażenia wirusowe. Oczywiście w profilaktyce grypy nic nie zastąpi szczepionki, lecz połączenie szczepień ze zwykłą profilaktyką zmniejsza znacząco prawdopodobieństwo zachorowania na tę groźną chorobę. Może to ustrzec zarówno dorosłych, jak i dzieci nie tylko przed groźną chorobą, ale również przez bardzo groźnymi jej powikłaniami.



Mariola Seń^{1,2}, Iwona Piąt¹, Anna Felińczak¹,
Grażyna Szymańska-Pomorska¹, Marzena Krysa¹,
Faustina Hamma¹, Andrzej M. Fal¹

Realizacja szczepień ochronnych w populacji dzieci i osób dorosłych w opinii rodziców

Abstract

The Implementation of Preventive Vaccination in the Population of Children and Adults in their Parents' Opinions

Despite major advances in medicine, increasingly sophisticated drugs and a reduction in the number of cases of acute illness involving large populations, infectious diseases are still a threat. The high incidence of these diseases especially in the youngest age groups, frequent severe clinical complications, and increasing drug resistance of microorganisms makes prophylactic measures in the form of universal immunizations, the most effective way of prevention of these infections.

The aim of this study was to assess whether and how often vaccinations are seen as preventive measures for the prevention of infectious diseases among children and adults. The study used a diagnostic survey method which made use of the authors survey questionnaire. The questionnaire consisted of 34 questions. The results were developed using Microsoft Office Excel 2007. 100 adults took part in the study. They were the parents of children under the care of primary care physician in one of the clinics in Wrocław, who came with their children for visits to the Outpatients Healthy Children department.

The results show that 90% of respondents, regardless of sex, age, education, and age and number of children considered vaccinations as a good way to protect against infectious diseases especially among children. The vast majority of respondents (98% women and 100% of men) think it necessary to carry out mandatory vaccination among children and preferably in the case of any travel outside the country (89% women, 100% of men). This is reflected in the percentage of completed compulsory

¹ Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Katedra Zdrowia Publicznego.

² Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych.

vaccination among children of those surveyed (97%). The respondents' knowledge about immunization is obtained mostly from health professionals (66% women and 88% of men), followed by leaflets and brochures (43%) and from friends (42%). The fear of getting ill is one of the main reasons why the respondents undergo additional vaccinations against diseases (63%) and to a lesser extent, motivation by the medical staff (25%). Most parents found the vaccine to be a good protective measure against infectious diseases among children, while for adults the opinion is only shared by one in two of the respondents who took part in the survey. Respondents most frequently cited lack of a sense of threat from diseases (46%) and price of vaccines (24%) as the main barriers hindering them from implementation of the recommended immunization. It would be recommended to intensify the educational activities among the people in promoting vaccinations recommended for the adult population by health workers at primary care level.

Keywords: infectious diseases, vaccination, prophylaxis

Słowa kluczowe: choroby zakaźne, szczepienia ochronne, profilaktyka

Wstęp

Choroby zakaźne są jednym z najstarszych problemów, z którym borykają się ludzie od początku dziejów. Zawsze były i nadal są przyczyną wielu ludzkich tragedii mimo znacznego postępu medycyny, jaki dokonał się na przestrzeni ostatnich lat. Charakteryzują się szybkim rozprzestrzenianiem i znaczną zjadliwością [12]. Dzięki programom powszechnych szczepień ochronnych obowiązujących we wszystkich krajach europejskich oraz coraz doskonalszym lekom stopniowo zmniejsza się liczba przypadków zachorowań [8]. Jednym z głównych celów istniejącej od 1946 roku Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) jest wykluczenie na świecie chorób zakaźnych uważanych za najgroźniejsze. Od czasu ratyfikacji konwencji WHO w 1948 roku przez 88 państw nastąpiło znaczące obniżenie częstotliwości występowania chorób zakaźnych, takich jak: malaria, gruźlica czy dżuma. Sukcesem zakończyła się walka z ospą prawdziwą i chorobą Heinego-Medina [5]. Inaczej sytuacja wygląda w krajach rozwijających się, gdzie choroby zakaźne nadal pozostają podstawową przyczyną zachorowalności i umieralności [1].

Choroby zakaźne występujące epidemicznie cechują się wysoką zakaźnością i przebiegają najczęściej pełnoobjawowo. Większość zakażeń, bez względu na rodzaj patogenu, częściej występuje u dzieci niż u dorosłych. Dotyczą one prawie 90% populacji dzieci [1]. Szybko rozwijający się organizm dziecka charakteryzuje się niedojrzałością narządów i układów. Im dziecko jest młodsze, tym niedojrzałość czynnościowa narządów jest większa. To główna przyczyna odrębności wielu reakcji organizmu dziecka na działanie czynników chorobotwórczych oraz środków leczniczych. Ważne jest więc zapobieganie chorobom zakaźnym możliwie w jak najwcześniejszym okresie życia, gdy dziecko ma już wykształcone mechanizmy immunologiczne, a nie przeżyło jeszcze danej choroby [10].

Do chorób, których występowanie wśród dzieci można by ograniczyć lub wyeliminować przez zalecane szczepienia ochronne, należą: biegunka rotawirusowa, ospa wietrzna, inwazyjna choroba pneumokokowa (IChP) oraz inwazyjna choroba meningokokowa (IChM). Wysoka zapadalność na te choroby, szczególnie w najmłodszych grupach wiekowych, często ciężki przebieg kliniczny z powikłaniami, a także narastająca lekooporność drobnoustrojów powodują, że najskuteczniejszym sposobem zapobiegania tym zakażeniom są działania profilaktyczne w postaci powszechnych szczepień ochronnych. Szczepienie dzieci jest inwestycją w zdrowie nie tylko populacji dziecięcej, ale także osób dorosłych, u których zachorowanie na niektóre spośród chorób zakaźnych występujących najczęściej w środowisku dziecięcym oznacza czasem ciężki i powikłany przebieg kliniczny [4]. Są dwa zasadnicze elementy skutecznych programów szczepień: bezpieczne i efektywne szczepionki oraz poziom wyszczepienia w objętej nimi populacji. Przyjmuje się za skuteczne zrealizowanie planu szczepień, gdy poziom realizacji szczepień w danej populacji wynosi 90%, bowiem wówczas spada liczba zachorowań i zapadalność. Wytwarza się tak zwana odporność populacyjna [1,2]. „Szczepienie ludzi przeciwko wybranym chorobom wirusowym jest najpewniejszą, najtańszą i najskuteczniejszą metodą profilaktyczną” [4].

Cel pracy

Celem pracy była ocena, czy i jak często szczepienia ochronne są postrzegane jako działania profilaktyczne w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym wśród dzieci i dorosłych. Aby uzyskać odpowiedzi na to kwestie, autorzy sformułowali kilka pytań szczegółowych: czy badani uważają wykonywanie obowiązkowych szczepień ochronnych za konieczne? co wpływa na decyzję o wykonaniu dodatkowych szczepień poza obowiązkowym programem szczepień? jak często respondenci korzystali z możliwości zaszczepienia swoich dzieci płatnymi preparatami skojarzonymi i co miało wpływ na podjęcie takiej decyzji? co stanowiło największą barierę w poddaniu się szczepieniu zalecanemu zarówno u dzieci, jak i osób dorosłych?

Materiał i metoda

Badanie przeprowadzono wśród stuosobowej grupy dorosłych w listopadzie i grudniu 2009 roku. Grupę stanowili rodzice dzieci zadeklarowanych w Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu przy ul. Róży Wiatrów 11B, będącej oddziałem Czwartego Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu, zgłaszających się z dziećmi na wizyty do Poradni Dziecka Zdrowego. Ankietowani to mieszkańcy dzielnicy Krzyki we Wrocławiu. Badania zrealizowa-

no za pomocą ankiety audytoryjnej własnego autorstwa. Zawierała ona 34 pytania, które dotyczyły między innymi wiedzy na temat skuteczności szczepień ochronnych, powodów poddawania się zalecanyom szczepieniom ochronnym oraz barier w ich realizacji. Część pytań dotyczyła aktywności zawodowej oraz danych społeczno-demograficznych, takich jak: płeć, wiek, sytuacja materialna oraz liczba posiadanych dzieci.

Wyniki zostały opracowane za pomocą programu Microsoft Excel 2007.

Wyniki

Zdecydowana większość ankietowanych to kobiety (85%), mężczyźni stanowili jedynie 15% respondentów. Były to w większości osoby młode; średnia wieku badanych wynosiła 34,7 lata. Najliczniejszą grupę stanowili rodzice w przedziale wiekowym 30–39 lat (51%) i 20–29 lat (23%); tylko co piąty ankietowany (16%) był w wieku 40–49 lat i powyżej 50 lat (5%). Kobiety w porównaniu z badanymi mężczyznami były lepiej wykształcone: studia wyższe posiadało 79% kobiet i 53% mężczyzn. Mężczyźni natomiast legitymowali się częściej wykształceniem średnim (47% mężczyzn i 21% kobiet).

Respondenci najczęściej oceniali swoje dochody jako dobre (60%) i bardzo dobre (20%). Jedynie co piąty respondent uznał swoją sytuację socjalną za złą. Mężczyźni częściej twierdzili, że ich dochody są na dobrym (73%) i średnim poziomie (27%). Jako dobrą swoją sytuację materialną oceniło mniej (58%) kobiet. Źródłem utrzymania dla 67% mężczyzn i 52% kobiet było stałe zatrudnienie. Co piąta matka (20%) i 7% ojców przebywali na urlopie macierzyńskim i tacierzyńskim, co uznać należy za korzystny przejaw przemian obowiązujących norm społecznych w zakresie opieki nad dzieckiem w rodzinie. 4% kobiet pobierało zasiłek dla bezrobotnych. Badani rodzice w większości posiadali jedno (52%) i dwoje (37%) dzieci. Tylko w co dziesiątej rodzinie było troje dzieci (11%). Za istotną informację w badaniu uznano wiek posiadanych dzieci. Dziecko do 2 roku życia jest uodparniane według obowiązującego Programu Szczepień Ochronnych (PSO) przeciwko dziesięciu chorobom, co oznacza 16 wstrzyknień, jeśli dziecko jest szczepione preparatami refundowanymi. Rodzice jednak często z tego względu (liczba wstrzyknień) decydują się na szczepionki skojarzone płatne, zastępujące szczepionki refundowane. W badanej grupie 65% respondentów posiadało dzieci w wieku od 0 do 2 lat.

Kolejną grupą wiekową, na którą należałoby zwrócić uwagę, są dzieci w wieku przedszkolnym od 3 do 6 lat, ze względu na fakt intensyfikacji kontaktów z rówieśnikami w przedszkolu czy żłobku. Stwarza to możliwość wzmożonego kontaktu dziecka z obcymi patogenami, na które jego organizm może nie posiadać wykształconych mechanizmów obronnych, co zwiększa ryzyko zachorowania na chorobę zakaźną. Ponieważ w tym wieku dzieci otrzymują w ramach obowiązko-

wego PSO tylko dwie dawki przypominające szczepień (przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi i chorobie Heinego-Medina po ukończeniu 5 r.ż.) rodzice częściej wykazują zainteresowanie możliwością dodatkowego zabezpieczenia swojego dziecka przez zakup szczepionek zalecanych poza obowiązującym kalendarzem szczepień. 18% ankietowanych rodziców miało dzieci w tym przedziale wiekowym (od 3 do 6 roku życia). Podobny odsetek matek (16%) miało dzieci w wieku od 7 do 18 lat. Pozostałe dzieci miały powyżej 18 roku życia (1%). Dzieci w wieku szkolnym (7–18 lat) również są narażone, ze względu na przebywanie w dużych skupiskach ludzkich, na określone patogeny, co stwarza możliwość zachorowania. W tej grupie dzieci i młodzieży są realizowane tylko dwa szczepienia przypominające w ramach obowiązkowego kalendarza szczepień (przeciw odrze, śwince, różyczce – w 10 r.ż., VI dawka przypominająca przeciw tężcowi i błonicy – w 14 r.ż.). Młodzież w 19 roku życia jest szczepiona po raz ostatni obowiązkowo w ramach państwowego programu szczepień VII dawką przypominającą tężca i błonicy.

Większość kobiet (89%) uznała, że zaszczepienie dziecka to dobre zabezpieczenie przed chorobą zakaźną, podobnego zdania było 90% mężczyzn, częściej osoby młode (19–29 lat) i po 50 r.ż. Natomiast osoby w średnim wieku (30–49 lat) wykazywały się większym sceptycyzmem w tym zakresie.

Większość rodziców (98% kobiet i 100% mężczyzn) uważa za konieczne wykonywanie szczepień obowiązkowych wśród dzieci według obowiązującego kalendarza szczepień.

Podobną opinię badani wyrażali w przypadku realizacji szczepień wykonywanych przed daleką podróżą. Szczepienia ochronne dodatkowe płatne (zalecane, poza kalendarzem szczepień) u dzieci za konieczne w tym przypadku uznało 75% kobiet i 93% mężczyzn. Natomiast w przypadku osób dorosłych taką konieczność dostrzeżę mniej niż co drugi respondent (46% kobiet i 47% mężczyzn).

Najczęściej wykonywanym szczepieniem zalecanym wśród dzieci były szczepienia przeciwko zakażeniu *Streptococcus pneumoniae* (33%) i biegunkom rotawirusowym (23%). W dalszej kolejności były to szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu (13%) i grypie (13%) oraz zakażeniu *Neisseria meningitidis* (7%). Najrzadziej wybieranymi do realizacji szczepieniami w tej grupie były szczepienia przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (3%) oraz wirusowemu zapaleniu wątroby typu A (2%).

Analiza danych wskazuje, że dzieci były szczepione szczepionkami zalecanymi trzykrotnie częściej niż dorośli. Osoby dorosłe najczęściej poddawały się szczepieniom przeciwko grypie (71%) oraz znacznie rzadziej przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW B) (14%), w podobnym odsetku wśród kobiet i mężczyzn. Jako powód zaszczepienia dziecka lub siebie badani podawali: lęk przed zachorowaniem (63%), motywowanie ze strony personelu medycznego (25%) oraz informacje uzyskane przez media (8%). Natomiast powodem braku decyzji o zaszczepieniu najczęściej był brak poczucia zagrożenia (46%), cena pre-

paratów szczepionkowych (24%) oraz przekonanie, że się nie zachoruje (11%), a u części badanych także problemy zdrowotne (7%). Wzrost pozytywnych opinii co do skuteczności szczepień w ogóle zaobserwowano u matek, które miały starsze dzieci: od 88% wśród kobiet posiadających dzieci w wieku od 0 do 2 roku życia do 100% u kobiet posiadających dzieci powyżej 18 roku życia. Inaczej sytuacja wyglądała wśród badanych ojców: odsetek pozytywnych opinii zmniejsza się wraz ze wzrostem wieku posiadanych dzieci (od 100% mających dzieci od 0–2 lat do 50% dla posiadających dzieci w wieku powyżej 18 lat).

Większość ankietowanych (82%) twierdzi, że posiada dostateczną wiedzę na temat nowoczesnych preparatów szczepionkowych wieloskładnikowych (84% kobiet i 73% mężczyzn), które mogą zastąpić dotychczasowe nieodpłatne szczepionki jedno- lub kilkuantygenu, proponowane w ramach PSO. Jest to prawdopodobnie jednym z powodów korzystania przez rodziców (80%) z tego rodzaju preparatów pomimo ich wysokiej ceny. Osoby szczepiące swoje dzieci tymi preparatami twierdziły, że zdecydowały się na nie ze względu na ograniczenie liczby bolesnych ukłuć (89%), ze względu na ich nowoczesność (69%) oraz rzadsze wizyty w punkcie szczepień (23%). Pozostali rodzice (20%) wyrażali opinię, że koszt tych szczepionek jest zbyt wysoki (60%), mogą pojawić się wzmożone odczyny poszczepienne (25%), preparaty te są zbyt krótko stosowane w praktyce (15%).

Najczęstszym źródłem informacji na temat skuteczności szczepień zarówno obowiązkowych, jak i zalecanych w opinii badanych byli pracownicy służby zdrowia (68%), ulotki i broszury (43%) oraz znajomi (42%). Mężczyźni chętniej (80%), w porównaniu z ankietowanymi kobietami (66%), zwracają się po tego typu wiedzę do lekarzy lub pielęgniarek, prawie dwukrotnie częściej także poszukują tej wiedzy w mediach (53% mężczyzn, 29% kobiet).

Omówienie wyników

Korzyść ze szczepień polega na zmniejszeniu ryzyka zachorowań na choroby zakaźne. Oznacza to, że osoba zaszczepiona nie powinna zachorować lub że szczepienie złagodzi przebieg choroby. Szczepienie więc jest pewnego rodzaju ubezpieczeniem od choroby [11]. Większość ankietowanych matek i ojców twierdzi, że szczepienia stanowią dobre zabezpieczenie przed chorobami zakaźnymi i uważa je za konieczne szczególnie w odniesieniu do szczepień obowiązkowych wśród dzieci w ramach PSO (98% kobiet i 100% mężczyzn). Wskazane są także, w ich opinii, szczepienia w sytuacji podróży poza granice kraju (99% kobiet i 93% mężczyzn). Deklaracje rodziców znajdują swoje odzwierciedlenie w liczbie dzieci, które zostały zaszczepione w ramach obowiązkowych szczepień ochronnych. Dotyczyło to 97% dzieci ankietowanych rodziców. Na podobny odsetek zaszczepionych dzieci (między 95% a 100%) wskazuje w swoich badaniach dotyczących

wyszczepialności w ramach kalendarza szczepień Lidia Hoffman *et al.* [3]. Inaczej wygląda sytuacja w przypadku realizacji szczepień zalecanych; rodzice widzą konieczność ich wykonywania u dzieci (75% kobiet i 93% mężczyzn), u dorosłych natomiast znacznie rzadziej (46% kobiet i 47% mężczyzn). Dorośli najchętniej uodparniali się przeciwko grypie (71%) i rzadziej przeciwko WZW typu B (14%). Jurczak *et al.* wskazują podobnie, że najczęściej wybieraną szczepionką wśród dorosłych była szczepionka przeciwko grypie (71%). Jedynie niespełna co dziesiąty respondent (13%) deklarował, że uodpornił swoje dziecko w wieku 0–2 lat przeciwko grypie, pomimo że Światowa Organizacja Zdrowia wyraźnie podkreśla, iż dzieci w tym przedziale wiekowym są w grupie szczególnego ryzyka powikłań grypy. Na ten aspekt zwraca też uwagę w swoich badaniach Katarzyna Pasalska-Niewęgłowska, twierdząc, że „niepokojący jest fakt braku zainteresowania szczepieniami przeciw grypie wśród dzieci” [9]. Może to wskazywać na pewne niedostatki edukacyjne wśród rodziców małych dzieci ze strony pracowników ochrony zdrowia, ale i mediów. Jednym z powodów niechęci do uodparniania się przeciwko grypie są obawy przed powikłaniami (38%) (Nitsch-Osuch *et al.*) [7]. Podobną opinię wyraziło 38% badanych rodziców. Ankietowani najchętniej uodparniali swoje dzieci przeciwko zakażeniom *Streptococcus pneumoniae* (33%) oraz rotawirusom (23%) i kleszczowemu zapaleniu mózgu (13%). O zagrożeniach tymi chorobami i ewentualnych powikłaniach w mediach było w ostatnim czasie głośno, co zapewne nie pozostało bez wpływu na decyzję rodziców o konieczności zaszczepienia dziecka, pomimo tego, że media są wymieniane dopiero na trzecim miejscu, po pracownikach medycznych oraz ulotkach i broszurach, jako istotne źródło wiedzy o szczepieniach wśród badanych rodziców (33%). Dariusz Skal mówi o 36% badanych wskazujących na wpływ mediów na podjęcie decyzji o dodatkowym szczepieniu [12]. Według Ewy Szynczewskiej *et al.* wiedzę na temat szczepień ochronnych rodzice czerpią najczęściej od pracowników medycznych oraz z materiałów reklamowych i rozmów z innymi rodzicami [13]. Lidia Hoffmann *et al.* zwracają uwagę na fakt, że znacząco na liczbę wykonywanych szczepień zalecanych wpłynęłaby także stosunkowo przystępna cena preparatów [3]. Przeprowadzone badanie ankietowe wskazuje, że dla większości rodziców cena szczepionki nie stanowiła bariery w wyborze rekomendowanego wieloskładnikowego preparatu, który zastąpił preparaty refundowane w ramach PSO. Tylko 22% rodziców nie skorzystało z tej możliwości ze względu na cenę preparatu (65%), ale też z powodu braku poczucia zagrożenia chorobami zakaźnymi (46%) i braku wiedzy na ten temat.

Wnioski

1. Większość ankietowanych uważa szczepienia ochronne za dobre zabezpieczenie przed chorobami zakaźnymi, szczególnie w populacji małych dzieci.

Wyszczepialność wśród dzieci przeciwko chorobom zakaźnym w ramach PSO wyniosła 97%.

2. Opinia na temat konieczności ich realizacji jest zależna od wieku osób, które mają być zaszczepione (dzieci czy dorośli), rodzaju szczepienia (obowiązkowe czy zalecane) i sytuacji, w jakiej szczepienie miałyby być zrealizowane (wyjazd poza granice kraju).
3. Mała częstotliwość występowania aktualnie ostrych chorób zakaźnych w społeczeństwie polskim przekłada się na brak poczucia zagrożenia epidemiologicznego w populacji osób dorosłych i nie motywuje do realizacji szczepień zalecanych w tej grupie badanych.
4. Wiodącą rolę w podnoszeniu poziomu wiedzy na temat szczepień, jako działań profilaktycznych szczególnie zalecanych wśród dzieci, odgrywają głównie profesjonalści służby zdrowia (lekarze i pielęgniarki) oraz materiały edukacyjne dostępne w placówkach służby zdrowia. Mniejsze znaczenie badani przypisują opiniom znajomych i mediom.

Bibliografia

- [1] Bannister B.A., Begg N.T., Gillespie S.H., *Choroby zakaźne*, tłum. A. Brzecka et al., Urban&Partner Wrocław 1998.
- [2] Duszczyk E., *Szczepienia ochronne w profilaktyce chorób zakaźnych*, „Gabinet Prywatny” 2005, nr 1 (134), s. 41–46.
- [3] Hoffmann L., et al., *Szczepienia ochronne obowiązkowe i zalecane w praktyce lekarza rodzinnego NZOZ „Zdrowie” w Pleszewie obejmujące populację dzieci i młodzieży do 19 r.ż. – analiza wyszczepialności i próba oceny czynników wpływających na jej wzrost*, „Polska Medycyna Rodzinna” 2009, nr 11 (3), s. 337–340.
- [4] Jabłoński L., Karwat I.D. (red.), *Podstawy epidemiologii ogólnej, epidemiologia chorób zakaźnych*, Czelej, Lublin 2002.
- [5] Magdzik W., Naruszewicz-Lesiuk D., Zieliński A., *Wakcynologia*, α-medica press, Wrocław 2007.
- [6] Mamoń A., *Szczepienia ochronne dzieci i dorosłych*, Ad Vocem, Kraków 2009.
- [7] Marzec-Bogusławska A., *Zanim wybierzesz się w podróż... pomyśl o zdrowiu*, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2001.
- [8] Nitsch-Osuch A., Serwatka B., Topczewska-Cabanek A., Życińska K., Wardyn K., *Postrzeżenie i wykonawstwo szczepień przeciw grypie wśród personelu wybranego domu dziecka w Warszawie*, „Polska Medycyna Rodzinna” 2009, nr 11 (3), s. 440–443.
- [9] Nosko J., *Zdrowie publiczne w zmieniającej się Europie i Polsce*, Wydawnictwo Biblioteka, Łódź 2004.
- [10] Pasalska-Niewęglowska K., *Realizacja Programu Szczepień Ochronnych w Poradni Dziecięcej w Gdańsku*, „Polska Medycyna Rodzinna” 2009, nr 11 (3), s. 453–455.

- [11] Pirogowicz I., Kuchar E., Steciwko A. et al., *Szczepienia obowiązkowe i zalecane – optymalizacja profilaktyki chorób zakaźnych*, „Terapia” 2006, nr 9/1 (183), s. 14–21.
- [12] Skal D., *Analiza czynników wpływających na podjęcie decyzji o szczepieniu przeciwko grypie, oraz ocena skuteczności szczepień przeciwko grypie w opinii pacjentów Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Lublinie*, praca doktorska, Lublin 2008.
- [13] Szynczewska E., Drobik-Wąsiewicz K., Żelazowska E., Chlebna-Sokół D., *Realizacja szczepień ochronnych u dzieci pozostających pod opieką poradni neurologicznej*, „Przegląd Pediatryczny” 2009, nr 39 (2), s. 117–121.
- [14] Załącznik do Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 22 października 2009 roku, poz. 47.

