

ZDROWIE PUBLICZNE

Monografie • Tom I/2012

Prewencja pierwotna nowotworów: ograniczenie ekspozycji na dym tytoniowy

pod redakcją
Janusza Szymborskiego
i Witolda A. Zatońskiego

WSZECHNICA POLSKA
Szkoła Wyższa w Warszawie

Recenzent / Reviewer
prof. dr hab. med. Alfred Owoc

Redaktor Naczelny / Editor-in-Chief
Janusz Szymborski (Warszawa)

Przewodniczący Rady Naukowej / Chairman of Scientific Council
Witold A. Zatoński (Warszawa)

Rada Naukowa / Scientific Council

Urszula Dudziak (Lublin), Wojciech Hanke (Łódź), Dorota Górecka (Warszawa),
Piotr Jankowski (Kraków), Jacek Jassem (Gdańsk),
Ks. Romuald Jaworski (Warszawa),
Wawrzyniec Kofta (Warszawa), Ludwik Malinowski (Warszawa),
Jerzy Marcinkowski (Poznań), Sergiusz Nikołajczuk (Warszawa),
Zbigniew Nowecki (Warszawa), Grzegorz Opolski (Warszawa),
Janusz Radziejowski (Warszawa), Konstanty Radziwiłł (Warszawa),
Janina Stępińska (Warszawa), Józef Stuchliński (Warszawa),
Andrzej Wojtyła (Lublin), Jerzy Woy-Wojciechowski (Warszawa).

Tom sfinansowany ze środków Ministra Zdrowia w ramach
Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych.
Program prewencji pierwotnej nowotworów.

Redakcja wydawnicza
Bogumił Paszkiewicz

Projekt graficzny i typograficzny
Krystyna Bukowczyk, Agencja KUBA

Skład i łamanie
Agencja KUBA

Copyright © Wszechnica Polska Szkoła Wyższa w Warszawie, 2012
ISSN 2299-9825
ISBN 978-83-89077-17-2

WSZECHNICA POLSKA
Szkoła Wyższa w Warszawie

Pałac Kultury i Nauki
00-901 Warszawa, pl. Defilad 1
rekrutacja@wszechnicapolska.edu.pl

www.wszechnicapolska.edu.pl

Spis treści

Nota redakcyjna	7
Artykuł redakcyjny	9
Witold A. Zatoński, Rozwój sytuacji zdrowotnej w Polsce	11
Rozdział 1. Ograniczanie zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce i w Unii Europejskiej	23
Krzysztof Przewoźniak, Wyzwania w polityce ograniczającej palenie tytoniu w Unii Europejskiej	25
Joanna Skowron, Rządowy program ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce	36
Monika Zalejska, Joanna Skowron, Magdalena Sternik, Kontrola i promocja zakazu palenia tytoniu prowadzona przez Państwową Inspekcję Sanitarną	46
Dominika Kawalec, Monitoring przestrzegania zakazu palenia tytoniu w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych	55
Dorota Lewandowska, Joanna Pazik, Postępy w leczeniu uzależnienia od tytoniu	69
Rozdział 2. Ograniczanie palenia tytoniu poprzez kształcenie kadr oraz programy realizowane w społeczności lokalnej	83
Kinga Janik-Koncewicz, Katarzyna Zatońska, Krzysztof Przewoźniak, Leczenie uzależnienia od tytoniu w curriculum studiów medycznych	85
Romuald Jaworski, Działania Kościoła w zakresie edukacji antytytoniowej	95
Stanisław Laskus, Refleksje na temat realizacji ustawy o ochronie zdrowia przed skutkami palenia tytoniu w stołecznym garnizonie Policji	101
Małgorzata Andryszczyk, Krzewienie dobrych praktyk na uczelniach pogranicza. Suwałki – Grodno	108
Leszek Kołodziejski, Program społeczny adresowany do młodzieży województwa małopolskiego i podkarpackiego	118
Rozdział 3. Medyczne i pedagogiczne aspekty działalności antytytoniowej	127
Zbigniew Gaciong, Palenie tytoniu a inne czynniki ryzyka chorób układu krążenia	129
Michał Józwik, Maciej Józwik, Płodowe źródła problemów zdrowotnych w wieku dorosłym – jaka prewencja?	137

Franciszek Szlosek, Edukacja antytytoniowa jako element wychowania współczesnego człowieka	142
Iwona Błaszczak, Związek edukacji zdrowotnej z andragogiczną koncepcją reedukacji dorosłych w ujęciu Lucjana Turosa	147
Weronika Wrona-Wolny, Rola nauczycieli w szkolnej edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na zapobieganie paleniu tytoniu przez młodzież	159
Bożena Makowska, Czynniki sprzyjające paleniu tytoniu przez gimnazjalistów ze wsi i miasta	169
Rozdział 4. Streszczenia posterów i innych wystąpień	181
Anna Kozieł, Wyzwania stojące przed Polską w obszarze działań walki z epidemią tytoniu	183
Wioleta Tomczak, Co dalej z ograniczeniem zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Unii Europejskiej?	184
Leon Kośmider, Maciej Łukasz Goniewicz, Jakub Knysak, Ewa Słodczyk, Patryk Bębenek, Andrzej Sobczak, Czy nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu skutkom palenia tytoniu wpłynęła na sprzedaż preparatów stosowanych w leczeniu uzależnienia od nikotyny?	185
Barbara Jaworska i wsp., Jak pielęgniarki mogą pomóc palaczom rzucić palenie? Program działań w Europie Wschodniej	186
Irena Przepiórka, Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia wśród pacjentów Centrum Onkologii poprzez leczenie Zespołu Uzależnienia od Tytoniu	187
Wioleta Tomczak, Łukasz Balwicki, Mateusz Boike, Szkoły wolne od dymu tytoniowego. Kampania skierowana do dyrektorów gdańskich szkół	190
Wioleta Zielińska-Danch, Maciej Łukasz Goniewicz, Jan Czogała, Ocena narażenia na pył respirabilny i tlenek węgla z drugiej ręki z dymu generowanego podczas palenia fajki wodnej	192
Magdalena Sternik, Realizacja ogólnopolskiego projektu Odświeżamy nasze miasta. TOB3CIT (Tobacco Free Cities)	193
Informacje o konferencjach i szkoleniach	195
Informacje dla czytelników i autorów	198

Contents

From the Editor	7
Editorial	9
Evolution of health situation in Poland by Witold A. Zatoński	11
Chapter 1. Reduction of Health Consequences of Smoking in Poland and the European Union	23
Challenges in smoking reduction policy in the European Union by Krzysztof Przewoźniak	25
Government Programme to reduce health consequences of tobacco use in Poland by Joanna Skowron	36
Control and promotion of smoking ban conducted by the State Sanitary Inspectorate Office by Monika Zalejska, Joanna Skowron, Magdalena Sternik	46
Monitoring of smoking ban observance in restaurants and clubs by Dominika Kawalec	55
Progress in treatment of nicotine addiction by Dorota Lewandowska, Joanna Pazik,	69
Chapter 2. Reduction of Tobacco Use Through Personnel Education and Local Community Programmes	83
Treatment of nicotine addiction in medical studies curriculum by Kinga Janik-Koncewicz, Katarzyna Zatońska, Krzysztof Przewoźniak,	85
Church activity in anti-nicotine education by Romuald Jaworski	95
Thoughts on the implementation of health care bill on protection against smoking tobacco health consequences in the capital city Police garrison by Stanisław Laskus	101
Propagation of 'good practice' in the borderland schools of higher learning. Suwałki – Grodno by Małgorzata Andryszczyk	108
Social programme addressed to young people of Małopolska and Podkarpacie Voivodships by Leszek Kołodziejcki	118
Chapter 3. Medical and Pedagogical Aspects of Anti-Nicotine Activity	127
Smoking tobacco and/vs other risk factors in cardiovascular diseases by Zbigniew Gaciong	129
Foetal life sources of health problems in adulthood – what means of prevention? by Michał Józwik, Maciej Józwik	137

Anti-Nicotine awareness as an element of modern man education by Franciszek Szlosek	144
A connection between health education and an androgogic concept of adult re-education as presented by Lucjan Turos by Iwona Błaszczak	147
The role of teachers in school health education designed to popularize prevention of smoking by young people by Weronika Wrona-Wolny	159
Factors inducing smoking in secondary school pupils in villages and in towns by Bożena Makowska	169
Chapter 4. Summaries of Research Posters and other Presentations	181
Challenges facing Poland in the sphere of combating the tobacco epidemic by Anna Kozieł	183
What future for reduction of tobacco smoking health consequences in the EU? by Wioletta Tomczak	184
Has the bill on countering the effects of smoking influenced the sales of pharmaceuticals used in treatment of nicotine addiction? by Leon Kośmider, Maciej Łukasz Goniewicz, Jakub Knysak, Ewa Słodczyk, Patryk Bębenek, Andrzej Sobczak	185
How can nurses help smokers quit smoking? Action programme in Eastern Europe by Barbara Jaworska, co-author	186
Programme to reduce health consequences of smoking among patients of Oncology Hospital through treatment of Tobacco Addiction Syndrome by Irena Przepiórka	187
Tobacco free schools. Campaign addressed to headmasters of Gdańsk schools by Wioletta Tomczak, Łukasz Balwicki, Mateusz Boike	190
Assessment of exposure to inhaled dust and second-hand carbon monoxide generated during smoking a hookah (a water pipe) by Wioletta Zielińska-Danach, Maciej Łukasz Goniewicz, Jan Czołgała	192
Implementation of a national project entitled Let's Refresh our Cities TOB3CIT (Tobacco Free Cities) by Magdalena Sternik	193

Nota redakcyjna

Oddajemy do rąk czytelników pierwszy tom półrocznika „ZDROWIE PUBLICZNE. Monografie” – inaugurując w ten sposób nową serię wydawniczą Wszechnicy Polskiej Szkoły Wyższej w Warszawie. Niniejszy tom zawiera materiały XV. Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej im. Profesora Franciszka Venuleta: „Tytoń albo Zdrowie”, zorganizowanej przez Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie oraz Wszechnicę Polską Szkołę Wyższą w Warszawie, w dniach 12 i 13 listopada 2012 roku w Pałacu Kultury i Nauki.

Głównym tematem Konferencji była *Prewencja pierwotna nowotworów: ograniczenie ekspozycji na dym tytoniowy*. Wyniki badań naukowych pokazują, że mimo znaczących sukcesów trwającej od ponad dwóch dekad działalności antytytoniowej, konieczne są dalsze wysiłki w celu przebudowy świadomości polskiego społeczeństwa co do rzeczywistych przyczyn i możliwości zapobiegania chorobom nowotworowym. Pilnej interwencji wymaga zmniejszenie ekspozycji na czynniki rakotwórcze oraz kontrola raka płuca. Nowotwór ten jest najczęstszą przyczyną umieralności w populacji naszego kraju i staje się głównym zabójcą kobiet (zabija więcej kobiet niż rak piersi). Dlatego w czasie Konferencji zostały przedstawione najnowsze wyniki badań epidemiologicznych i przeprowadzone były debaty naukowe na temat kluczowych obecnie zagadnień w zakresie zwalczania palenia tytoniu. W dyskusji panelowej udziałem Panów Igora Radziejewicza-Winnickiego i Aleksandra Soplińskiego, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, dokonano, na podstawie prezentowanych wyników badań, oceny skuteczności Ustawy o ochronie zdrowia przez następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych z 1995 r. Kolejna debata panelowa, z udziałem przedstawicielki Biura WHO w Polsce, dotyczyła aktualnych wyzwań w *tobacco control* w Unii Europejskiej i w Polsce. Odbyły się także trzy sesje plenarne poświęcone: nowym wyzwaniom w zdrowiu związanym z paleniem tytoniu; ocenie skuteczności programów ograniczania palenia tytoniu realizowanych w społeczności lokalnej; współpracy wielosektorowej w prewencji pierwotnej nowotworów. Wydarzeniem towarzyszącym były prezentacje posterowe.

Zamierzeniem Redakcji jest upowszechnienie wyników tegorocznej Konferencji i dlatego struktura monografii odnosi się bardziej do tematyki sesji konferencyjnych niż do ustalonego sposobu redagowania serii wydawniczej. Przesłane przez aktywnych uczestników Konferencji artykuły naukowe zostały ujęte w poszczególne rozdziały tematyczne niezależnie od pogładowego czy oryginalnego charakteru pracy.

I tak, otwierająca monografię praca profesora Witolda A. Zatońskiego *Rozwój sytuacji zdrowotnej w Polsce* jest artykułem redakcyjnym.

Rozdział 1 **Ograniczanie zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce i w Unii Europejskiej** zawiera artykuły na temat aktualnych wyzwań w zakresie

zwalczania palenia tytoniu w krajach Unii Europejskiej (na podstawie danych europejskich organizacji pozarządowych – SFP i ENSP). Autorki z Głównego Inspektoratu Sanitarnego przedstawiły dane na temat realizacji Rządowego Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce oraz ocenę kontroli i promocji zakazu palenia tytoniu prowadzonej przez Państwową Inspekcję Sanitarną. Wyniki pozarządowego monitoringu przestrzegania zakazu palenia tytoniu w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych zostały zawarte w artykule Stowarzyszenia MANKO. Czytelnik ma też możliwość zapoznania się z artykułem dotyczącym postępów w leczeniu uzależnienia od tytoniu.

Na Rozdział 2 **Ograniczanie palenia tytoniu poprzez kształcenie kadr oraz programy realizowane w społeczności lokalnej** składają się artykuły dotyczące: miejsca problematyki uzależnienia od tytoniu w curriculum studiów medycznych; środowiskowych programów edukacji antytytoniowej realizowanych przez Kościoł, Policję (garnizon stołeczny) i uczelnie pogranicza (Suwałki-Grodno), a także doświadczeń w realizacji programów społecznych adresowanych do młodzieży (województwo małopolskie i podkarpackie).

W Rozdziale 3 **Medyczne i pedagogiczne aspekty działalności antytytoniowej** zamieszczono artykuły profesorów medycyny na temat innych czynników ryzyka chorób układu krążenia u osób palących tytoń oraz płodowych źródeł problemów zdrowotnych w wieku dorosłym z uwzględnieniem skutków palenia przez kobiety ciężarne. Pedagogiczny punkt widzenia prezentują artykuły dotyczące edukacji antytytoniowej jako elementu wychowania współczesnego człowieka, andragogicznej koncepcji reedukacji, roli nauczycieli w edukacji zdrowotnej oraz czynników sprzyjających paleniu tytoniu przez gimnazjalistów ze wsi i miasta oraz roli nauczycieli w szkolnej edukacji antytytoniowej.

Rozdział 4 zawiera **streszczenia posterów i innych wystąpień konferencyjnych**.

Redakcja wyraża nadzieję, że prezentowany tom będzie stanowił istotny wkład do społecznej debaty na ważne tematy: postępu, jaki dokonał się w zakresie ochrony zdrowia Polaków przed następstwami palenia i używania wyrobów tytoniowych; aktualnych problemów związanych z realizacją obowiązujących regulacji ustawowych oraz priorytetowych działań polityki zdrowotnej w zakresie popularyzacji wiedzy o szkodliwości palenia tytoniu, upowszechniania sprawdzonych programów edukacji antytytoniowej i procedur leczniczych. Chodzi także o dyskusję dotyczącą harmonijnego podążania za trendami *tobacco control* w Unii Europejskiej dotyczącymi m.in. cen papierosów, oznakowania paczek i przeciwdziałania nasilającej się aktywności firm tytoniowych.

Artykuł redakcyjny

Witold A. Zatoński

Rozwój sytuacji zdrowotnej w Polsce

Od połowy XX wieku obserwuje się stały globalny przyrost zdrowia. (rys. 1). W Europie zmienił się całkowicie wzór przeżywalności¹. Na początku drugiej dekady XXI wieku w krajach Europy Zachodniej prawdopodobieństwo zgonu przed 65 rokiem życia stało się jednocyfrowe. Śmierć przed 65 rokiem życia dotyczy zaledwie kilku procent kobiet- średnio około 92% kobiet z UE15 dożywa tego wieku (rys. 2).

Niestety region środkowej i wschodniej Europy jest wyjątkiem od tej globalnej reguły (rys.1) (razem z Afryką subsaharyjską gdzie panuje epidemia HIV). W Polsce niemal co 3 mężczyzna nie dożywa 65. roku życia, a w Rosji i innych krajach byłego ZSRR większość mężczyzn (ponad 50%) umiera przed 65. rokiem życia (rys. 2). Bezpośrednią przyczynę upatruje się przede wszystkim w czynnikach stylu życia, a prawie połowa tego zjawiska jest związana z niezwykle wysoką konsumpcją wódki i palenia tytoniu².

Zrozumienie historii rozwoju tej sytuacji jest niezbędnym warunkiem do podjęcia skutecznej interwencji. W Polsce, jak i w sąsiednich krajach, w latach 1960-1990 doszło do niebywałego rozwinięcia niektórych zjawisk niszczących zdrowie. Konsumpcja alkoholu wzrosła dwukrotnie. Spożycie papierosów na jednego mieszkańca wzrosło z 1065 do 2648 sztuk rocznie. Polska w 1990 roku osiągnęła najwyższy poziom spożycia papierosów na świecie. Spożycie masła i tłustego mleka również biło światowe rekordy. Stale wzrastało spożycie czerwonego, wysoko przetworzonego, wieprzowego mięsa. Przy stałym wzroście spożycia kalorii (w latach 70. i 80. wyższym niż w krajach Europy zachodniej) obciążenie organizmu wysiłkiem fizycznym gwałtownie się zmniejszało. Wzrastał poziom nadwagi i otyłości. Co ciekawe, pozbawiony wysiłku styl życia dotyczył nie tylko mieszkańców miast – był on jeszcze wyższy u mieszkańców wsi, także dzieci wiejskich.

Wszystkie te procesy doprowadziły do dramatycznych konsekwencji zdrowotnych. Od początku lat 60. do początku lat 90. obserwowano w tym regionie niezwykle w okresie pokoju zjawisko – każdego roku przyrastała umieralność młodych i w średnim wieku dorosłych, szczególnie mężczyzn. Oczekiwana długość życia po 20 roku życia spadała. Gwałtownie wzrastały natomiast zachorowania z powodu zawału serca. U mężczyzn poszybowały do góry zachorowania z powodu raka płuca, szybko bijąc rekordy światowe szczególnie u młodych i w

¹ Przeżywalność w naszej prezentacji – prawdopodobieństwo dożycia do 65 roku życia.

² Raport *Closing the health gap in European Union* przygotowany w ramach projektu HEM – Closing the Gap, który opisuje wielkość i przyczyny różnic w zdrowiu pomiędzy wschodnią a zachodnią częścią Unii Europejskiej, jest dostępny do pobrania po adresem: www.hem.waw.pl

średnim wieku dorosłych. Wzrastały zachorowania z powodu marskości wątroby. Prawie co piąty mężczyzna tracił przedwcześnie życie z powodu urazów. Działo się to w tym samym czasie kiedy liczba lekarzy i liczba łóżek szpitalnych w Polsce stale rosła (w 1990 roku była wyższa niż w krajach OECD)³.

Państwo, ale także środowiska naukowe, zdawały się nie zauważać lub nie rozumieć zachodzących procesów. W latach 80. powszechnie uważano, że podstawowym powodem decydującym o różnicach zdrowotnych między Polską a krajami Europy zachodniej jest zanieczyszczenie środowiska. Obserwowany wzrost przedwczesnej umieralności łączono także z ilością szpitali i dostępem do lekarzy, szpitali, i leków. Inaczej niż w krajach Europy zachodniej nie rozwijało się zdrowie publiczne. Nie było miejsca na modyfikacje działań edukacyjno-ekonomicznych i zmianę zachowań zdrowotnych (zmniejszanie częstości palenia, moderacja picia alkoholu, zmiany diety – wzrost spożycia warzyw, owoców, tłuszczów raczej roślinnych, zmniejszenie spożycia soli i cukrów, itp.).

Tymczasem w Europie zachodniej w latach 60. i 70. doszło do stworzenia nowej filozofii budowania zdrowia, a polityka zdrowia publicznego była realizowana przez cały rząd – przede wszystkim przez ministerstwa finansów – a nie tylko przez resort zdrowia. Tak zwany program 'Health in All Policy' był perfekcyjnie realizowany, na przykład przez Finlandię, która z kraju zaniedbanego pod względem zdrowia w latach 60. zmieniła się lidera zdrowia publicznego. Innym przykładem była Wielka Brytania, potęga w handlu, sprzedaży i konsumpcji tytoniu (pod koniec lat 40. paliło tam papierosy 80% dorosłych mężczyzn). Brytyjczycy rozpoczęli krucjatę przeciwko paleniu używając wszystkich możliwych dróg, przede wszystkim ekonomicznej i edukacyjnej. Na przykład ceny papierosów zostały obciążone ogromnymi podatkami i do tej pory Wielka Brytania jest krajem najwyższych cen papierosów w Europie, gdzie są one czterokrotnie wyższe od cen w Polsce. W wyniku tych działań doszło do odwrócenia trendu zachorowalności z powodu raka płuca którego częstość spadła trzykrotnie, a badacze brytyjscy szacują, że także spadek zachorowań z powodu chorób kardio-waskularnych w połowie wynika ze zmniejszenia częstości palenia papierosów do 20%. Zmiana sposobu myślenia o zdrowiu (nie tylko w kategoriach medycyny naprawczej), budowanie kompetencji zdrowotnej narodu poprzez walkę z analfabetyzmem zdrowotnym, zmiana stylu życia populacji na prozdrowotny, udział Państwa i społeczeństwa w programach zdrowia publicznego („zdrowie jest zbyt poważną rzeczą aby zostawić je tylko w rękach lekarzy”) doprowadziły do niebywałego wzrostu zdrowia w krajach demokratycznej części Europy.

Kiedy pod koniec lat 80. rozpoczęły się w Polsce przemiany demokratyczne i wróciła gospodarka rynkowa zdrowie dorosłych Polaków było w katastrofalnym stanie a prognozy zdrowotne były jak najgorsze. Zupełnie nieoczekiwanie po 1991 roku doszło do wielu korzystnych zjawisk – prawie wszystkie wskaźniki zdrowotne zaczęły się poprawiać. Po raz pierwszy od 30 lat doszło do od-

³ Raport *Closing the health gap in European Union*: www.hem.waw.pl

wrócenia trendu przedwczesnej umieralności dorosłych (rys. 3). Współczynniki umieralności ogółem spadły we wszystkich grupach wiekowych, a szczególnie u dorosłych w młodym i średnim wieku. Między 1990 a 2001 rokiem prawdopodobieństwo zgonów w grupie wiekowej 20-64 lata zmniejszyło się u mężczyzn z 38% do 30%. Po raz pierwszy od czasu II wojny światowej poprawa wskaźników zdrowotnych, chociaż dotyczyła obu płci, przebiegała szybciej u mężczyzn niż u kobiet. W latach 1991-2001 współczynniki umieralności niemowląt na 1000 żywo urodzonych spadły z 15,0% do 7,7%. W tym samym okresie oczekiwana długość życia wydłużyła się o 4 lata u mężczyzn i o 3 lata u kobiet. Spadek przedwczesnej umieralności mężczyzn dotyczył 3 różnych przyczyn zgonu- schorzeń układu krążenia (około 40%), chorób nowotworowych (około 12%- dotyczył on głównie raka płuca i innych nowotworów związanych z paleniem tytoniu), a także zgonów nagłych z powodu wypadków (około 30%)⁴.

Powrót demokracji, wolności, gospodarki rynkowej doprowadził do tego, że zdrowie, obok wykształcenia, stało się najważniejszą wartością. Przyrost zdrowia w latach 90. dotyczył wszystkich, niezależnie od płci, wieku, miejsca zamieszkania.

Wydaje się, że można wyodrębnić 3 najważniejsze przyczyny poprawy stanu zdrowia Polaków w dekadzie lat 90. Po pierwsze, wynikające z gospodarki rynkowej głębokie zmiany w diecie Polaków (między innymi zmiana struktury spożycia tłuszczów ze zwierzęcych na roślinne, wzrost spożycia warzyw i owoców). Po drugie, edukacja zdrowotna i mające w tym okresie miejsce wielkie akcje interwencyjne (np. akcja Rzuć palenie razem z nami), a także ustawy sejmowe dotyczące programu ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu, czy narodowe programy kontroli schorzeń kardiologicznych i nowotworów złośliwych. Po trzecie, gospodarka rynkowa umożliwiła dostęp do nowoczesnych leków, technologii medycznych, skutecznie wykorzystanych przez polską służbę zdrowia.

Obserwowany w Polsce po 1991 roku przyrost zdrowia zdawał się wykazywać w pierwszej dekadzie XXI wieku zwolnienie tempa, a w latach 2002-2007 doszło do zahamowania wzrostu zdrowia dorosłych (rys. 3). W ostatnich latach powiększa się różnica w dostępie do zdrowia między lepiej wykształconą i lepiej sytuowaną częścią dorosłej populacji, a gorzej wykształconą i gorzej sytuowaną. Polska przestała być liderem poprawy zdrowia w krajach UE10⁵, które przystąpiły do wspólnoty w 2004r. W tej dekadzie przyrost zdrowia w Czechach czy Słowacji był znacznie szybszy niż w Polsce. Wydaje się, że nie bez znaczenia dla takiego rozwoju sytuacji zdrowotnej było obniżenie w lipcu 2001 roku cen wódki o 30% (rys. 4). Zmieniono ustawodawstwo dopuszczające reklamy piwa także w telewizji. W latach 2002-2005 spożycie alkoholu wzrosło o 30%. Zwolniły tempo działania na rzecz ograniczenia szkód zdrowotnych wynikających z palenia pa-

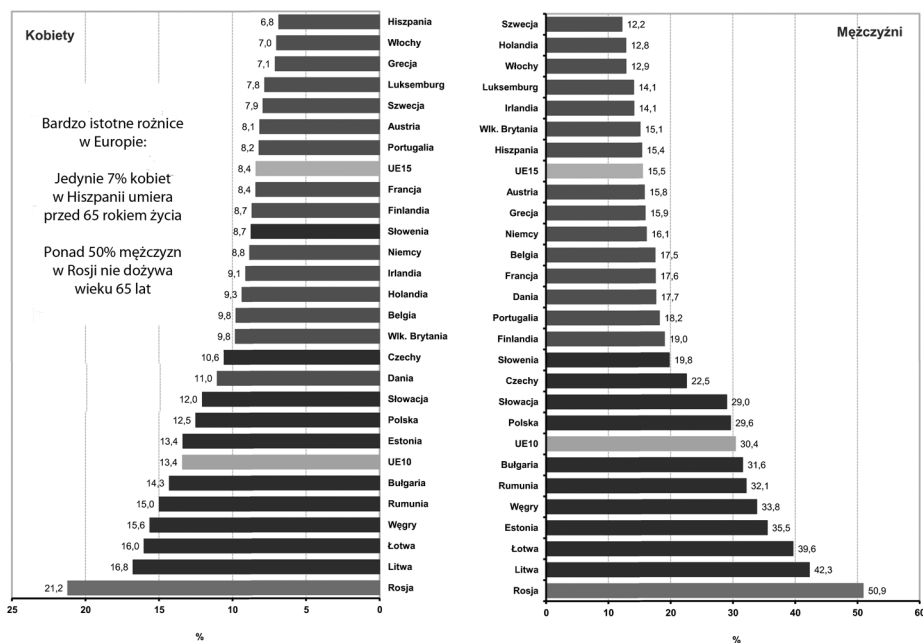
⁴ Raport *Closing the health gap in European Union*: www.hem.waw.pl

⁵ Nowe kraje członkowskie Unii Europejskiej z Europy środkowo-wschodniej: Bułgaria, Czechy, Estonia, Litwa, Łotwa, Polska, Rumunia, Słowacja, Słowenia, Węgry

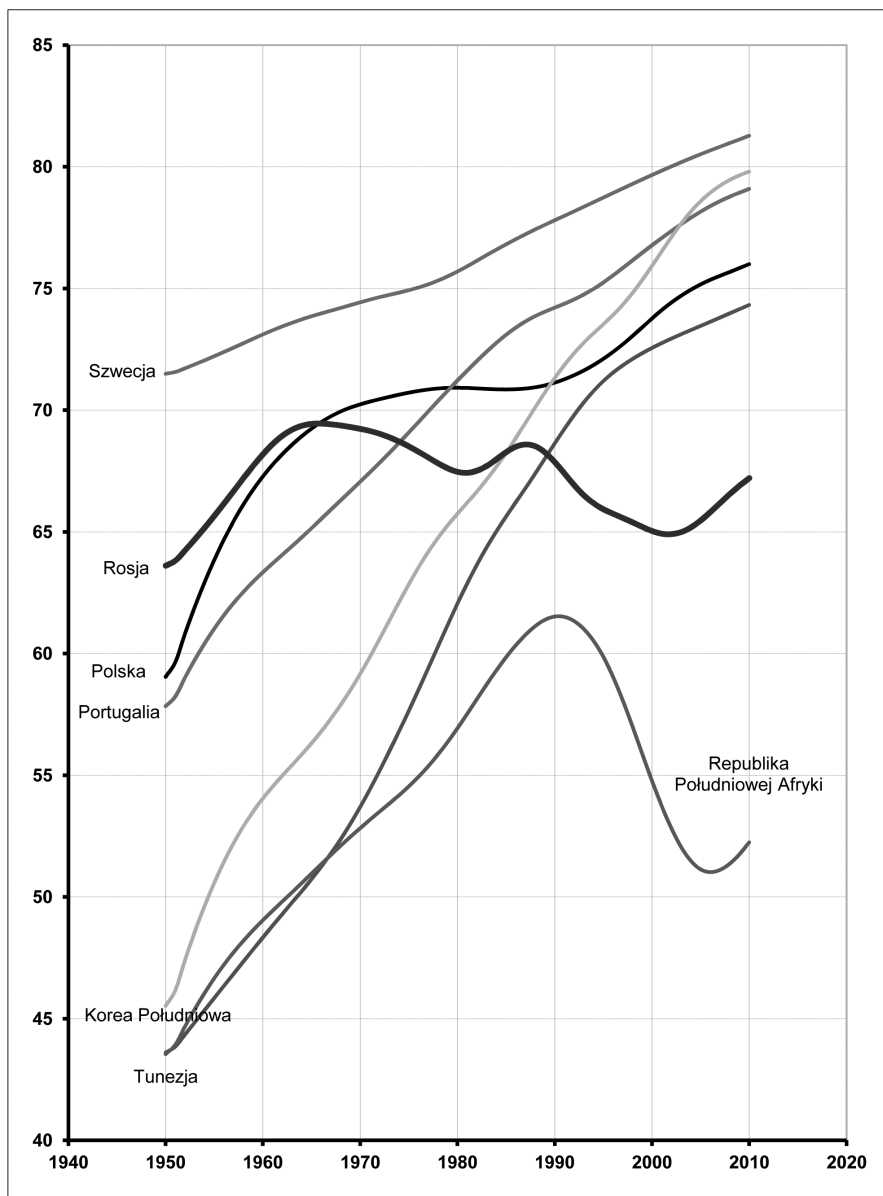
pierosów. Polska stała się potęgą w produkcji tytoniu (drugie miejsce w Europie), a ceny papierosów są w Polsce obecnie najniższe z krajów UE. Generalnie osłabły działania w zakresie zdrowia publicznego. Administracja zdrowia jest przede wszystkim skupiona na zarządzaniu medycyną naprawczą, szpitalami i lekami. System stacji sanitarno-epidemiologicznych, który po II wojnie światowej był decydującym ogniwem w kontroli chorób zakaźnych czy umieralności niemowląt, nie został przekształcony w ostatnim dwudziestoleciu w nowoczesne narzędzie zdrowia publicznego, kontrolujące choroby przewlekłe dorosłych. Niezbędne jest stworzenie nowych, spójnych programów zdrowia publicznego także w zakresie żywienia, kontroli otyłości, czy wysiłku fizycznego. Znaczącym osiągnięciem zdrowia publicznego w Polsce jest wybudowanie przez państwo, we współpracy z samorządami, ponad 2000 boisk sportowych, które mając na celu rozwój sportu przyczynią się również do budowania zdrowia Polaków.

Od czasu powołania systemu ubezpieczeń zdrowotnych (1990 r.), nakłady na służbę zdrowia w Polsce wzrosły trzykrotnie (wynoszą obecnie ponad 60 miliardów złotych rocznie). Budowanie przez legislację zdrowia dorosłej populacji, także po 50. i 60. roku życia, powinno być priorytetem. Należy mieć nadzieję, że nie będziemy zapominali o tym, że budowanie zdrowia przynosi siłę oraz poczucie szczęścia obywatelom, a także umacnia państwo, czego nie da się osiągnąć tylko poprzez leczenie chorób.

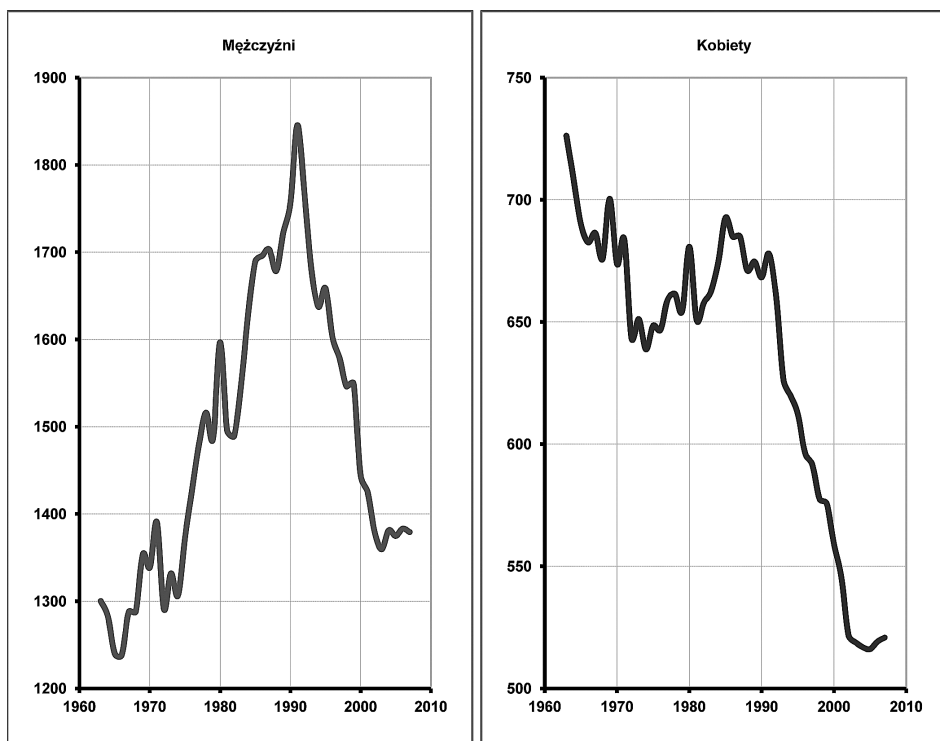
Rysunek 1. Prawdopodobieństwo zgonu przed 65 rokiem życia, 2008



Rysunek 2. Oczekiwana długość życia przy urodzeniu w wybranych krajach, obie płcie

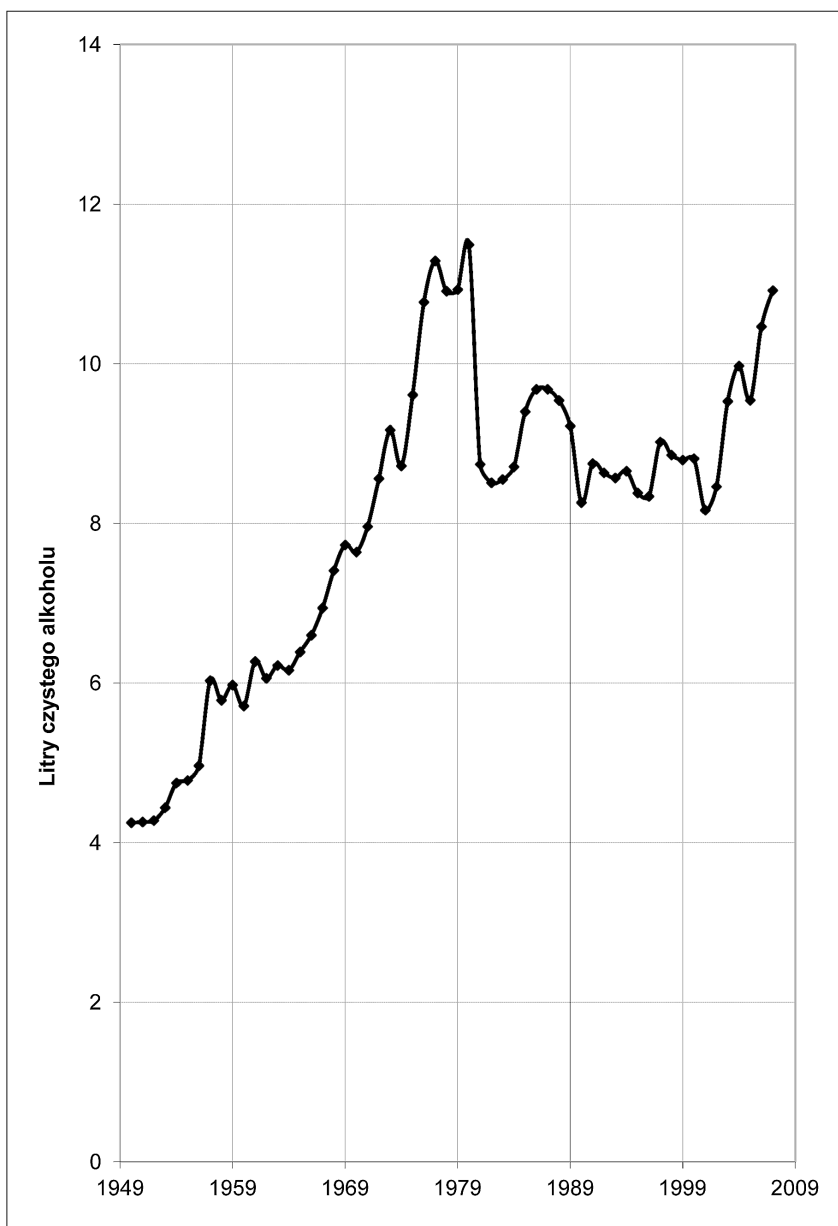


Źródło: <http://www.gapminder.org/data/>; Zatoński W (ed.) with Mańczuk M, Sulkowska U, and the HEM Project team. Closing the health gap in European Union. Cancer Center and Institute of Oncology, Warsaw, 2008.
Dostępny na: <http://www.hem.waw.pl>

Rysunek 3. Umieralność ogółem w Polsce, 45-64, 1963-2007

Współczynniki umieralności standaryzowane na populację Europy

Rysunek 4. Rejestrowane spożycie alkoholu w Polsce w przeliczeniu na dorosłego mieszkańca (15+) rocznie, 1950-2007



Piśmiennictwo

- Sierosławski J., *Spożycie alkoholu i polityka wobec alkoholu w ocenie społecznej – raport z badań ankietowych*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1992.
- De Lorgeril M, Renaud S, Mamelle S, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Guidollet J, Touboul P, Delaye J., *Mediterranean alpha-linolenic acid-rich diet in secondary prevention of coronary heart disease*. Lancet, 1994; 343: 1454-1459.
- Murray C., Lopez A., *Global and regional cause-of-death patterns in 1990*, „Bulletin of the World Health Organization”, Geneva 1994; 72/3: 447-480.
- Habrat B., Pużyński S., *Szkody zdrowotne spowodowane piciem alkoholu w Polsce*. [W:] Zatoński W., Hulanicka B., Tyczyński J. (red.), *Stan zdrowia Polaków*, „Monografie Zakładu Antropologii Polskiej Akademii Nauk”, Wrocław 1996.
- Sekuła W., Niedziałek Z, Figurska K, Morawska M, Boruc T., *Food consumption in Poland converted into energy and nutrients, 1950-199.*, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 1996.
- Hu FB, Stampfer MJ, Manson JE, Rimm E, Colditz GA, Rosner BA, Hennekens CH, Willett WC., *Dietary fat intake and the risk of coronary heart disease in women*. „New England Journal of Medicine” 1997; 337: 1491-1499.
- Zatoński W, Tyczyński JE. (red.), *Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce w piętnastolecie 1980-1994*, Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 1997.
- Zatonski WA, McMichael AJ, Powles JW., *Ecological study of reasons for sharp decline in mortality from ischaemic heart disease in Poland since 1991*. BMJ. 1998 Apr 4;316(7137):1047-51.
- Opolski MG., *Opieka kardiologiczna w Polsce – stan obecny, perspektywy, zagrożenia, w opinii krajowego nadzoru specjalistycznego*. [W:] Nowacki M, Religa Z., Zatoński W. (red.) *Kardiologia i onkologia w Polsce na początku XXI wieku. Stan, wyzwania i perspektywy*, I Kongres Demograficzny w Polsce, Konferencja Naukowa, Warszawa, 9 października 2002: 57–65.
- Religa Z., *Kardiologia polska – osiągnięcia, aktualne problemy i propozycje rozwiązań systemowych*. [W:] Nowacki M, Religa Z, Zatoński W. (red.) *Kardiologia i onkologia w Polsce na początku XXI wieku. Stan, wyzwania i perspektywy*, I Kongres Demograficzny w Polsce, Konferencja Naukowa, Warszawa, 9 października 2002: 27-40;
- Rywik S., *Czy zmienia się zagrożenie chorobami układu krążenia w Polsce na przykładzie populacji Warszawy w średnim wieku?* [W:] Wyzwania i zagrożenia zdrowotne w świetle procesu integracji, Krajowa konferencja pod patronatem Ministra Zdrowia, Warszawa, 22–23 marca 2002: 69-73.
- Zatoński W, *Tobacco smoking in central European countries: Poland*. In: Boyle P, Gray N., Henningfield J., Sefrin J., Zatoński W. (eds.) *Tobacco and Public Health: Science and Policy*. Oxford University Press 2004: 235-252
- Zatoński W, Willett W. *Changes in dietary fat and declining coronary heart disease in Poland: population based study*. BMJ. 2005;331:187-188
- Didkowska J., Mańczuk M., McNeill A., Powles J., Zatoński W. *Lung cancer mortality at ages 35-54 in the European Union: ecological study of evolving tobacco epidemics*. BMJ. 2005;331:189-191
- Boffetta P, Hashibe M., La Vecchia C., Zatoński W., Rehm J., *The burden of cancer attributable to alcohol drinking*. Int J Cancer. 2006;119:884-887
- Zatoński W, *The East-West Health Gap in Europe – what are the causes?* Europ J Public Health; 2007;17;2:121
- Zatoński W.A., Manczuk M., Powles J., Negri E. *Convergence of male and female lung cancer mortality at younger ages in the European Union and Russia*. Eur J Pub Health. 2007;17;5:450-454
- Zatoński W., (red.) *Europejski kodeks walki z rakiem wersja trzecia (2003)* Wydanie polskie na podstawie: „European code against cancer and scientific justification: third version 2003”. (współp.: Lissowska J., Didkowska J., Jabłońska J.) Medycyna Praktyczna, Kraków 2007
- Zatoński W, (eds.) with Mańczuk M, Sulkowska U, and the HEM Project team. *Closing the health gap in European Union*. Cancer Center and Institute of Oncology, Warsaw, 2008. Dostępny na:

- Zatoński W, Campos H, Willett W, *Rapid declines in coronary heart disease mortality in http://www.hem.waw.pl.*
- Eastern Europe are associated with increased consumption of oils rich in alpha-linolenic acid. *Eur J Epidemiol.* 2008;23:3-10
- Zatoński W, Didkowska J., *Closing the gap: Cancer in Central and Eastern Europe (CEE).* *Europ J Cancer.* 2008;44:1425-1437
- Powles J., Shroufi A., Mathers C., Zatoński W, La Vecchia C., Ezzati M., *National cardiovascular prevention should be based on absolute disease risks, not levels of risk factors.* *Europ J of Public Health;* 2009;20;1:103-106
- Zatoński W.A., and the HEM project team. *Epidemiological analysis of health situation development in Europe and its causes until 1990.* *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2011;18;2:194-202 Yusuf S., Islam S., Chow CK., Rangarajan S., Dagenais G., Diaz R., Gupta R., Kelishadi R., Iqbal R., Avezum A., Kruger A., Kutty R., Lanas F., Lisheng L., Wei L., Lopez-Jaramillo P., Oguz A., Rahman O., Swidan H., Yusoff K., Zatoński W., Rosengren A., Teo KK., *Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE Study): a prospective epidemiological survey.* *Lancet.* 2011 Oct. 1; 378(9798):1231-43
- West R., Zatoński W., Cedzyńska M., Lewandowska D., Pazik J., Aveyard P., Stapleton J., *Placebo-Controlled Trial of Cytisine for Smoking Cessation.* *N Engl. J Med.* 2011;365;13:1193-1200
- White A., McKee M., Richardson N., de Visser R., Madsen SA., de Sousa BC., Hogston R., Zatoński W., Makara P., *Europe's men need own health strategy.* *Analysis. British Medical Journal* 2011;343:d7397
- White A., De Sousa B., De Visser R., Hogston R., Madsen SA., Makara P., McKee M., Raine G., Richardson N., Clarke N., Zatoński W., *Men's health in Europe.* *JMH* 2011;8;3:192-201
- White A., de Sousa B., de Visser R., Houston R., Madsen SA., Makara P., Richardson N., Zatoński W. *The State of Men's in Europe*, Extended Report. Directorate-General for Health & Consumers. European Union 2011; doi10.2772/61323
- Rehm J, Zatoński W, Taylor B, Andersen P. *Epidemiology and alcohol policy in Europe.* *Addiction* 2011;106(supl.1):11-19 doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03326.x
- Zatoński W.A, Mańczuk M., and Kielce PONS team. *Polish-Norwegian Study (PONS): research on chronic non-communicable diseases in European high risk countries – study design.* *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2011;18;2:203-206
- Zatoński W.A., Mańczuk M., Sulkowska U., oraz zespół projektu HEM. *Wyrównanie różnic w zdrowiu między krajami Unii Europejskiej.* Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa, 2011
- Aarø LE., Herbeć A., Bjørngård JH., Mańczuk M., Zatoński W.A., *Depressive episodes and depressive tendencies among a sample of adults in Kielce, south-eastern Poland.* *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2011;18;2:273-278
- Zatoński W.A., Bhala N., *Changing trends of diseases in Eastern Europe: Closing the gap.* *Public Health* 2012;126:248-252
- Zatoński W, Przewoźniak K., Sulkowska U., West R., Wojtyła A., *Tobacco smoking in countries of the European Union.* *Annals of Agricultural and Environmental Medicine.* 2012;19;2:181-192
- Giovino GA., Mirza SA., Samet JM., Gupta PC., Jarvis MJ., Bhala N., Peto R., Zatoński W., Hsia J., Morton J., Palipudi KM., Asma S., for The GATS Collaborative Group, *Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys.* *Lancet* 2012;380:668-679
- Zatońska K., Campos H., Iłow R., Janik-Konieczna K., Różańska D., Regulska-Iłow B., Połtyn-Zaradna K., Szuba A., Zatoński W.A., *Dietary intake and adipose tissue level of specific fatty acids in a selected group from the Lower Silesia population.* *Annals of Agricultural and Environmental Medicine.* 2012;19;3:389-394

Streszczenie

Niedługo po rozpoczęciu w Polsce w końcu lat 80. przemian demokratycznych i gospodarczych zaczęły się poprawiać prawie wszystkie wskaźniki zdrowotne. Współczynniki umieralności ogółem spadły we wszystkich grupach wiekowych, a szczególnie u dorosłych w młodym i średnim wieku. W latach 1991-2001 współczynniki umieralności niemowląt spadły z 15,0 do 7,7 na 1000 urodzeń żywych. W tym samym okresie oczekiwana długość życia wydłużyła się o 4 lata u mężczyzn i o 3 lata u kobiet. Głównymi przyczynami poprawy stanu zdrowia Polaków w dekadzie lat 90. były: zmniejszenie konsumpcji tytoniu o 30%, spadek częstości palenia mężczyzn o połowę, zahamowanie wzrostu palenia u kobiet, zamrożenie w latach 90. konsumpcji alkoholu, wynikająca z wprowadzenia gospodarki rynkowej globalizacja rynku, głębokie zmiany w diecie Polaków; rozwój edukacji zdrowotnej i wdrożenie narodowych programów kontroli schorzeń kardiologicznych i nowotworów złośliwych; dostęp do nowoczesnych procedur medycznych. Jednak w ostatnich latach powiększa się różnica w dostępie do zdrowia między lepiej wykształconą i lepiej sytuowaną częścią dorosłej populacji, a gorzej wykształconą i gorzej sytuowaną. Wydaje się, że nie bez znaczenia dla takiego rozwoju sytuacji zdrowotnej było obniżenie w lipcu 2001 roku cen wódki o 30% ze wzrostem spożycia alkoholu w latach 2002-2007 o 30%. Zwolniły tempo działania dla ograniczenia szkód zdrowotnych wynikających z palenia papierosów. Generalnie osłabły działania w zakresie zdrowia publicznego. Administracja zdrowia jest przede wszystkim skupiona na zarządzaniu medycyną naprawczą, szpitalami i lekami. Niezbędne jest stworzenie nowych, spójnych programów zdrowia publicznego, opartych na nowoczesnej strategii zdrowia we wszystkich działaniach państwa (Health in All Policy), a nie tylko dalsza jego medykalizacja. Państwo powinno prowadzić odpowiedzialną politykę wobec tytoniu, alkoholu czy rekreacji fizycznej.

Słowa kluczowe

demokracja, zdrowie, umieralność, nierówności w zdrowiu, zdrowie publiczne

Abstract

Soon after the democratic and economic changes started to take place in Poland at the end of the 80s, almost all health data and rates began to improve. Mortality rates for all age groups decreased in general, especially among young and middle age adults. In 1991-2001 infant death rate per 1000 live births decreased from 15.0 to 7.7 for 1000 live births. In the same period, life expectancy increased by 4 years for men and 3 years for women. Among the main reasons responsible for the improvement of the Poles' health in the decade of the 90s, one can mention: decrease in consumption of tobacco by 30%, decrease in men's tobacco smoking by half, slowing down of the increase in women's smoking, freezing/ blocking of alcohol consumption in the 90s, globalization of the market

resulting from the introduction of market economy, deep changes in the dietary customs of Poles; development of health education and introduction of national control programmes of cardiovascular diseases and cancer; access to modern medical procedures. However, in recent years the difference in access to health care has been growing between the better educated and well-to-do section of the adult population and that of the less educated and poor one. It seems that such evolution of health situation might have been influenced by the lowering of the prices of alcohol in July 2001 by 30 % which brought about a rise in alcohol consumption by 30 % in 2002-2007. Activities designed to reduce health harm resulting from tobacco smoking also slowed down. In general, all efforts were diminished in the sphere of public health. Health administration mainly concentrates on managing restorative medicine, hospitals and medicaments/ drugs. It is indispensable to create new, comprehensive public health programmes based on modern health strategy in all spheres of activities of the State (Health in All Policy), and not just its further medicalization. The State should implement responsible policy as regards tobacco, alcohol or physical recreation.

Keywords

democracy, health, mortality, inequalities in health, public health

Witold A. Zatoński, prof. zw. dr hab. n. med. Jest specjalistą chorób wewnętrznych, epidemiologiem i ekspertem w zakresie zdrowia publicznego. Od końca lat siedemdziesiątych pracuje w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, gdzie kieruje Zakładem Epidemiologii i Prewencji Nowotworów.

Rozdział 1

Ograniczanie zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce i w Unii Europejskiej

Krzysztof Przewoźniak

Wyzwania w polityce ograniczającej palenie tytoniu w Unii Europejskiej¹

Wprowadzenie

Epidemia chorób odtytoniowych ciągle stanowi jeden z najważniejszych problemów zdrowia publicznego w Europie, w tym krajach Unii Europejskiej. W porównaniu z innymi regionami Światowej Organizacji Zdrowia, średnia częstość palenia w Europie wynosi 32% i jest najwyższa na świecie [1]. Wyniki Eurobarometru z marca 2012 r. wskazują, że średnia częstość palenia w Unii Europejskiej jest niewiele niższa niż w całej Europie (28%), czego powodem jest przede wszystkim bardzo wysoki poziom palenia w środkowo-wschodnich i południowo-europejskich krajach Unii (30-40%)[2]. Co roku w Unii Europejskiej z powodu palenia umiera prawie 700 tys. osób, a ekonomiczne koszty tego nałogu sięgają co najmniej 100 miliardów euro [3].

W niniejszym artykule omówiono główne problemy i priorytety polityki zdrowotnej Unii Europejskiej, która ma przyczynić się do ograniczenia ww. zdrowotnych i ekonomicznych następstw palenia tytoniu w 27 krajach unijnych, a także zarysować plan podstawowych działań zaradczych.

Podstawowe problemy

Palenie tytoniu

Epidemia chorób odtytoniowych znajduje się w różnym stadium rozwoju w krajach starej i nowej Unii Europejskiej [4]. Ze względu na bardzo wysoki w przeszłości poziom częstości palenia w niektórych krajach Zachodniej Europy (np. w Wlk. Brytanii osiągający 80% w populacji mężczyzn w średnim wieku) bezwzględna liczba przedwczesnych zgonów spowodowanych paleniem tytoniu jest ciągle wyższa w tych krajach w porównaniu z nowoprzyjętymi do Unii krajami Europy Środkowo-Wschodniej. Ale różnica ta w ostatnich dekadach zaczyna się zmniejszać, a proporcja przedwczesnych zgonów odtytoniowych w ogólnej liczbie przedwczesnych zgonów, w szczególności w populacji mężczyzn, jest dziś wyższa w nowych, środkowoeuropejskich krajach unijnych niż w krajach starej Unii [5].

¹ Artykuł jest oparty na tezach referatu *Wyzwania w 'tobacco control' w Unii Europejskiej* wygłoszonego na XV Ogólnopolskiej Konferencji Tytoń albo zdrowie im. prof. Franciszka Venuleta (Warszawa, 12-13 XI 2012). Referat wygłosił autor artykułu, a w przygotowaniu pomogli: Anca Toma z Smoke Free Partnership oraz Cornel Radu-Loghin i Michael Forrest z European Network for Smoking and Tobacco Prevention, którym za okazaną pomoc serdecznie dziękuję.

Od wielu lat w krajach unijnych obserwuje się duże różnice w częstości palenia tytoniu w populacji mężczyzn. Mężczyźni w wieku 20-64 lat mieszkający w dziesięciu krajach członkowskich Europy Środkowo-Wschodniej palili codziennie w 2002 r. znacznie częściej (w 43%) niż mężczyźni z krajów unijnej 15-tki (36%)[4]. W tym czasie częstość codziennego palenia na Łotwie i w Bułgarii przekraczała 50%. Podobny poziom osiągała też w niektórych południowoeuropejskich krajach Unii, takich jak Grecja (51%) czy Portugalia (47%). Dla kontrastu odsetek codziennie palących mężczyzn w Szwecji wynosił 16%, a w Irlandii 26%.

Duże zróżnicowanie w częstości palenia tytoniu w Unii Europejskiej występuje także wśród kobiet, ale w tej populacji wzory palenia nie układają się na linii wschód-zachód czy północ-południe. W Bułgarii, Portugalii, Grecji, na Węgrzech, w Holandii i Polsce częstość codziennego palenia wśród kobiet w wieku 20-64 lat była w Unii Europejskiej najwyższa przekraczając w 2002 r. poziom 30% [4]. W Rumunii, na Cyprze i Litwie notowano natomiast najniższy poziom codziennego palenia tytoniu w tej grupie kobiet w krajach unijnych (ok. 13%).

Równie ważnym problemem dotyczącym epidemii palenia i jego zdrowotnych następstw w Unii Europejskiej jest utrzymywanie się od wielu lat w większości krajów członkowskich częstości palenia w populacji dorosłych kobiet na prawie niezmienionym poziomie [6,7]. W Polsce od końca lat 90. częstość codziennego palenia wśród kobiet, waha się około 25% [8]. W niektórych krajach (np. Bułgarii), grupach wieku (np. kobiet w wieku 15-19 lat) czy warstwach społecznych (np. kobiet nisko wykształconych lub mieszkających na wsi), gdzie częstość palenia była dotychczas na niskim poziomie odsetek palących kobiet nawet rośnie [8].

Międzynarodowe badania ankietowe dotyczące palenia tytoniu przez nastolatków przeprowadzone m.in. w krajach Unii Europejskiej wskazują, że w ostatnich latach w krajach unijnych rośnie odsetek nastolatków palących inne produkty tytoniowe niż papierosy produkowane fabrycznie [9,10]. Z powodów ekonomicznych (niższej ceny) wzrasta odsetek palących papierosy ręcznie skręcane, a z powodów marketingowych coraz więcej nastolatków sięga po tytoń bezdymny i tzw. e-papierosy. Produkty te są dziś także bardzo popularne wśród młodych dorosłych oraz osób o najgorszej sytuacji materialnej. W niektórych krajach, takich jak Wielka Brytania czy Holandia, mniej więcej połowa palaczy papierosów produkowanych fabrycznie pali także papierosy ręcznie skręcane [2].

Polityka ograniczająca palenie tytoniu

Nowoczesna polityka zdrowotna ograniczająca zdrowotne i społeczno-ekonomiczne następstwa palenia tytoniu w krajach unijnych powinna być oparta na rekomendacjach i wytycznych Ramowej Konwencji ds. Ograniczenia Używania Tytoniu (FCTC) ratyfikowanej zarówno przez Parlament Europejski jak i prawie wszystkie kraje Unii Europejskiej [zob. Tab.1; 11-13]. Polska ratyfikowała Konwencję w 2006 r., a w 2012 r. została ona przyjęta przez parlament Republiki

Czeskiej jako 176 kraj na świecie. Niestety, implementacja Konwencji w wielu krajach unijnych, w tym Polsce pozostawia wiele do życzenia [14]. Poniżej odnoszę się do tych zapisów Konwencji, których wprowadzenie w życie w Unii Europejskiej jest niepełne.

Tabela 1. Państwa Unii Europejskiej, które podpisały, ratyfikowały i wprowadziły w życie Ramową Konwencję ds. Ograniczenia Używania Tytoniu (stan we wrześniu 2012 r.)

Państwo	Data podpisania	Data ratyfikacji	Data wprowadzenia w życie
Austria	28/08/2003	15/09/2005	14/12/2005
Belgia	22/01/2004	01/11/2005	30/01/2006
Bułgaria	22/12/2003	07/11/2005	05/02/2006
Cypr	24/05/2004	26/10/2005	24/01/2006
Czechy	16/06/2003	01/06/2012	30/08/2012
Dania	16/06/2003	16/12/2004	16/03/2005
Estonia	08/06/2004	27/07/2005	25/10/2005
Finlandia	16/06/2003	24/01/2005	24/04/2005
Francja	16/06/2003	19/10/2004	27/02/2005
Grecja	16/06/2003	27/01/2006	27/04/2006
Hiszpania	16/06/2003	11/01/2005	11/04/2005
Holandia	16/06/2003	27/01/2005 A	27/04/2005
Irlandia	16/09/2003	07/11/2005	05/02/2006
Litwa	22/09/2003	16/12/2004	16/03/2005
Łotwa	10/05/2004	10/02/2005	11/05/2005
Luksemburg	16/06/2003	30/06/2005	28/09/2005
Malta	16/06/2003	24/09/2003	27/02/2005
Niemcy	24/10/2003	16/12/2004	16/03/2005
Polska	14/06/2004	15/09/2006	14/12/2006
Portugalia	09/01/2004	08/11/2005	06/02/2006
Rumunia	25/06/2004	27/01/2006	27/04/2006
Słowacja	19/12/2003	04/05/2004	27/02/2005
Słowenia	25/09/2003	15/03/2005	13/06/2005
Szwecja	16/06/2003	07/07/2005	05/10/2005
Węgry	16/06/2003	07/04/2004	27/02/2005
Włochy	16/06/2003	02/07/2008	30/09/2008
Wielka Brytania	16/06/2003	16/12/2004	16/03/2005
Wspólnota Europejska	16/06/2003	30/06/2005	28/09/2005

Źródło: Zaadaptowano na podstawie danych Światowej Organizacji Zdrowia:
http://www.who.int/fctc/signatories_parties/en/

Dane zebrane przez Światową Organizację Zdrowia dowodzą, że w 2010 r. kraje, które wprowadziły skuteczne ograniczenia w paleniu tytoniu w miejscach publicznych i zakładach pracy obejmowały jedynie 11% populacji świata [15]. Niemniej, między 2008 a 2010 r. liczba tych krajów podwoiła się. Choć wszystkie kraje unijne wprowadziły przepisy prawne ograniczające palenie tytoniu w miejscach publicznych i zakładach pracy, to tylko niewiele z nich zdecydowało się na

całkowity zakaz palenia w przestrzeni publicznej rekomendowany przez FCTC. Złotym standardem w krajach unijnych są ciągle rozwiązania wprowadzone najwcześniej w Irlandii, a nieco później w Wielkiej Brytanii. Smoke Free Partnership ocenia, że w 15 krajach Unii Europejskiej zakaz palenia w miejscach publicznych i pracy został wprowadzony zgodnie z wytycznymi Ramowej Konwencji ds. Ograniczenia Używania Tytoniu, tzn. jest całkowity i dotyczy większości miejsc publicznych, w tym lokali gastronomiczno-rozrywkowych, a także pomieszczeń zamkniętych innych zakładów pracy [16]. Do krajów tych należą w kolejności alfabetycznej: Belgia, Bułgaria, Estonia, Finlandia, Francja, Hiszpania, Irlandia, Litwa, Łotwa, Malta, Słowenia, Szwecja, Węgry, Wielka Brytania i Włochy. Poza Unią Europejską kompleksowy zakaz palenia tytoniu w miejscach publicznych i pracy został także wprowadzony w Norwegii i Turcji. Na Cyprze, w Danii, Grecji, Holandii, Niemczech, Polsce i Słowacji zakaz ten jest jedynie częściowy (w wielu miejscach dopuszczalne są palarnie) lub też jego przestrzeganie pozostawia wiele do życzenia. W niektórych krajach (np. Polsce) nie wykorzystano szansy na wprowadzenie całkowitego zakazu palenia w miejscach publicznych i pracy, w innych (np. w Holandii) zmiana rządu spowodowała regres w tej dziedzinie zdrowia publicznego. Proponowany przez Sejmową Komisję Zdrowia w 2010 r. całkowity zakaz palenia w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych został odrzucony przez polski parlament. W Austrii, Czechach i Rumunii ochrona palących w miejscach publicznych jest słaba, a pracownicy zakładów pracy w większości nie są w ogóle chronieni przed biernym narażeniem na dym tytoniowy. W Portugalii i pozostającej poza Unią Szwajcarii trwa ciągle dyskusja nad zaostreniem odpowiednich przepisów prawnych.

Ostrzeżenia zdrowotne na paczkach papierosów istnieją obecnie w krajach obejmujących 15% populacji świata [1]. Wg danych z 2010 r. jedynie 19 krajów zdecydowało się na wprowadzenie ostrzeżeń obrazkowych, zawierających fotografie zdrowotnych następstw palenia tytoniu. W Unii Europejskiej należały do nich Belgia, Francja, Łotwa, Malta, Rumunia i Wlk. Brytania, a poza Unią także Albania, Gruzja, Norwegia, Mołdawia, Macedonia, Turcja i Ukraina. We wszystkich innych krajach unijnych i większości europejskich obowiązują ciągle ostrzeżenia tekstowe nieprzekraczające 30% przedniej i 40% tylnej części opakowania papierosów. W Polsce, która w latach 90. miała jedno z największych ostrzeżeń zdrowotnych na paczkach papierosów na świecie i stanowiła wzór do naśladowania dla krajów Unii Europejskiej, propozycja rozporządzenia wprowadzającego obrazkowe ostrzeżenia zdrowotne na paczkach papierosów z aktualnego katalogu Komisji Europejskiej nie została podpisana przez Ministra Zdrowia.

Całkowity zakaz reklamy, promocji i sponsorowania tytoniu należy do najślabiej wprowadzonych w życie i przestrzeganych na świecie. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia z 2010 r. wprowadzono go w krajach, które obejmują jedynie 6% populacji świata. W Unii Europejskiej i pozostałych krajach europejskich sytuacja jest zdecydowanie lepsza. W Unii zakaz ten nie obowiązuje lub

jest nieprzestrzegany jedynie w Austrii, a poza Unią m.in. w Andorze, Armenii, Gruzji, Monako, Rosji i Szwajcarii [1]. Polska była jednym z pierwszych krajów na świecie, w którym wprowadzono łączny zakaz reklamy, promocji i sponsorowania tytoniu [17]. Niestety, nie dotyczył on wszystkich nośników reklamy i promocji wyrobów tytoniowych, był słabo monitorowany, a w ostatnich latach także coraz częściej nieprzestrzegany, w szczególności w punktach sprzedaży.

Kolejnym problemem jest ogromne zróżnicowanie cen na wyroby tytoniowe. Na świecie kompleksową politykę podatkową na wyroby tytoniowe wprowadzono w krajach, w których żyje jedynie 8% ludności. W 2009 r. średnia cena najbardziej popularnej kategorii cenowej papierosów (MPPC) w Unii Europejskiej wahała się od 1,5 euro w Bułgarii do 8,5 euro w Irlandii [18]. W Polsce ceny papierosy w tym czasie należały do najniższych w Unii Europejskiej (1,8 euro wg ceny MPPC). W ostatnich latach, po podwyżkach podatku akcyzowego, średnia cena tanich papierosów w Polsce wzrosła do około 2,4 euro. Generalnie, ceny papierosów w większości krajów starej Unii były znacznie wyższe niż w nowych krajach unijnych. Jedynie na Malcie i Cyprze średnia cena najbardziej popularnych papierosów była porównywalna z ceną papierosów w takich krajach unijnych, jak Hiszpania, Grecja czy Portugalia, gdzie wahała się między 3 a 3,5 euro. Niższe ceny papierosów w tej części Europy, poza Unią kształtujące się na poziomie poniżej jednego euro, wynikają przede wszystkim z niższej stawki podatku akcyzowego na wyroby tytoniowe w nowoprzyjętych lub pozostających poza Unią krajach Europy Środkowo-Wschodniej i Południowej. Zróżnicowanie cen papierosów jest główną przyczyną różnic w częstości palenia w krajach unijnych, a także wpływa na wzrost przemytu papierosów, głównie z kierunku Europy Wschodniej [19].

Priorytety

Pomimo poprawy w ostatnich latach polityki zdrowotnej ograniczającej palenie w krajach unijnych, wiele pozostało jeszcze do zrobienia. Do priorytetowych działań, które obecnie są przedmiotem dyskusji w organizacjach pozarządowych skupionych w European Network for Smoking and Tobacco Prevention lub instytucjach czy stowarzyszeniach naukowo-medycznych tworzących Smoke Free Partnership należą: 1/ wprowadzenie całkowitego zakazu palenia w miejscach publicznych i zakładach pracy, 2/ wprowadzenie dużych obrazkowych ostrzeżeń zdrowotnych na wszystkich sprzedawanych w krajach unijnych opakowaniach tytoniowych, 3/ wprowadzenie ujednoliconych opakowań papierosowych pozbawionych logotypów marek, 4/ poprawa implementacji zakazu reklamy, promocji i sponsorowania tytoniu, 5/ wprowadzenie zakazu ekspozowania produktów tytoniowych w punktach sprzedaży. W celu zmniejszenia konsumpcji tytoniu, a w konsekwencji jej zdrowotnych następstw kluczową sprawą jest także stałe podnoszenie podatków i cen na wyroby tytoniowe ponad poziom inflacji, a także stosowne do potrzeb finansowanie narodowych programów prewencyjnych, kampanii zdrowotnych i badań naukowych. W ramach dyskusji nad nowelizacją unijnej

Dyrektywy dotyczącej produktów tytoniowych postuluje się także wprowadzenie zakazu produkcji i sprzedaży tytoniu bezdymnego, w szczególności „snusu” w większości krajów unijnych, wprowadzenie zakazu dodawania do produktów tytoniowych substancji zwiększających uzależniające właściwości nikotyny oraz ograniczenie dotacji do uprawy tytoniu.

W kwestii zakazu palenia w miejscach publicznych i zakładach pracy należy przede wszystkim dążyć do wprowadzenia w życie propozycji Komisji Europejskiej zawartych w dokumencie Green Paper, w którym – zgodnie z rekomendacjami FCTC – formułuje się strategię ograniczenia palenia tytoniu w krajach unijnych [20]. W jak największej liczbie krajów i miejsc publicznych należy wprowadzić całkowity zakaz palenia, gdyż tylko takie rozwiązanie gwarantuje pełną ochronę zdrowia przed biernym narażeniem na dym tytoniowy w tych miejscach. Podstawą jest zakaz palenia we wszystkich pomieszczeniach zamkniętych miejsc publicznych i zakładów pracy. Natomiast tam, gdzie nie można w chwili obecnej wprowadzić tych regulacji postuluje się prowadzenie kampanii edukacyjnych mających na celu przekonanie zarówno pracodawców, jak i pracowników, aby – jeśli to możliwe – nie instalowali palarni lub kabin dla palących pozostawiając swoje środowisko pracy wolne od dymu tytoniowego.

Opakowania papierosów powinny, zgodnie ze standardem wprowadzonym np. w Australii, Urugwaju czy Brazylii posiadać co najmniej 80% obrazkowe ostrzeżenia zdrowotne z przodu i z tyłu opakowania, numer telefonu dla rzucających palenie oraz informację o średniej zawartości substancji smolistych, nikotyny i tlenu węgla w jednym papierosie danej marki. Należy też wprowadzić zakaz podawania innych od deklarowanych na opakowaniach tytoniowych informacji o zawartości ww. substancji.

Wygląd wszystkich opakowań papierosów powinien ulec ujednoliceniu. Powinny być drukowane w jednym kolorze (np. oliwkowym jak w Australii) lub pozostać czarno-białe i we wszystkich krajach unijnych zawierać takie same ostrzeżenia zdrowotne oparte na katalogu przygotowanym na zlecenie Komisji Europejskiej przez instytucje badawcze. Obecnie trwają prace nad przygotowaniem nowego katalogu ostrzeżeń unijnych. Opakowania papierosów nie mogą natomiast zawierać logotypów firm lub marek tytoniowych, a jedynie nazwę marki papierosów. Należy ponadto zmobilizować agendy rządowe, organizacje społeczne i opinię publiczną na wypadek zaskarżenia sądowego przez przemysł tytoniowy decyzji o ujednoliceniu opakowań papierosowych. Przypadek taki miał miejsce w Australii, gdzie po raz pierwszy na świecie wprowadzono ujednolicone paczki papierosów. Na szczęście Sąd Najwyższy Australii odrzucił skargę koncernów tytoniowych uznając, że ustawa rządu australijskiego wprowadzająca ujednolicone opakowania nie narusza prawa konstytucyjnego.

Innym koniecznym elementem polityki ograniczającej palenie tytoniu w Unii Europejskiej powinno być wprowadzenie zakazu eksponowania wyrobów tytoniowych w punktach sprzedaży. W Unii Europejskiej wymagałoby to nowelizacji

Dyrektywy 2003/33/EC dotyczącej reklamy i sponsorowania wyrobów tytoniowych lub wprowadzenia stosownych zmian w krajowych przepisach ustawodawczych większości krajów unijnych. Jak dotąd regulacje te wprowadzono w pięciu krajach na świecie, tj. w Australii, Kanadzie, Irlandii, Islandii i Norwegii [1]. Opakowania papierosów są tam niewidoczne dla klienta, dostępne np. tylko w zamkniętych szufladach. W Norwegii przepisy te zostały zaskarżone przez koncern tytoniowy Philip Morris International Inc. do sądu EFTA, jednak pozew przemysłu tytoniowego został oddalony.

Od czasu, kiedy w Unii Europejskiej zakazano sprzedaży papierosów oznaczanych napisami „light” lub „mild” oraz zobligowano przemysł tytoniowy do przedstawiania listy substancji dodawanych do tytoniu i wyrobów tytoniowych w trakcie uprawy i produkcji, kolejnym krokiem w polityce ograniczającej zdrowotne następstwa używania wyrobów tytoniowych jest wprowadzenie zakazu dodawania do tytoniu substancji wzmacniających uzależnienie od tytoniu lub atrakcyjność wyrobów tytoniowych. Najnowszy raport Niemieckiego Centrum Badań nad Rakiem w Heidelbergu wskazuje, że w wyrobach tytoniowych znajduje się wiele tego rodzaju substancji [21].

Wzrostowi konsumpcji tytoniu bezdymnego, obserwowanego przede wszystkim wśród nastolatków i młodych dorosłych w krajach Unii Europejskiej mógłby natomiast przeciwdziałać zakaz produkcji i sprzedaży tego rodzaju produktów tytoniowych. W pierwszej kolejności postuluje się utrzymanie obecnego zakazu produkcji i sprzedaży „snusu” w innych, poza Szwecją, krajach unijnych. W niektórych z nich należałoby od początku wprowadzić całkowity zakaz produkcji i sprzedaży bezdymnych wyrobów tytoniowych, w innych poszerzyć tylko istniejące obostrzenia. W Polsce dotyczyłoby to zakazu produkcji i sprzedaży tabaki, która pod koniec lat 90. została wyłączona z zakazu obejmującego wszystkie bezdymne produkty tytoniowe, a dzisiaj jest coraz częściej – mimo zakazu – reklamowana i promowana, także na imprezach, w których biorą udział dzieci..

Nowym problemem jest także rosnący marketing tzw. e-papierosów (lub papierosów elektronicznych)². Z informacją na ich temat spotkało się 27% mieszkańców Unii Europejskiej, a 7% próbowało ich używać [2]. W niektórych krajach, np. Australii zabroniono ich sprzedaży. W Unii Europejskiej sprzedawane są m.in. w Finlandii, Holandii, Polsce, Szwecji i Wielkiej Brytanii. Większość e-papierosów zawiera nikotynę, jest więc niczym innym jak nowym sposobem jej dostarczania do organizmu. Czyli może powodować lub utrzymywać uzależnienie od tej substancji psychoaktywnej, a nie, jak sugerują często sprzedawcy e-papierosów, być skutecznym środkiem odwykowym. Nie ma na to jak dotąd żadnych dowodów [22]. W żadnym kraju nie zarejestrowano ich też jako środek

² Wg Światowej Organizacji Zdrowia typowy papieros elektroniczny jest wykonany ze stali nierdzewnej, posiada komorę z płynną nikotyną o różnych stopniach stężenia, jest zasilany baterią pozwalającą na wielokrotne ładowanie, a z wyglądu przypomina prawdziwy papieros. Papieros ten nie wytwarza dymu, lecz parę, która jest wchłaniana do płuc.

[apps.who.int/iris/bitstream/10665/75811/1/FCTC_COP5_13-en.pdf].

lecniczy. Dlatego wydaje się rzeczą zasadną, co sugeruje Światowa Organizacja Zdrowia, aby zakazano rozpowszechnienia nieuzasadnionych informacji o działaniu leczniczym tych produktów [23].

Część z ww. priorytetów polityki ograniczającej palenie tytoniu w Unii Europejskiej stała się przedmiotem niedawnej debaty w trakcie nowelizacji Dyrektywy Komisji Europejskiej 2001/37/EC dotyczącej produkcji, prezentacji i sprzedaży wyrobów tytoniowych. W 2011 r. zakończył się proces konsultacji propozycji nowej Dyrektywy w gremiach rządowych, a w 2012 r. rozpoczęła dyskusja na jej temat w instytucjach unijnych. Niestety, w wyniku działań koncernów tytoniowych prace te w ostatnim czasie uległy spowolnieniu. Kluczowym działaniem mającym na celu wyeliminowanie tych wpływów byłoby zastosowanie się Komisji Europejskiej, Parlamentu Europejskiego, innych instytucji unijnych, a także krajowych agend rządowych i ustawodawczych do wytycznych artykułu 5.3 FCTC, który rekomenduje wykluczenie przemysłu tytoniowego z debaty nad polityką ograniczającą palenie tytoniu, gdyż jest to w konflikcie z jego interesem.

Plan działania

Osiągnięcie ww. celów wymaga opracowania i wprowadzenia w życie co najmniej kilku działań zaradczych. Do najważniejszych z nich należy: 1/ przyjęcie wspólnej platformy działań przez organizacje pozarządowe, 2/ podjęcie stałej współpracy i współdziałanie z rządami krajowymi i europosłami z poszczególnych krajów, 3/ współdziałanie z tymi krajami spoza Unii Europejskiej, które mają duży wpływ na politykę zdrowotną na świecie, 4/ wspieranie krajów, które nie ratyfikowały jeszcze FCTC lub mają problemy z implementacją jej zapisów, 5/ rozpoczęcie debaty nad wprowadzeniem w życie art. 5.3 FCTC, 6/ promowanie dobrych praktyk w zakresie polityki i programów ograniczających palenie, a w obecnej sytuacji ekonomicznej także 7/ wpisanie tych działań w politykę zmniejszania różnic zdrowotnych i społeczno-ekonomicznych w Unii Europejskiej.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011. Warnings about the dangers of tobacco*. World Health Organization, Geneva 2011
2. European Commission – Eurobarometer 385. *Attitudes of Europeans Towards Tobacco*. European Commission, Brussels, May 2012. Dostępne w Internecie na: http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012
3. http://ec.europa.eu/health/tobacco/policy/index_en.htm
4. Zatoński W., Przewoźniak K., Sulkowska U., West R., Wojtyła A. *Tobacco smoking in countries of the European Union*. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2012; 19(2):181-192
5. Peto R., Lopez A.D., Boreham J., Thun M. *Mortality from smoking in developed countries, 1950-2010*. Oxford: Clinical Trial Service Unit and Epidemiological Studies Unit, University of Oxford, 2012. Dostępne na stronie internetowej: <http://www.ctsu.ox.ac.uk/research/mega-studies/mortality-from-smoking-in-developed-countries-1950-2010/mortality-from-smoking-in-developed-countries-1950-2010>

6. The Aspect Consortium. *Tobacco or Health in the European Union – past, present and future*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Commission, 2004
7. Zatoński W., Mańczuk M., Sulkowska U. oraz zespół projektu HEM. *Wyrównanie różnic zdrowotnych w Unii Europejskiej. Czynniki ryzyka: palenie tytoniu*. Centrum Onkologii-Instytut, Warszawa 2008.
8. Zatoński W., Przewoźniak K., Sulkowska U., Mańczuk M., Gumkowski J. *Palenie tytoniu w populacji mężczyzn i kobiet w Polsce w latach 1974-2004*. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2009; 7(2): 4-11.
9. Hublet A., Schmid H., Clays E., Godeau E et al. *Association between tobacco control policies and smoking behaviour among adolescents in 29 European countries*. *Addiction* 2009; 104(11):1918-1926.
10. Baska T., Sovinová H., Nemeth A., Przewoźniak K., Warren CW., Kavcová E.; Czech Republic, Hungary, Poland and Slovakia GYTS Collaborative Group. *Findings from the Global Youth Tobacco Survey (GYTS) in Czech Republic, Hungary, Poland and Slovakia – smoking initiation, prevalence of tobacco use and cessation*. *Social Preventive Medicine* 2006;51(2):110-6.
11. *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. World Health Organization, Geneva 2009
12. World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control. Guidelines for Implementation*. World Health Organization, Geneva 2011
13. http://www.who.int/fctc/signatories_parties/en/
14. Joossens L., Raw M. *The Tobacco Control Scale 2010 in Europe*. Association of European Cancer Leagues, Brussels 2010. Dostępne na stronie internetowej:
http://www.ensp.org/sites/default/files/TCS_2010_in_Europe_FINAL.pdf
http://www.ensp.org/sites/default/files/TCS_2010_in_Europe_FINAL.pdf
15. World Health Organization. *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments*. World Health Organization, Geneva 2009
16. <http://www.smokefreepartnership.eu/smokefreemap>
17. Zatoński W. *Democracy and Health. Tobacco Control in Poland*. In: de Beyer J., Brigden LW, eds. *Tobacco Control Policy. Strategies, Successes and Setbacks*. The World Bank, Washington, DC 2003:97-120.
18. Bogdanovica I., Murray R., McNeill A., Britton J. *Cigarette price, affordability and smoking prevalence in the European Union*. *Addiction* 2011; 107(1):188-196
19. Joossens L., Raw M. A. *From cigarette smuggling to illicit tobacco trade*. *Tobacco Control* 2012; 21(2):230-234
20. European Commission. *Green Paper. Towards a Europe free from tobacco smoke: policy options at EU levels*. COM(2007) 27 final. Directorate-General Health and Consumer Protection, Brussels 2007.
21. German Cancer Research Center (DKFZ). *Additives in Tobacco Products: Contribution of Carob Bean Extract, Cellulose Fibre, Guar Gum, Liquorice, Menthol, Prune Juice Concentrate and Vanillin to Attractiveness, Addictiveness and Toxicity of Tobacco Smoking*. Heidelberg: DKFZ 2012
22. European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP). *European Smoking Cessation Guidelines. ENSP QS*. ENSP: Brussels 2012
23. World Health Organization. *Electronic nicotine delivery systems, including electronic cigarettes. Report by the Convention Secretariat*. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Fifth session Seoul, Republic of Korea, 12–17 November 2012. FCTC/COP/5/13, 18 June 2012. Dostępne w Internecie na:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75811/1/FCTC_COP5_13-en.pdf.
24. World Health Organization. *Tobacco industry interference with tobacco control*. Geneva: WHO – Tobacco Free Initiative 2009

Streszczenie

Nowoczesna polityka zdrowotna ograniczająca zdrowotne i społeczno-ekonomiczne następstwa palenia tytoniu w krajach unijnych powinna być oparta na rekomendacjach i wytycznych Ramowej Konwencji ds. Ograniczenia Palenia Tytoniu (FCTC) ratyfikowanej przez prawie wszystkie kraje UE. Zalecenia FCTC powinny być w zharmonizowany sposób wprowadzone w najbliższym czasie w jak największej liczbie państw unijnych. Do priorytetowych działań, które obecnie są przedmiotem dyskusji w instytucjach unijnych i organizacjach zdrowotnych w ramach Tobacco Products Directive (TPD) należą: 1/ wprowadzenie całkowitego (bez palarni i kabin dla palących) zakazu palenia w miejscach publicznych i zakładach pracy, 2/ wprowadzenie 80% ostrzeżeń zdrowotnych na wszystkich sprzedawanych w krajach unijnych opakowaniach tytoniowych wraz z informacją o numerze Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym i zawartości substancji smolistych, nikotyny i tlenku węgla (w najbliższej perspektywie czasowej), 3/ wprowadzenie ujednoliconych opakowań papierosowych pozbawionych logotypów marek (w dalszej perspektywie czasowej), 4/ poprawa implementacji zakazu reklamy, promocji i sponsorowania tytoniu, 5/ wprowadzenie zakazu eksponowania produktów tytoniowych w punktach sprzedaży. Kluczową sprawą jest stałe podnoszenie podatków i cen na wyroby tytoniowe ponad poziom inflacji, a także stosowne do potrzeb finansowanie narodowych programów prewencyjnych, kampanii zdrowotnych i badań naukowych. Postuluje się także wprowadzenie zakazu produkcji i sprzedaży tytoniu bezdymnego, w szczególności „snusu” w większości krajów unijnych, wprowadzenie zakazu dodawania do produktów tytoniowych substancji zwiększających uzależniające właściwości nikotyny ograniczenie dotacji do uprawy tytoniu oraz ograniczenie lobbingu firm tytoniowych w instytucjach parlamentarnych i rządowych, zacieśnienie wielosektorowej współpracy w dziedzinie „tobacco control”, promowanie dobrych praktyk w tym zakresie oraz, co jest bardzo ważne w czasie kryzysu, na skupieniu działań w tych obszarach, które wymagają natychmiastowych zmian.

Słowa kluczowe

zwalczanie palenia tytoniu, Unia Europejska

Abstract

Modern health policy reducing health and socio-economic consequences of tobacco smoking in the countries of the European Union should be based on recommendations and guidelines provided by the WHO FCTC (Framework Convention on Tobacco Control) that has been ratified by almost all the EU countries. The recommendations of the FCTC should be implemented in a harmonious way in the greatest number of the EU states and as soon as possible. Priority activities now under discussion in the EU institutions and health organizations

within the framework of TPD Tobacco Products Directive include: 1) introduction of a complete ban (without smoking rooms and cabins for smokers) on tobacco smoking in public places and work places, 2) introduction of 80% health warnings on all cigarette packages sold in the EU countries, together with information on the phone number to Telephone Helpline for Smokers and tar, nicotine and carbon monoxide contents (in the nearest future), 3) introduction of uniform packages without brand logo (in a more distant future), 4) improvement of implementation of a ban on advertising, promotion and sponsoring of tobacco, 5) introduction of a ban on presentation of tobacco products in retail outlets. Raising taxes and prices of tobacco products over inflation level is of vital importance, as is financing, adequate to the needs, of national prevention programmes, health campaigns and scientific research. Other postulates include a ban on production and sales of smoke-less tobacco, especially 'snus' in the majority of the EU countries, a ban on supplementing tobacco products with substances increasing the addictive quality of nicotine, limitation of state subsidy for tobacco growing, curbing of tobacco companies lobbying in parliamentary and government institutions, strengthening of multilateral cooperation in the sphere of "tobacco control", promotion of good practices in this respect and – which is very important now at the time of crisis – concentration of efforts in the areas that demand instant changes.

Keywords

tobacco smoking control, European Union

Krzysztof Przewoźniak, socjolog medycyny. Pracuje w Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie. Jest zastępcą dyrektora WHO Collaborating Centre i dyrektorem naukowym Fundacji Promocja Zdrowia. Ekspert Światowej Organizacji Zdrowia.

Joanna Skowron

Realizacja rządowego Programu ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce w latach 2010-2011

Cele i wyzwania na przyszłość

Główny Inspektorat Sanitarny

Pod koniec lat 80. XX wieku Polacy stanowili jedną z intensywniej palących populacji w Europie. Wiedza naukowa na temat skutków zdrowotnych palenia, o których już wiele mówiło się w Europie zachodniej, nie docierała do krajów Europy środkowo-wschodniej. Konsekwencją tego była niska świadomość szkód zdrowotnych wynikających z używania tytoniu. Po transformacji, w latach 90. organizacje działające na rzecz zdrowia publicznego rozpoczęły w tej części Europy batalię na rzecz powstrzymania skutków palenia. W Polsce, w 1995 roku powstała pierwsza ustawa ograniczająca użycie tytoniu w miejscach publicznych

Sytuacja epidemiologiczna w Polsce

Pomimo faktu, że przez ostatnie kilkadziesiąt lat liczba palących osób dorosłych w Polsce radykalnie zmniejszyła się, dane dotyczące skali palenia nadal niepokoją. Wyniki ogólnopolskiego badania gospodarstw domowych z 2010 roku pt: „Globalne badanie dotyczące używania tytoniu przez osoby dorosłe” wskazują, że codziennie pali tytoń 33,5% dorosłych mężczyzn i 21% dorosłych kobiet (łącznie 27% dorosłych osób). Okazjonalnie tytoń pali 3,3% dorosłych Polaków. Ogółem obecnie pali – okazjonalnie lub codziennie – 30,3% dorosłych Polaków. To prawie 12 mln mieszkańców naszego kraju. Ponadto, aż 48% palących Polaków zadeklarowało, że pali w obecności dzieci, a 27% kobiet przyznało się, że używa tytoniu lub palono w ich obecności. Blisko 100 tys. dzieci rodzi się co roku, będąc narażonymi przez 9 miesięcy ciąży na działanie substancji chemicznych zawartych w dymie tytoniowym. (1)

Według badań zachowań zdrowotnych młodzieży z 2010 roku próbę palenia podjęło 13,1% młodzieży 11-12 letniej, 32,2% młodzieży 13-14 letniej, 54,4% młodzieży 15-16 letniej. (2) Z badań Instytutu Matki i Dziecka wynika, że 18% młodzieży w wieku 17-18 lat pali codziennie, z czego 17,5% stanowią uczniowie liceów ogólnokształcących i aż 50% uczniowie zasadniczych szkół zawodowych.(3)

Podstawa prawna realizacji Programu

Podstawą prawną do opracowania rządowego Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce. Cele i zadania na lata 2010-2013 był artykuł 4 ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55, z późn. zm.), stanowiący m.in. o tym, że Rada Ministrów ustala program określający politykę zdrowotną, społeczną i ekonomiczną, zmierzający do zmniejszenia używania wyrobów tytoniowych, a także o tym, że program ten finansowany jest z budżetu państwa w wysokości 0,5% wartości podatku akcyzowego od wyrobów tytoniowych.

Realizacja Programu w latach 2010-2011

Program na lata 2010-2013 jest kontynuacją Programu polityki zdrowotnej i społeczno-ekonomicznej prowadzącej do zmniejszenia konsumpcji tytoniu. Zamierzenia na lata 1997-2000 oraz Programu ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu na lata 2002-2006 i Programu ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce. Cele i zadania na lata 2007-2008. Cele oraz zadania przedstawione w Programie na lata 2010-2013 opracowano na podstawie wieloletnich badań epidemiologicznych dotyczących postaw wobec tytoniu, a także zapadalności na choroby odtytoniowe ludności w Polsce. Głównym celem Programu jest zmniejszanie zachorowań, inwalidztwa i zgonów wynikających z palenia tytoniu (choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe, nienowotworowe choroby układu oddechowego, zgony niemowląt) przez zmniejszenie ekspozycji na dym tytoniowy, zaś cele szczegółowe zakładają m.in. zwiększenie odsetka osób, które nigdy nie wypaliły papierosa, zwiększenie odsetka ludzi porzucających nałóg, a także zmniejszenie odsetka dzieci i młodzieży inicjujących palenie oraz zmniejszenie odsetka osób narażonych na wymuszoną ekspozycję na dym tytoniowy. (4)

Program na lata 2010-2013 zawiera 10 zadań, za których realizację odpowiadają Ministerstwa: Zdrowia, Edukacji Narodowej, Sportu i Turystyki, Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Finansów, Spraw Wewnętrznych, Obrony Narodowej oraz instytuty naukowo-badawcze: Centrum Onkologii i Medycyny Pracy, a także Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Narodowy Fundusz Zdrowia i Państwowa Inspekcja Sanitarna. Zgodnie z decyzją Ministra Zdrowia koordynacją Programu od 2007 roku zajmuje się Główny Inspektor Sanitarny, który w celu usprawnienia realizacji zadań powołał w Departamencie Promocji Zdrowia, Biostatystyki i Analiz, Wydział Profilaktyki Palenia Tytoniu. Od 2010 roku Główny Inspektor Sanitarny jest również członkiem i wiceprzewodniczącym Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce. Zespół jest organem pomocniczym Rady Ministrów, a do jego zadań należy zapewnienie warunków optymalnej współpracy między urzędami organów administracji publicznej oraz pozostałymi podmiotami uczestniczącymi w realizacji Programu, w tym uzgadnianie zakresu i kosztów realizowa-

nych zadań, a także uzgadnianie zmian w projekcie Programu, opracowywanie i akceptowanie projektów raportów dla Rady Ministrów i Sejmu Rzeczypospolitej. (5, 6)

Program jest wypełnieniem zobowiązań zawartych w Ramowej Konwencji WHO o ograniczeniu użycia tytoniu, którą Polska ratyfikowała w 2006 roku. (7) Konwencja nakłania kraje członkowskie do zintensyfikowania działań na rzecz ograniczenia „epidemii tytoniowej”, poprzez m.in. prowadzenie polityki fiskalnej zmierzającej do podniesienia podatków, które w istotny sposób wpływają na podniesienie cen papierosów (podatek akcyzowy), ograniczając tym samym popyt wśród grup szczególnie czułych na te zmiany, tj. najbiedniejszych, dzieci oraz młodzieży.

Ekonomiczne i administracyjne regulowanie konsumpcji tytoniu jest istotnym elementem polityki zdrowotnej państwa. Polska sukcesywnie podnosi podatek akcyzowy na wyroby tytoniowe, który w rezultacie kształtuje wzrost cen papierosów. W roku 2011 całkowity wzrost akcyzy na papierosy wyniósł 4%. (8) Do 2018 roku Polska zobowiązana jest zwiększyć minimalną wysokość podatku akcyzowego na wszystkie papierosy do 90 EURO na 1000 sztuk papierosów. (9)

Palenie papierosów jest przyczyną prawie połowy przedwczesnych zgonów mężczyzn w średnim wieku w Polsce. Żaden inny pojedynczy czynnik nie ma tak istotnego i negatywnego wpływu na stan zdrowia Polaków jak palenie tytoniu. W związku z tym, działania w Programie, podobnie jak w latach poprzednich, koncentrują się na podejmowaniu wielopłaszczyznowych działań edukacyjnych zmierzających do ograniczenia palenia tytoniu oraz propagujących zdrowy styl życia w najmłodszych grupach społecznych. W tym celu, wspólnie z najlepszymi ekspertami zdrowia publicznego w Polsce, Główny Inspektorat Sanitarny wdrożył programy edukacyjne: Czyste powietrze wokół nas, skierowany do dzieci w wieku 5-6 lat, ich rodziców oraz opiekunów, Nie pal przy mnie, proszę, skierowany do uczniów klas I-III szkół podstawowych oraz Znajdź właściwe rozwiązanie, skierowany do uczniów starszych klas szkół podstawowych i gimnazjów.

Ponadto, corocznie Główny Inspektorat Sanitarny wraz z partnerami przygotowuje kampanie społeczne i medialne mające na celu zatrzymanie „epidemii tytoniowej” w Polsce. Do najgłośniejszych z nich należą: Światowy Dzień bez Tytoniu obchodzony 31 maja każdego roku i Światowy Dzień Rzucania Palenia, zgodnie z tradycją obchodzony w trzeci czwartek listopada. Podczas tych dni organizowane są imprezy dla społeczności lokalnych w całym kraju, a także wyświetlane są spoty telewizyjne nt. skutków zdrowotnych palenia tytoniu oraz jak to miało miejsce w ostatnich dwóch latach, informujące o wejściu w życie nowelizacji „ustawy antytytoniowej” oraz o strefach objętych zakazem palenia.

Głównymi wykonawcami działań w zakresie edukacji zdrowotnej, w tym działań w ramach profilaktyki tytoniowej jest Państwowa Inspekcja Sanitarna, działająca na podstawie ustawy z dnia 14 marca 1985 o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011, Nr 212, poz. 1263, z późn. zm.), zgodnie z którą re-

alizuje zadania z zakresu zdrowia publicznego, w tym między innymi inicjuje, koordynuje i realizuje działania w obszarze oświaty zdrowotnej.⁽¹⁰⁾ Państwowa Inspekcja Sanitarna to grupa blisko 18 tys. ludzi, z których ponad 600 osób to specjaliści promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, odpowiadający w swoich regionach za prawidłową realizację przyjętych w Programie celów.

Istotną rolę w realizacji zadań edukacyjnych mających na celu ograniczenie skutków zdrowotnych palenia tytoniu są działania podejmowane przez Ministerstwa: Obrony Narodowej oraz Spraw Wewnętrznych, które z racji swojej misji bardzo prężnie działają w środowisku żołnierzy zawodowych oraz funkcjonariuszy służby więziennej i ich rodzin. Należy również podkreślić, że instytucje te w latach 2010-2011 wniosły swój wkład finansowy w realizację Programu.

Kolejnym ważnym elementem, będącym realizacją Konwencji WHO, jest udoskonalenie systemu prawnego regulującego zachowania konsumentów i działania przedsiębiorców obecnych na rynku wyrobów tytoniowych. W roku 2010 wprowadzono przygotowywaną przez wiele lat nowelizację ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych, która w porównaniu z jej poprzedniczką znacznie ograniczyła możliwość palenia tytoniu w miejscach publicznych, w szczególności dotyczy to szpitali, przychodni zdrowia, szkół, przystanków autobusowych, zakładów pracy oraz innych miejsc użyteczności publicznej. W szkołach i szpitalach palenie zabronione jest na całym terenie placówek. Jest to ogromny postęp w zakresie ochrony zdrowia. W zaledwie kilka dni, w znacznym stopniu uwolniono miejsca publiczne od toksycznego i rakotwórczego działania dymu tytoniowego. W przypadku obiektów sportowych narażenie na dym środowiskowy spadło aż o 72%, w restauracjach o 8%, barach i pubach o 49%, zakładach pracy o 37%, a na przystankach komunikacji publicznej o 33%. Przy czym dzięki wcześniejszym kampaniom społecznym realizowanym m.in. w ramach Programu, ludzie w znacznym stopniu poparli nowe, ostrzejsze prawo i nie miało tu znaczenia czy były to osoby palące, czy też nie (odpowiednio 68% i 84%).⁽¹¹⁾

Nadal jednak jest jeszcze wiele do zrobienia. Zgodnie z wytycznymi WHO należy bowiem uwolnić wszystkie przestrzenie publiczne od dymu tytoniowego i przy odpowiednich regulacjach prawnych jest to jak najbardziej możliwe. Niezbędnym wydaje się również odpowiednie oznakowanie ostrzeżeniami obrazkowymi paczek papierosów. Wiele krajów skorzystało już tego rozwiązania i jak wskazują raporty WHO, takie rozwiązania wpływają korzystnie na ograniczenie odsetka osób inicjujących palenie tytoniu. Także świadczenia w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia powinny należeć do priorytetów podejmowanych w ramach Programów. Jednak zważywszy na coraz mniejszy zasięg tych świadczeń (w 2011 roku świadczeniami objęto tylko 262 osób) oraz kurczącą się liczbą poradni specjalistycznych świadczących pomoc pacjentom chcącym zerwać z nałogiem, należy pilnie podjąć działania zmierzające do poprawy sytuacji w tym obszarze. Także funkcjonowa-

nie Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym jest niezbędnym ogniwem prawidłowo realizowanej polityki w zakresie pomocy uzależnionym od tytoniu.

Bardzo wąski charakter interwencji ograniczający się głównie do kilku programów edukacyjnych skierowanych do najmłodszej populacji oraz sporadycznych, krótkoterminowych kampanii medialnych, to zdecydowanie za mało, jak na realizację ustawowego zobowiązania rządu. Zwłaszcza, że zgodnie z ustawą z dnia 9 listopada 1995 roku o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, na realizację Programu winniśmy jako kraj przeznaczać 0,5% wartości podatku akcyzowego od wyrobów tytoniowych. Wartość ta zgodnie z informacją przekazaną przez Ministerstwo Finansów w roku 2011 wyniosła 84 mln złotych. Z danych przedstawionych w sprawozdaniu z realizacji Programu za 2011 rok wynika jasno, że łącznie na realizację 10 zadań programowych, przeznaczono 915 551,97 złotych.

Wnioski i wyzwania na przyszłość

W tej chwili, z uwagi na fakt, że realizacja Programu na lata 2010-2013 dobiega końca, nadszedł czas, by dotychczasowe doświadczenia związane z zarządzaniem Programem, realizacją oraz finansowaniem zadań, wykorzystać przy przygotowaniu projektu na lata 2014-2018. Już dziś widać ogromne zaangażowanie organizacji pozarządowych oraz rządowych (w tym Najwyższej Izby Kontroli) w egzekwowaniu stosownego 0,5% z akcyzy na Program i zapewnienie właściwej koordynacji i realizacji zadań przewidzianych w Programie. Już podczas prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej w 2011 roku powstały konkluzje Rady UE w sprawie zmniejszania różnic zdrowotnych w UE poprzez zorganizowane działania na rzecz promowania zdrowego stylu życia, które wzywają kraje członkowskie do umacniania i kontynuowania działań wspierających zdrowy styl życia, w tym m.in. promocję skutecznego ograniczenia użycia tytoniu.

Na forum Unii Europejskiej dostrzega się konieczność powiązania zdrowia ze wzrostem gospodarczym. Zdecydowanie większy nacisk należy kłaść na profilaktykę chorób oraz promocję zdrowia, a także opracowanie skutecznych mechanizmów współpracy pomiędzy różnymi sektorami np.: zdrowia, edukacji, sportu, rolnictwa, środowiska, polityki społecznej, finansów i infrastruktury.

Należy zatem wprowadzić tematykę zdrowia do wszystkich resortów i polityk, w tym celu można wykorzystać już istniejącą strukturę Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce, bowiem palenie tytoniu i powodowane nim choroby oraz przedwczesna umieralność, stanowią w Polsce podstawową barierę dystansującą nas od pozostałych krajów starej Europy. W 2000 roku 38% wszystkich zgonów mężczyzn w wieku 35-69 lat miało miejsce w związku z paleniem tytoniu. (12)

Pod uwagę należy wziąć również trendy związane ze starzeniem się społeczeństw oraz wyrównywaniem nierówności w zdrowiu, które w ostatnim czasie zbliżyły Polskę do pozostałych krajów Unii Europejskiej. Według danych Euro-

statu i Komisji Europejskiej średni wiek mieszkańca Unii Europejskiej wynosi 39,8 lat. W roku 2060 wiek ten wyniesie już 47,2 lata. Osoby w wieku 65 lat lub starsze będą wtedy stanowiły prawie 30% ludności Unii Europejskiej. Zgodnie z prognozami w 2060 roku na każdą osobę w wieku produkcyjnych będą przypadały dwie osoby starsze. Starzejące się społeczeństwa Europy stanowią wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia, w tym zapewnienia odpowiednich standardów i jakości życia dla osób przechodzących na emeryturę.

Palenie tytoniu związane jest z bardzo wysokimi kosztami leczenia. Leczenie osób palących kosztuje państwo średnio 30% więcej niż leczenie osób niepalących. Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia koszty opieki zdrowotnej związane z leczeniem chorób odtyniowych wyniosły w roku 2004 około 18 mld złotych, z czego 10 mld złotych kosztowało leczenie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP). Poza kosztami leczenia skutków palenia, szacuje się, że w tym samym roku straty w produktywności i zatrudnieniu wyniosły 15 mld złotych. Choroby przewlekłe, zawodowe, obrażenia oraz nierówności w zdrowiu, mogą zdaniem WHO, przyczynić się do zmniejszenia Produktu Krajowego Brutto (PKB) o 7,4% do 14,17% w zależności od kraju.

Jednym z podstawowych wyzwań, zważywszy na założony przez Polskę do osiągnięcia do 2020 roku poziom zatrudnienia osób w wieku 20-64 lat, jest podjęcie działań na rzecz poprawy stanu zdrowia mieszkańców Polski. Zły stan zdrowia w latach 2000-2009 stanowił jedną z podstawowych przyczyn pozostawania bez pracy osób w wieku produkcyjnym. W II kwartale 2011 roku aktywnych zawodowo było w Polsce tylko 56% osób w wieku produkcyjnym.

W roku 2009 największe wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy generowały choroby układu krążenia (16,5% wszystkich wydatków), zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (15,6%) oraz choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (12,6%). W związku z powyższym oraz zgodnie z myślą, że lepiej zapobiegać niż leczyć (na pewno taniej), należy dołożyć wszelkich starań, by zintensyfikować wszelkie działania międzyresortowe na rzecz zdrowia publicznego, w tym w szczególności działania zmierzające do utrzymania i poprawy stanu zdrowia mieszkańców Polski już od najmłodszych lat ich życia. Dlatego poza znacznym zwiększeniem finansowania Programu ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce w następnych latach realizacji, należy zaktywizować do działania również pozostałych Partnerów Programu (w tym w szczególności ministerstwa i instytucje rządowe), by oprócz działań statutowo łączących ich z realizacją Programu, planowały swą polityką w oparciu najaktualniejsze dowody naukowe, a także w odniesieniu do najlepszych praktyk podejmowanych w zdrowiu publicznym. Należy pamiętać, że zdrowie, to nie tylko problem ministra zdrowia. Bez zdrowia nie jesteśmy w stanie pełnić ról społecznych i zawodowych, co prowadzi do dezorganizacji życia społecznego, przyczyniając się do pogłębiania kryzysów, w tym np. kryzysów gospodarczych i społecznych.

Przygotowując nowy projekt Programu rządowego należy zatem zwrócić szczególną uwagę na to, by działania, które będą podejmowane w następnych latach, sprzyjały poprawie zdrowia Polaków, a także sprzyjały podejmowaniu przez społeczeństwo wysiłku na rzecz wzmacniania zdrowia własnego oraz zdrowia swoich najbliższych.

Wydaje się również konieczne kontynuowanie działań na rzecz pełnego uwolnienia przestrzeni publicznej od dymu tytoniowego, w tym dalsze zaostrzanie prawa zakazującego palenia tytoniu oraz reklamowania i promowania wyrobów tytoniowych. Te działania oprócz ochrony przed wymuszoną ekspozycją na dym środowiskowy, mogą sprzyjać wyeliminowaniu tytoniu z życia publicznego, w tym znacznego ograniczenia działań marketingowych przemysłu tytoniowego, które bezpośrednio wpływają na podejmowanie przez młodzież decyzji o rozpoczęciu palenia. Z badań przeprowadzonych na zlecenie Głównego Inspektoratu Sanitarnego w 2011 roku wynika, że 19% palących mężczyzn oraz 12% palących kobiet spotkało się z różnymi formami promocji wyrobów tytoniowych w miejscach sprzedaży, a odpowiednio 17% i 12% ze sprzedażą papierosów po promocyjnej cenie. Ogółem z różnymi formami reklamy i promowania wyrobów tytoniowych zetknęło się 43% palących mężczyzn, 32% palących kobiet, 31% niepalących mężczyzn i 24% niepalących kobiet. W pierwszej kolejności należy przystąpić do prac związanych z wprowadzeniem w Polsce, planowanych już od dawna, ostrzeżeń obrazkowych na paczkach papierosów (tzw. pictorial health warnings). Zgodnie z badaniami przeprowadzanymi przez WHO, wprowadzenie tych ostrzeżeń, w zdecydowany sposób ogranicza użycie tytoniu, w szczególności przez osoby młode, dla których paczka papierosów przestaje być silnym bodźcem, nakłaniającym do rozpoczęcia palenia, tym samym ukazując młodemu człowiekowi samo palenie, jako nieatrakcyjne. Przepisy takie wprowadziły już 42 kraje.

Działaniom legislacyjnym powinny towarzyszyć długoterminowe i intensywne kampanie medialne i społeczne mówiące o skutkach zdrowotnych czynnego i biernego palenia, gdyż np. środowisko domowe, gdzie narażenie na dym środowiskowy jest w Polsce nadal bardzo wysokie, pozostaje niedostępne regulacjom prawnym. Wielopłaszczyznowe działania edukacyjne już od najmłodszych lat, mogą wpłynąć korzystnie na zmianę zachowań i postaw domowników, a także przyczynić się do znacznej redukcji osób palących oraz tych narażanych na bierne palenie.

Ważnym elementem polityki antytytoniowej realizowanej w ramach Programu jest polityka fiskalna, w tym sukcesywne podnoszenie podatku akcyzowego na wyroby tytoniowe. Doświadczenia wielu krajów dowodzą, że wysoka cena papierosów jest silnym czynnikiem ograniczającym konsumpcję tytoniu. Według danych raportu Ekonomiczne aspekty palenia tytoniu i opodatkowania wyrobów tytoniowych w Polsce zwiększenie średniego podatku akcyzowego do 9,76 złotych na paczkę papierosów spowodowałoby rzucenie palenia przez 618 tys.

dorosłych i zniechęciłoby 215 tys. młodych ludzi do rozpoczynania palenia, co w rezultacie ograniczyłoby odsetek przedwczesnych zgonów w Polsce o 7,2%. Co więcej, w sposób istotny zwiększyłoby to dochody Państwa z tytułu podatku akcyzowego o 7,1 mld złotych, co stanowiłoby wzrost dochodu z tego podatku o 41,4%. Podkreślić należy, że wydatki na zakup wyrobów tytoniowych stanowiły i nadal stanowią jeden z głównych czynników pogłębiania problemów społecznych w grupie o niskich dochodach. Badania wykazały, że wydatki związane z paleniem tytoniu znacząco wpływają na zmniejszenie środków finansowych przeznaczanych na podstawowe potrzeby, takie jak: edukacja, jedzenie, ubranie, mieszkanie¹. Zatem przypuszczać należy, że zdecydowany krok w kierunku radykalnej podwyżki cen papierosów będzie w istotny sposób wpływał na zatrzymanie tego niepokojącego zjawiska.

Z uwag zgłaszanych sukcesywnie do koordynatorów Programu wynika, że dużym problemem w Polsce, jest niewystarczające przygotowanie kadry medycznej, w tym w szczególności lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, do prowadzenia minimalnej interwencji lekarskiej oraz działań edukacyjnych, zmierzających do zmian zachowań wśród pacjentów, których stan zdrowia niejednokrotnie wskazuje na podejmowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia, takich jak np. palenie tytoniu. Należy w tym celu wzmocnić działania szkoleniowe skierowane do lekarzy, a także do studentów medycyny, którzy w pierwszej kolejności powinni pacjenta edukować i informować o konsekwencjach dla zdrowia związanych z używaniem tytoniu. Działania edukacyjne i interwencyjne prowadzone przez personel medyczny, a także kampanie społeczne i programy edukacyjne należy zintensyfikować, w grupach osób w wieku prokreacyjnym, w szczególności wśród młodych kobiet.

Badania Głównego Inspektoratu Sanitarnego z 2009 roku(12) potwierdziły, że podobnie jak w innych krajach rozwiniętych UE, również w Polsce kobiety w wieku prokreacyjnym, w tym kobiety w ciąży podejmują zachowania ryzykowne dla zdrowia poprzez używanie substancji psychoaktywnych. W odniesieniu do tytoniu, kiedykolwiek w życiu paliło 50% ankietowanych kobiet, 36% kobiet paliło w ostatnich dwóch latach, a prawie co piąta z nich wypaliła w ostatnich dwóch latach blisko 20 paczek papierosów w ciągu miesiąca. Aż 11% badanych kobiet będąc w ciąży kontynuowało palenie. Wśród kobiet palących w ciąży odsetek wcześniaków wyniósł 11% (u nigdy niepalących 7%). Kobiety palące rodziły dzieci z niedowagą dwukrotnie częściej (12%) niż kobiety nigdy niepalące (5%).

Zważywszy na sytuację epidemiologiczną w naszym kraju, jak również na trudną sytuację związaną z szerzącą się epidemią wielu niezakaźnych chorób cywilizacyjnych (takich, jak np., cukrzyca typu II, otyłość i choroby układu krążenia), mających wpływ na jakość naszego życia, a także funkcjonowanie gospodarki państwa, należy niezwłocznie dołożyć wszelkich starań, by programy międzyresortowe, takie jak rządowy Program ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce, stanowiły istotny człon polityki prozdrowotnej pań-

stwa i były w sposób dostateczny finansowany, zarządzany i koordynowany. W przeciwnym razie, gdy obecna sytuacja związana z używaniem tytoniu nie zmieni się, zgodnie z szacunkami WHO, w XXI wieku z powodu używania tytoniu umrze 1 mld ludzi na świecie. Ilu wśród nich będzie Polaków?

Piśmiennictwo

- (1) *Wyrównywanie różnic w zdrowiu między krajami Unii Europejskiej*, red. W. Zatoński, 2011
- (2) Global Adult Tobacco Survey, GATS, 2010
- (3) *Health Behaviour In School-aged Children*, Instytut Matki i Dziecka, 2011
- (4) *Zdrowie i styl życia młodzieży u progu dorosłości*, Instytut Matki i Dziecka, 2005
- (5) Program ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce. Cele i zadania na lata 2010 – 2013
- (6) Zarządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 3 września 2010 roku zmieniające zarządzenie w sprawie utworzenia Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce
- (7) WHO Framework Convention on Tobacco Control, FCTC
- (8) Sprawozdanie z realizacji Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce w 2011 roku
- (9) *Ekonomiczne aspekty palenia tytoniu i opodatkowania wyrobów tytoniowych w Polsce*, Christina Ciecierski, 2011
- (10) Art. 6 ustawy z dnia 14 marca 1985 o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011, Nr 212, poz. 1263, z późn. zm.)
- (11) Badania TNS OBOP na zlecenie Głównego Inspektoratu Sanitarnego, 2011
- (12) *The European Health Report 2009*. Health and Health Systems, WHO, 2009

Joanna Skowron

Streszczenie

Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce. Cele i Zadania na lata 2010-2013 jest wykonaniem zobowiązania nałożonego na rząd treścią art. 4 ustawy z 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Celem programu jest zmniejszanie zachorowań, inwalidztwa i zgonów wynikających z palenia tytoniu (choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe, nienowotworowe choroby układu oddechowego, zgony niemowląt) przez zmniejszenie ekspozycji na dym tytoniowy. W programie określono kierunki działań oraz priorytetowe cele i zadania w zakresie zmniejszania zachorowań, inwalidztwa i zgonów wynikających z palenia tytoniu przez zmniejszenie ekspozycji na dym tytoniowy. Program składa się z 10 zadań, za których prawidłową realizację odpowiadają właściwe resorty i instytucje. Badania GIS z lutego 2011 roku pokazują, że realizacja polityki antytytoniowej w ostatnich latach przyczyniła się do znacznego zmniejszenia ryzyka narażenia na dym tytoniowy m.in. w obiektach sportowych (spadek o 72 %), restauracjach (o 68%), barach i pubach (o 49%), zakładach pracy (o 37%) oraz na przystankach i w obiektach komunikacji miejskiej (o 33%). Dotychczasowo-

we doświadczenie potwierdza celowość i efektywność realizowanych kierunków działań skoncentrowanych na rozwiązywaniu szczególnych problemów społecznych i zdrowotnych właściwych dla określonych środowisk.

Słowa kluczowe

tytoń, ustawa, program rządowy

Abstract

Programme to Reduce Health Consequences of Tobacco Use in Poland. Goals and tasks for the years 2010-2013, is a fulfilment of an obligation imposed on the government by the contents of Article 4 in the Law of 9 November 1995 for the Protection of Public Health Against the Effects of Tobacco Use. The aim of the programme is to reduce morbidity, disability and deaths resulting from smoking tobacco (cardiovascular diseases, malignant cancer, respiratory tract ailments, infant death) through diminishing exposure to tobacco smoke. The programme maps out the directions of activities as well as priority goals and tasks in the sphere of reduction of morbidity, disability and deaths caused by tobacco use through lowering of exposure to tobacco smoke. The programme consists of ten tasks, the implementation of which rests with and is the responsibility of proper government departments and institutions. The GIS Main Statistical Institute research data of February 2011 show that the implementation of anti-nicotine policy in recent years has contributed to a considerable lowering of tobacco smoke risk in i.a. sporting facilities (fall by 72 %), restaurants (by 68%), bars and pubs (by 49%), work places (by 37%), city transport stops, facilities and premises (by 33%). Current experience confirms the usefulness and effectiveness of the directions of activities undertaken and focused on solving special social and health problems pertinent to particular defined social groups.

Keywords

tobacco, law, government programme

Joanna Skowron, ukończyła socjologię na Uniwersytecie im. A. Mickiewicza w Poznaniu oraz studia podyplomowe public relations na Uniwersytecie Warszawskim, od 2006 roku pracuje w Głównym Inspektoracie Sanitarnym. Jest autorem oraz kierownikiem projektów: Odświeżamy nasze miasta. TOB3CIT (Tobacco Free Cities) współfinansowanego przez Inicjatywę Bloomburga oraz Profilaktycznego programu w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych realizowanego w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. Od 2011 roku pełni funkcję Dyrektora Departamentu Promocji Zdrowia, Biostatystyki i Analiz w GIS.

Monika Zalejska, Joanna Skowron, Magdalena Sternik

Kontrola i promocja zakazu palenia tytoniu prowadzona przez Państwową Inspekcję Sanitarną

Państwowa Inspekcja Sanitarna (PIS) została powołana do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, mających na celu ochronę zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawania chorób – w szczególności poprzez sprawowanie nadzoru nad warunkami higieny środowiska i higieny pracy w zakładach pracy (1). W zakresie tym PIS sprawuje nadzór bieżący, prowadzi działalność zapobiegawczą i oświatowo-zdrowotną. Państwowa Inspekcja Sanitarna inicjuje, organizuje, prowadzi, koordynuje i nadzoruje działalność oświatowo-zdrowotną w celu ukształtowania odpowiednich postaw i zachowań zdrowotnych, a w szczególności:

- inicjuje i wytycza kierunki przedsięwzięć zmierzających do zaznajomienia społeczeństwa z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia,
- pobudza aktywność społeczną do działań na rzecz własnego zdrowia,
- udziela porad i informacji w zakresie zapobiegania i eliminowania negatywnego wpływu czynników i zjawisk fizycznych, chemicznych i biologicznych na zdrowie ludzi.

Państwowa Inspekcja Sanitarna realizując zadania w zakresie sanitarnego nadzoru bieżącego, w trakcie kontroli zakładów pracy motywuje pracodawców do podejmowania działań służących uwalnianiu zakładów pracy od dymu tytoniowego oraz udziela praktycznych wskazówek do ich tworzenia. Pracownicy PIS prowadzą również działania edukacyjne (w tym rozdawnictwo materiałów edukacyjnych) w zakresie uświadamiania pracodawców na temat szkodliwości palenia tytoniu, skutków ekonomicznych wynikających z palenia w miejscu pracy oraz zwiększenia motywacji do rzucenia nałogu (2).

W 2010 roku, po wprowadzeniu zmian w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 października 2002 r. w sprawie nadania funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnień do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego, funkcjonariuszom PIS nadano uprawnienia do nakładania grzywien w postaci mandatu karnego za wykroczenia określone w art. 13 ust. 1 pkt 2 oraz ust. 2 ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (3). Oznacza to, że funkcjonariusze PIS mogą nakładać mandaty karne na: właścicieli lub zarzą-

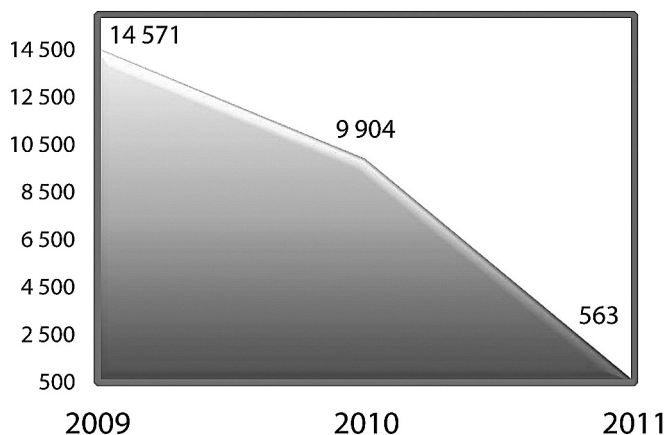
dzających obiektem lub środkiem transportu, którzy nie umieszczają w widocznym miejscu informacji o zakazie palenia tytoniu w formie oznaczenia słownego i graficznego – kara grzywny do 2 000 zł; • osoby palące wyroby tytoniowe w miejscach objętych zakazem - kara grzywny do 500 zł.

Funkcjonariusze PIS z 318 Powiatowych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych w ramach sprawowania bieżącego nadzoru warunków i wymogów higieniczno-sanitarnych prowadzą systematyczne kontrole w zakresie przestrzegania zakazu palenia tytoniu i oznakowania stref bezdymnych w przedsiębiorstwach podmiotów leczniczych, jednostkach organizacyjnych systemu oświaty, jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, uczelniach wyższych, zakładach pracy, obiektach kultury i wypoczynku, lokalach gastronomiczno-rozrywkowych, obiektach służących obsłudze podróżnych, pomieszczeniach obiektów sportowych, innych pomieszczeniach użytku publicznego.

Na podstawie doświadczeń funkcjonariuszy Państwowej Inspekcji Sanitarnej z prowadzonego przez nich nadzoru bieżącego został opracowany Raport z realizacji ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Raport został przekazany Ministerstwu Zdrowia w celu rozważenia zaproponowanych wniosków przy konstruowaniu nowelizacji ustawy. Najwięcej komentarzy pojawiło się w związku z trudnością egzekwowania zakazu palenia w szpitalach i oddziałach psychiatrycznych. Pojawiły się głosy, że w ustawie brakuje zapisu dotyczącego zakazu palenia w ogródkach letnich, będących integralną częścią lokali gastronomiczno-rozrywkowych. Potwierdzono, że istnieje konieczność przywrócenia kar dla właścicieli i zarządzających obiektami (4).

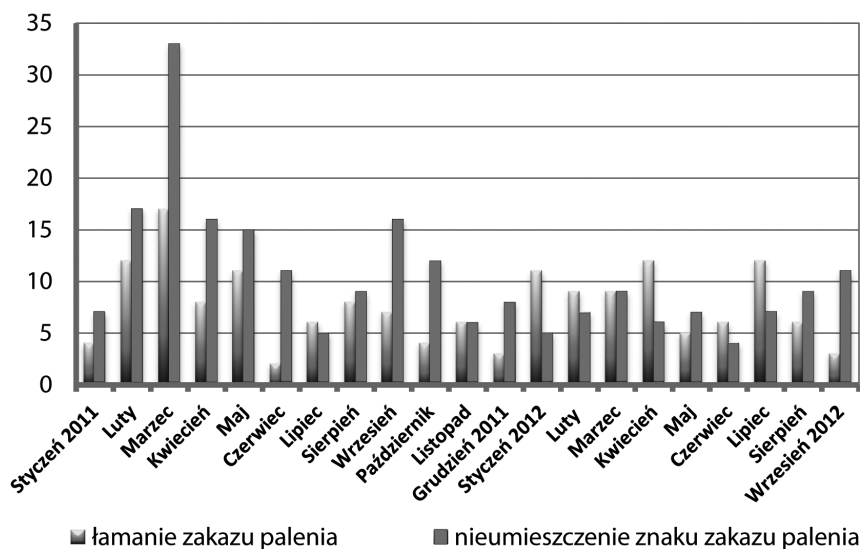
Najważniejsze problemy z egzekucją art. 5 ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych to:

- trudności z interpretacją art. 5 ust. 1 ustawy dotyczące dokładnego określenia granic terenu oraz pomieszczenia, w którym obowiązuje zakaz palenia;
- brak odpowiedzialności za łamanie zakazu palenia w przypadku, gdy palący nie jest przyłapany na gorącym uczynku;
- brak odpowiedzialności właściciela lub zarządzającego obiektem;
- brak definicji „pomieszczenia dostępnego do użytku publicznego”.



Wykres 1. Liczba obiektów skontrolowanych przez PIS w latach 2009-2011, w których ustawa nie jest przestrzegana

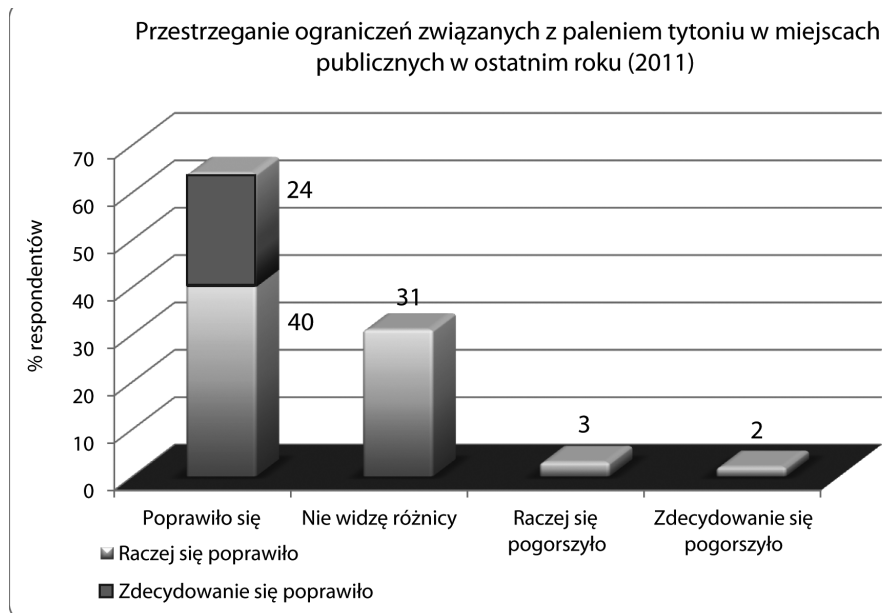
Dwa lata po wejściu w życie znowelizowanej ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych spada liczba nakładanych mandatów za nieprzestrzeganie przepisów ustawy. W roku 2011 przeprowadzono 273 270 kontroli, w trakcie których sprawdzano przestrzeganie zapisów ustawy antytytoniowej. Pracownicy PIS spotkali się z nie przestrzeganiem przepisów w 0,2% kontrolowanych obiektów.



Wykres 2. Liczba nałożonych mandatów przez PIS za nieprzestrzeganie ustawy antynikotynowej w latach 2011-2012

W porównaniu z rokiem 2009 nastąpił spadek odsetka obiektów w których ustawa nie była przestrzegana o 96,5% [Wykres 1]. W 2012 roku odsetek zakładów, które nie przestrzegały ustawy wyniósł zaledwie 0.09% (dane za okres styczeń-wrzesień 2012). Potwierdza to fakt, iż 64% Polaków dostrzegło poprawę w przestrzeganiu ograniczeń związanych z paleniem tytoniu w miejscach publicznych [Wykres 3].

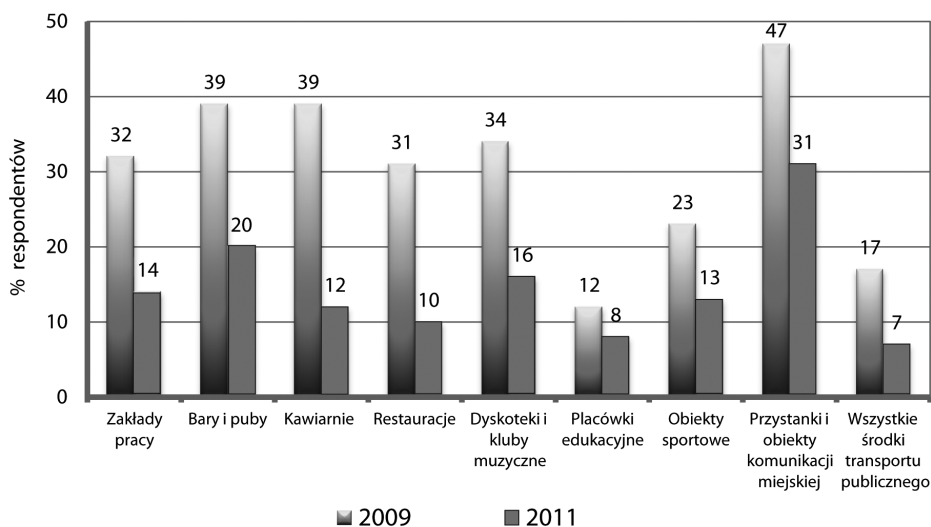
Wprowadzony w 2010 roku zakaz palenia w miejscach publicznych wydaje się być coraz bardziej przestrzegany. Wyniki ogólnopolskich badań ankietowych na temat postaw wobec palenia tytoniu (5) wskazują na skuteczność wprowadzonego zakazu palenia w zmniejszeniu narażenia Polaków na bierne palenie, w szczególności w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych i w miejscu pracy [Wykres 4]. Polacy w większości miejsc publicznych nie są narażeni na dym tytoniowy. Jednak zarówno osoby palące, jak i niepalące dostrzegają, iż są miejsca, w których zakaz palenia nie jest przestrzegany.



Wykres 3. Ogólnopolskie badanie postaw wobec palenia tytoniu, TNS Pentor dla GIS, grudzień

Najczęściej jako takie miejsca wskazywane są przystanki i obiekty komunikacji miejskiej. Innymi miejscami, gdzie zakaz stosunkowo często jest łamany, są według respondentów: bary i puby, zakłady pracy, dyskoteki i kluby muzyczne oraz obiekty sportowe. Rzadko na bierne palenie narażeni są Polacy w szpitalach i innych placówkach służby zdrowia (4%), urzędach (4%), obiektach kulturalnych np. kinach i teatrach (5%).

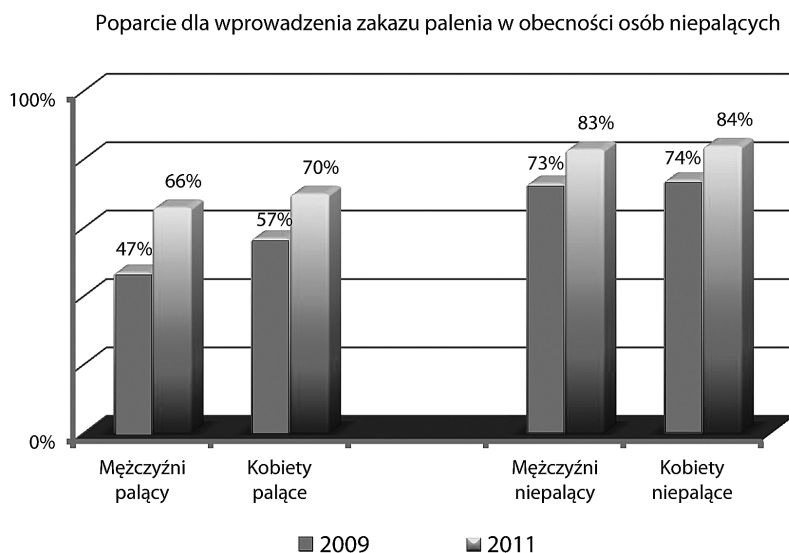
Narażenie na bierne palenie w miejscach publicznych 2009-2011



Wykres 4. Ogólnopolskie badanie postaw wobec palenia tytoniu, TNS OBOP dla GIS, luty 2012

Po wprowadzeniu zakazu palenia w miejscach publicznych nastąpił wyraźny spadek narażenia na dym tytoniowy. Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych w lutym 2011 r. wskazują, iż co dziesiąty (10%) Polak stwierdza, że wprowadzenie przepisów ograniczających palenie tytoniu w miejscach publicznych zdecydowanie poprawiło przestrzeganie istniejących zakazów palenia (5). Według 46% badanych sytuacja pod tym względem raczej się poprawiła. 43% respondentów nie widzi różnicy. Opinie osób palących i niepalących na ten temat są bardzo zbliżone.

Zdecydowana większość Polaków popiera wprowadzenie zakazu palenia we wszystkich miejscach, gdzie przebywają niepalący [Wykres 5]. Poparcie dla takiego zakazu, jest szczególnie wysokie wśród niepalących – 83% mężczyzn i 84% kobiet. Warto jednak zaznaczyć, że także osoby palące w przeważającej większości opowiadają się za zakazem palenia w obecności niepalących – 66% mężczyzn i 70% kobiet. Aktualne poparcie dla zakazu palenia we wszystkich miejscach, gdzie przebywają niepalący, jest wyraźnie wyższe niż w 2009 roku. Odsetek osób wspierających takie rozwiązanie wzrósł szczególnie wśród palaczy – o 19 punktów procentowych wśród mężczyzn i o 13 wśród kobiet.



Wykres 5. Ogólnopolskie badanie postaw wobec palenia tytoniu, TNS OBOP dla GIS, luty 2012

Dowiedziano, że przepisy prawne ograniczające użycie tytoniu w miejscach publicznych mają ogromne znaczenie dla ochrony zdrowia społeczeństwa. W początkowym okresie ważne jest aby dostarczyć właścicielom przedsiębiorstw i administratorom budynków informacji dotyczących regulacji prawnych, przedstawić zakres ich obowiązków oraz środki wdrożenia regulacji (jak np. odpowiednie oznaczenia). Dlatego też Główny Inspektorat Sanitarny przygotował i przekazał do wszystkich Wojewódzkich Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych jednolite znaki, zawierającymi informację słowną i graficzną o zakazie palenia w celu ich dystrybucji przez Powiatowe Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne [Ilustracja 1].

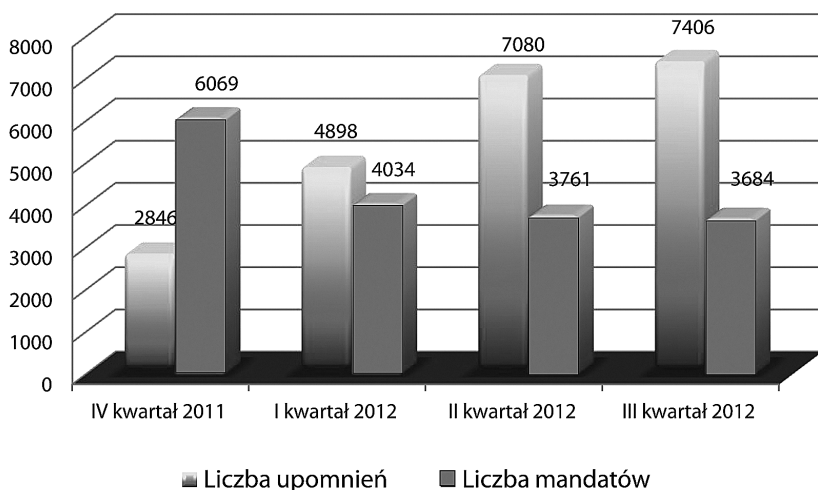
Po przyjęciu określonych przepisów należy rozpocząć kampanię edukacyjną przygotowującą społeczeństwo do ich wdrożenia.

W październiku 2011 r. rozpoczęto realizację drugiej, ogólnopolskiej edycji projektu Odświeżamy nasze miasta. TOB3CIT (Tobacco Free Cities). Jej głównym zadaniem jest poprawa egzekwowania i wzrost przestrzegania postanowień ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, a także zapoznanie społeczeństwa ze szkodliwymi skutkami zdrowotnymi dymu tytoniowego dla czynnych i biernych palaczy. Dzięki staraniom GIS na realizację projektu udało się pozyskać środki finansowe ze Światowej Fundacji ds. Walki z Chorobami Płuc (World Lung Foundation) i Fundacji Bloemberga (Bloomberg Philanthropies), które od lat wspierają politykę państw w zakresie ograniczania używania tytoniu.

W ramach projektu do 2013 roku kontynuowana będzie kampania społeczna i medialna pn. Miasta wolne od dymu, której głównym celem jest rozpowszechnienie

nienie informacji o regulacjach prawnych, dotyczących miejsc wolnych od dymu tytoniowego oraz edukacja w zakresie skutków zdrowotnych używania tytoniu, w tym narażenia na środowiskowy dym tytoniowy. Nawiązano ścisłą współpracę z instytucjami odpowiedzialnymi za egzekucję ustawy antytytoniowej – Policją i Strażą Miejską, które w ramach współpracy zobowiązały się do wzmożonych kontroli przestrzegania zakazu palenia, dystrybucji materiałów informacyjno-edukacyjnych, współorganizacji imprez i eventów oraz udziału w organizowanych akcjach. Poza Państwową Inspekcją Sanitarną, systematyczny monitoring stosowania ustawy w województwach prowadzi Policja i Straż Miejska [Wykres 6].

Monitoring przestrzegania zakazu palenia prowadzony przez Policję i Straż Miejską



Wykres 6. Liczba nałożonych mandatów przez PIS za nieprzestrzeganie przepisów ustawy antynikotynowej

W trakcie pierwszego roku trwania ogólnopolskiej edycji projektu zorganizowano 703 punkty edukacyjne, 16 happeningów, 69 wystaw, 18 konkursów, 13 konferencji naukowych i 9 konferencji prasowych. Prowadzone są liczne akcje o tematyce antytytoniowej skierowane do pracodawców, kierowców, rowerzystów, a także środkach komunikacji miejskiej. Zorganizowano szkolenia w zakresie legislacji ograniczania używania tytoniu w Polsce i korzyści z tworzenia stref wolnych od dymu. W każdym województwie przeprowadzono szkolenia dla łącznie 636 pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W trakcie 85 szkoleń dla policjantów i strażników miejskich w całej Polsce przeszkolono około 2500 funkcjonariuszy odpowiedzialnych za egzekucję ustawy. Ponadto przeprowadzono 365 szkoleń o tematyce antytytoniowej dla różnych grup zawodowych m.in. nauczycieli i pielęgniarek. Główny Inspektorat Sanitarny, w ramach projektu,

wydał i rozdyskrybuował do wszystkich Wojewódzkich i Powiatowych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych Podręcznik dla funkcjonariuszy

Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie stosowania ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

Wprawdzie, dzięki zmianie w 2010 roku przepisów *ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych* ryzyko narażenia Polaków na środowiskowy dym tytoniowy w miejscach publicznych znacznie ograniczono, jednak zjawisko to nadal stanowi poważne zagrożenie. Ciągłe jeszcze aż 19% niepalących Polaków deklaruje narażenie na dym tytoniowy w domu, a około 14% w zakładzie pracy. Skuteczna ochrona przed dymem tytoniowym wymaga całkowitej eliminacji zjawiska palenia oraz obecności dymu ze wszystkich miejsc użyteczności publicznej, ze szczególnym uwzględnieniem miejsc w których przebywają dzieci i młodzież. Dlatego obowiązujące w Polsce od 2010 roku prawo należy, zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia oraz światowymi trendami w zdrowiu publicznym, udoskonalić poprzez jego doprecyzowanie w oparciu o sugestie organów odpowiedzialnych za jego stosowanie oraz zaostrzyć, w taki sposób, by przestrzeń publiczna stała się w 100% wolna od dymu tytoniowego.

Piśmiennictwo

- (1) Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2011 r., Nr 212, poz. 1263)
- (2) Podręcznik dla funkcjonariuszy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie stosowania ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.
- (3) Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 października 2002 r. w sprawie nadania funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnień do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego (Dz.U. z 2002 r., Nr 174, poz. 1426, z późn. zm.)
- (4) Raport z realizacji ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, GIS, grudzień 2011
- (5) Raporty wykonane na zlecenie Głównego Inspektoratu Sanitarnego: *Ogólnopolskie badanie ankietowe na temat postaw wobec palenia tytoniu*, Warszawa, listopad-grudzień 2009, luty 2011, grudzień 2011
- (6) Monitoring przestrzegania zakazu palenia prowadzony przez Państwową Inspekcję Sanitarną, Policję i Straż Miejską

Monika Zalejska, Joanna Skowron, Magdalena Sternik

Streszczenie

Z danych Głównego Inspektoratu Sanitarnego wynika, iż po wejściu w życie w 2010 roku znowelizowanej ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych spadła liczba nakładanych mandatów za nieprzestrzeganie przepisów ustawy. W 2011 roku odsetek zakładów, które nie przestrzegały ustawy wyniósł zaledwie 0,2%. W porównaniu z 2009 rokiem jest to spadek o 96,5%. Potwierdza to fakt, iż 64% Polaków dostrzegło poprawę w przestrzeganiu ograniczeń związanych z paleniem tytoniu w miejscach publicznych. Zwiększyło się także poparcie palących i niepalących dla zakazu palenia.

Od 2011 roku w ramach ogólnopolskiego projektu Odświeżamy nasze miasta. TOB3CIT (Tobacco Free Cities) prowadzone są działania prowadzące do sprawnego wdrażania znowelizowanej ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. W ramach projektu realizowana jest kampania społeczna i medialna informująca o obowiązujących regulacjach prawnych dotyczących stref wolnych od dymu, prowadzone są liczne szkolenia, a także monitoring przestrzegania ustawy.

Słowa kluczowe

Zakaz palenia, kontrola, promocja, inspekcja sanitarna.

Abstract

The data published by the GIS Main Sanitary Inspectorate Office indicates that after the implementation in 2010 of the amended Law for the Protection of Public Health Against the Effects of Tobacco Use of 9 November 1995, the number of fines for disobeying rules of the law dropped considerably. In 2011 the percentage of work places that did not obey the rules amounted to a mere 0.2%. In comparison with the year 2009 this figure marks a 96.5% drop. It confirms the fact that 64% of all Poles notice improvement in observance of restrictive rules connected with smoking tobacco in public places. Also, support of both smokers and non-smokers for the smoking ban has grown.

Since 2011, work has been underway, within the framework of a national project titled "Let's Refresh Our Cities. TOB3CIT (Tobacco Free Cities)", to efficiently introduce the amended Law for the Protection of Public Health Against the Effects of Tobacco Use of 9 November 1995. The project propagates a social and media campaign designed to provide information on legal regulations in force, concerning smoke-free zones, numerous training sessions and monitoring of the observance of the law.

Keywords

smoking ban, control, promotion, health service inspection

Monika Zalejska, ukończyła chemię na Uniwersytecie Warszawskim, absolwentka Wydziału Pedagogicznego Wyższej Szkoły Społeczno-Ekonomicznej. Od 2011 roku pracuje w Departamencie Promocji Zdrowia, Biostatystyki i Analiz w Głównym Inspektoracie Sanitarnym, gdzie koordynuje ogólnopolski projekt Odświeżamy nasze miasta. TOB3CIT (Tobacco Free Cities) finansowany w ramach Inicjatywy Bloomberg.

Magdalena Sternik, magister, absolwentka Wydziału Geografii i Studiów Regionalnych oraz Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego. Od 2011 roku pracuje w Departamencie Promocji Zdrowia, Biostatystyki i Analiz w Głównym Inspektoracie Sanitarnym, gdzie koordynuje ogólnopolski projekt Odświeżamy nasze miasta. TOB3CIT (Tobacco Free Cities).

Dominika Kawalec

Monitoring lokali gastronomiczno-rozrywkowych Stan przestrzegania ustawy

Problem palenia tytoniu, w tym biernego, jest szczególnie ważnym zagrożeniem cywilizacyjnym. Z najnowszych badań GATS (Global Adult Tobacco Survey) wynika, że w 2010 r. palacze stanowili ok. 30% populacji Polaków, czyli 9,8 miliona osób.

Palenie wyrobów tytoniowych jest w Polsce główną przyczyną śmierci w dorosłej populacji Polaków. W Polsce co roku umiera ok. 70 000 osób. Tytoń zawiera substancje silnie uzależniające i szkodliwe, w tym 40 000 związków chemicznych¹ oraz kilkaset substancji dotąd niezidentyfikowanych, powodując śmierć 30-50% palaczy.² Dodatkowo palacze umierają średnio o 15 lat wcześniej niż osoby niepalące, co sprawia, że ich produktywność na rynku pracy jest znacznie mniejsza³.

Z szacunków Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że w następnych dwudziestu latach z powodu używania tytoniu czynnego oraz biernego umrze 8 milionów ludzi rocznie⁴.

Równie niebezpieczne jak palenie czynne jest palenie bierne. Osoby narażone na przebywanie w dymie tytoniowym zapadają na te same choroby, co osoby będące nałogowymi palaczami, w tym na raka płuc. Z powodu palenia biernego umiera w Polsce ok. 9000 osób rocznie.

Wstęp

Stowarzyszenie MANKO od 2006 roku z powodzeniem realizuje ogólnopolskie kampanie społeczne, m.in. Lokal Bez Papierosa.pl, której celem jest propagowanie miejsc wolnych od dymu tytoniowego oraz ochrona zdrowia osób niepalących w miejscach publicznych. Stowarzyszenie MANKO prowadziło aktywne działania na rzecz zmiany legislacji, których wynikiem było wejście w życie

¹ World Health Organization, International Agency for Research on Cancer IARC, *Tobacco smoke and involuntary smoking: summary of data reported and evaluation*, Geneva, Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Volume 83, 2004

² C.D. Marthers, D. Loncar, *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*, Public Library, Sci. Med., 2006

³ R. Peto, Z.M. Chen, J. Boreham, *Tobacco, The growing epidemic*, National Medicine, 1999

⁴ World Health Organization, *WHO Report on the Global Epidemic. The MPOWER package*, WHO, Geneva 2008

nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i chorób tytoniowych z dnia 9 listopada 1995 roku. Dotychczasowe dokonania kampanii promującej miejsca wolne od dymu tytoniowego, edukującej w zakresie biernego palenia oraz prowadzącej działania lobbujące w zakresie zmiany prawa o ochronie zdrowia, to także stworzenie interaktywnej sieci Lokali Bez Papierosa.pl, która skupia ponad 2000 lokali z ponad 200 miast i miejscowości w Polsce.

Obowiązujący w Polsce od 15 listopada 2010 roku zakaz palenia w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych zmniejszył narażenie klientów na bierne palenie, np. w barach i pubach odsetek narażonych na dym tytoniowy spadł wśród niepalących z 39% do 15%, a wśród palących z 58% do 20%⁵.

Przepis ten uniemożliwia jednak skuteczną ochronę osób niepalących przed dymem tytoniowym. Łamanie prawa odbywa się w różny sposób – od braku tabliczki informującej o zakazie palenia, przez nieszczelne drzwi oddzielające strefę dla palących od tej dla niepalących, na niedostatecznej wentylacji wydzielonych miejsc dla palących kończąc.

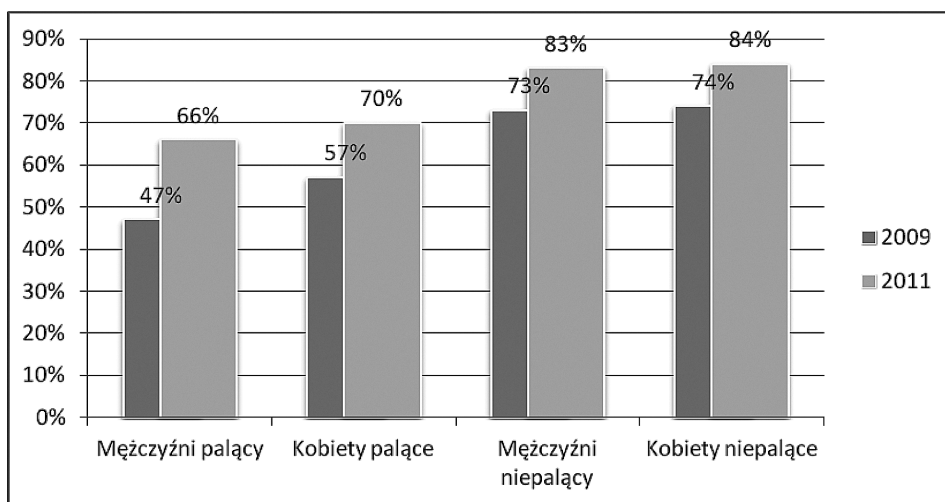
Do przedstawicieli Stowarzyszenia MANKO regularnie docierają informacje o miejscach, w których zakaz palenia nie jest należycie przestrzegany, a organom kontrolnym brak narzędzi potrzebnych do pełnienia swoich funkcji w zakresie monitorowania i egzekwowania przepisów. Z tego powodu powstała inicjatywa przeprowadzenia monitoringu funkcjonowania zakazu palenia w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych w sześciu regionach Polski.

Kontekst społeczny i polityczny badania

Jak wykazały badania, zakaz palenia w miejscach publicznych cieszy się w Polsce ogromnym społecznym poparciem. W lutym 2011 r. 68% palących i 84% niepalących Polaków poparło wprowadzenie zakazu palenia we wszystkich miejscach publicznych, w których przebywają niepalący⁶. Natomiast w październiku 2011 r. większość Polaków (62%) poparła wprowadzenie całkowitego zakazu palenia, bez możliwości wydzielania palarni, we wszystkich miejscach publicznych i zakładach pracy, w tym w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych.

⁵ TNS OBOP, *Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu*, Warszawa, luty 2011

⁶ TNS OBOP na zlecenie Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie ze środków Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych oraz Stowarzyszenia MANKO, *Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu*, Warszawa, październik 2011



Wykres 1. Zmiana poparcia dla zakazu palenia w miejscach publicznych⁷

Co więcej, po wprowadzeniu zakazu palenia w miejscach publicznych 11% respondentów przyznało, że podjęło próbę zaprzestania palenia lub zdecydowało się na całkowite zerwanie z nałogiem. Kolejne 11% palących Polaków ograniczyło palenie. Można zatem powiedzieć, że zakaz palenia w miejscach publicznych przyniósł efekty. Pozostaje jednak kwestia, czy jego funkcjonowanie i przestrzeganie jest skuteczne?

Polityka antytytoniowa w Polsce w dużej mierze jest realizowana w oparciu o prawo międzynarodowe. Polskie ustawodawstwo musi być zgodne ze zobowiązaniami narzucanymi na Polskę jako stronę różnego rodzaju międzynarodowych konwencji i traktatów, takich jak m.in. Dyrektywa Komisji Europejskiej czy Ramowa Konwencja Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu (ang. WHO Framework Convention on Tobacco Control), którą Sejm Rzeczypospolitej Polskiej ratyfikował 15 września 2006 roku. Artykuł 8. konwencji zaleca sygnatariuszom wprowadzenie całkowitego zakazu palenia w miejscach publicznych i zakładach pracy.

Aktualnie w Polsce regulacje dotyczące palenia tytoniu w miejscach publicznych definiuje ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, której nowelizacja nastąpiła 15 listopada z 2010 roku oraz ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. z 1996 r., Nr 10, poz. 55, z późn. zm.), ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2011 r., Nr 212, poz. 1263) oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 października 2002 r. w sprawie nadania funkcjonariuszom Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnień do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego (Dz.U. z 2002 r., Nr 174, poz. 1426, z późn. zm.).

⁷ Ibidem

Metodologia badawcza

Badanie monitoringowe prowadzone zostało w 6 regionach Polski (Kraków, Rzeszów, Katowice, Warszawa, Poznań, Trójmiasto), w których poddanych obserwacji zostało łącznie 497 lokali gastronomiczno-rozrywkowych.

Przedmiotem badań byli zarówno właściciele lokali gastronomiczno-rozrywkowych, klienci lokali, jak i organy kontrolne, odpowiedzialne za egzekwowanie prawa (Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne, Policja, Straż Miejska).

Celem operacyjnym monitoringu było przygotowanie, a następnie przedstawienie raportu końcowego: organom kontrolnym, odpowiedzialnym za egzekwowanie przepisów; organom legislacyjnym, odpowiedzialnym za tworzenie przepisów; mediom, odpowiedzialnym za upowszechnienie wiedzy i wyników raportu społeczeństwu, które jest czynnym akcjonariuszem ustawy.

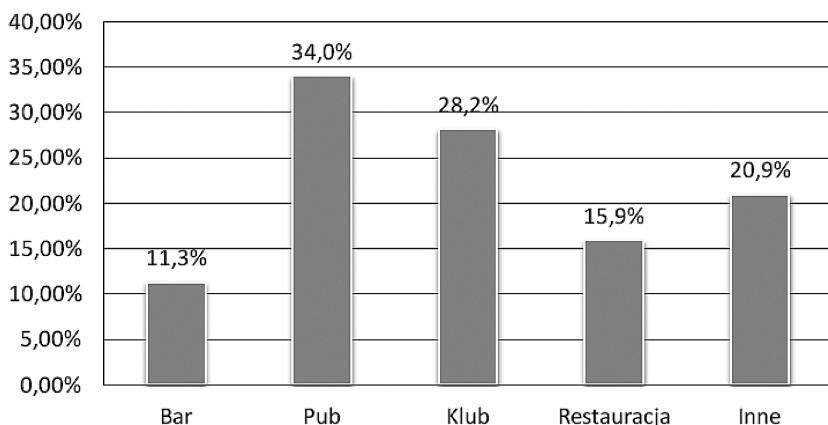
Wśród problemów badawczych, przyjętych jako kluczowe w ocenie funkcjonowania zakazu palenia w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych, znalazły się: dostosowanie lokali gastronomiczno-rozrywkowych do przepisów ustawy przez ich właścicieli; przestrzeganie zakazu palenia w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych przez klientów i personel oraz egzekwowanie prawa przez Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne, Policję oraz Straż Miejską.

W procesie monitorowania stanu przestrzegania ustawy zastosowano następujące techniki badawcze:

- badanie sondażowe skierowane do klientów lokali gastronomiczno-rozrywkowych, mające na celu wskazanie lokali w danym regionie Polski, które zostały następnie poddane badaniu;
- obserwacja lokali gastronomiczno-rozrywkowych pod kątem przestrzegania ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych;
- wywiad ankierski z właścicielami, menedżerami lokali wybranych na podstawie badań sondażowych;
- ankiety pocztowe z przedstawicielami organów kontrolnych – Stacji Sanitarно-Epidemiologicznych, Policji oraz Straży Miejskiej.

Dobór próby lokali gastronomiczno-rozrywkowych, w których odbyła się obserwacja oraz wywiady z właścicielami, nie miał charakteru probabilistycznego. Dane zostały wybrane na zasadzie doboru celowego, opartego na dostępności danych (brak operatu losowania). Wynikało to ze specyfiki badań, których założeniem było pokazanie faktycznego stanu przestrzegania ustawy, w tym także przypadków jej łamania. Mając na uwadze specyfikę tego doboru próby oraz wynikające z niego niebezpieczeństwa, należy podjąć wysoką ostrożność w uogólnianiu wyników badań na całą populację.

Strukturę próby badawczej prezentuje wykres 2.



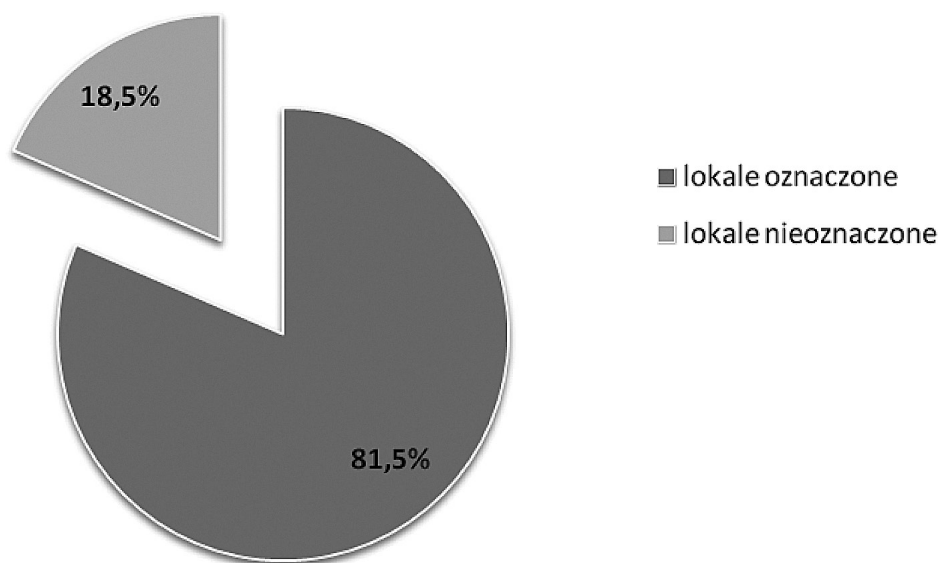
Wykres 2. Zestawienie według rodzaju działalności prowadzonej przez monitorowane lokale⁸

Wyniki monitoringu

Ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych nakłada na właścicieli lokali obowiązek oznakowania lokalu pod kątem zakazu palenia. Za nieumieszczenie odpowiedniego oznakowania właścicielowi grozi kara grzywny. Z przeprowadzonych obserwacji wynika, że 81,49% zmonitorowanych lokali posiada oznakowanie (wykres 3), najczęściej na ścianach, drzwiach wejściowych i barach, w tzw. miejscach transferowych, obok których najczęściej się przechodzi. Liczba oznakowań graficznych w badanych obiektach wyniosła średnio po 2 sztuki (średnia 2,36), odpowiednio oznakowań słownych po 1 sztuce (średnia 1,59)⁹.

⁸ Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych z monitoringu. Procenty nie sumują się do 100, ponieważ ankierzy mogli wybrać więcej niż jeden rodzaj lokalu, $N > 479$; Grupa „inne” to w dużej mierze kawiarnie i lokale gastronomiczne z dodatkową działalnością, np. połączone z pralnią, księgarnią, muzeum;

⁹ Ankierzy wskazywali ilość zauważonych przez siebie oznakowań słownych lub graficznych; oznakowania mieszane, jeśli stanowiły np. zapis + rysunek na jednej tabliczce, zapisywano jako słowne i jako graficzne. W raporcie autorzy przytaczają wartości średnie z zapisów na temat oznaczeń słownych i graficznych osobno, zsumowanie tych danych nie jest w tym przypadku uprawnione i mogłoby prowadzić do błędnej interpretacji. Obliczenia na podstawie próby lokali oznaczonych w jakikolwiek sposób, $N = 405$.



Wykres 3. Ilość oznaczeń ogółem zaobserwowana przez ankieterów w czasie monitoringu¹⁰

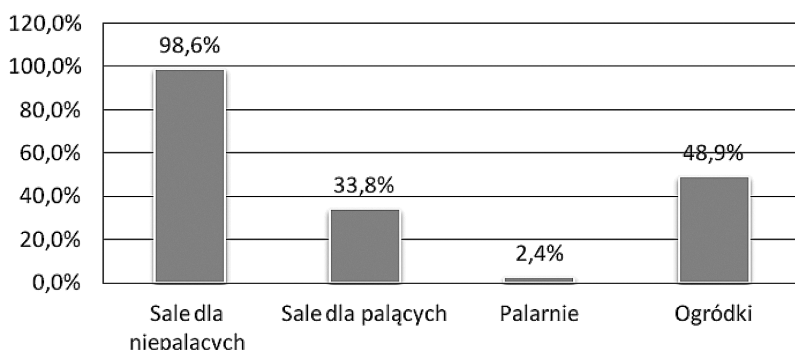
Częstą praktyką zaobserwowaną okazało się łączenie oznakowań graficznych i słownych w formie jednej naklejki, która jasno komunikuje przekaz zarówno dla obcokrajowców, jak i dla Polaków. W 88,64% przypadków, koordynatorzy-ankieterzy, ocenili oznakowanie w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych jako dobrze widoczne¹¹. Właściciele lokali w 75,31% zastosowali, tzw. standardowe oznakowania¹². 18,51% zmonitorowanych lokali nie posiadało jednak żadnego oznakowania.

W myśl ustawy, każdy lokal gastronomiczno-rozrywkowy powinien być przeznaczony dla osób niepalących. Dobrowolne natomiast jest ewentualne wydzielanie miejsca dla osób palących. Nie wszystkie lokale poddane badaniu spełniały ten warunek (wykres 4).

¹⁰ Źródło: Opracowanie własne, N=497.

¹¹ N=405 (lokalne oznakowane)

¹² Oznakowanie graficzne określone jako standardowe dotyczy oznakowania spełniające normy w zakresie wykorzystania kolorystyki grafiki czerwono-czarnej na białym tle. Oznakowanie słowne określone jako standardowe dotyczy kolorystyki tekstu o czarnej czcionce na białym tle, w czerwonej ramce. N=405.



Wykres 4. Rodzaje pomieszczeń w monitorowanych lokalach gastronomiczno-rozrywkowych¹³.

Zaobserwowano 7 przypadków (1,41% spośród wszystkich zmonitorowanych lokali) łamania zapisów ustawy – lokale te nie posiadały wydzielonej przestrzeni dla palących, a palenie było możliwe w całym lokalu¹⁴.

Sale dla palących wyodrębniono w mniej lub bardziej wyraźny sposób w 33,40% lokali, natomiast palarnie, które spełniały wymogi ustawowe, to zaledwie 2,41%. Popularnym rozwiązaniem przygotowanym dla palaczy przez właścicieli lokali gastronomiczno-rozrywkowych okazały się ogródki, w których klienci mogą swobodnie palić. Warto jednak w tym miejscu mieć na uwadze fakt, że ogródki są rozwiązaniem sezonowym i ich wysoki odsetek zweryfikowany w trakcie monitoringu wynika z terminu, w którym odbywało się badanie (jesień 2012).

Sale dla palących znajdowały się w 33,80% lokali gastronomiczno-rozrywkowych, monitorowanych w czasie badania. Ponad 20% z nich nie posiadało jednak żadnego wyodrębnienia (21,43% sal dla palących). Zdarzały się przypadki, że miejsce wyodrębnione dla palących usytuowane było na innej kondygnacji, jednak bez szczelnego zamknięcia¹⁵. Wyodrębnionych w sposób wyraźny zostało prawie 80% sal dla palących, z czego największy odsetek to oddzielenie sali za pomocą drzwi (70,24%). Część ankietatorów opisywała jednak przypadki, w których drzwi oddzielające obie sale pozostawały otwarte przez cały czas, co prowadziło do rozprzestrzenienia się dymu w pozostałych częściach lokalu. W 36,90% wszystkich zanalizowanych przypadków dym papierosowy dostawał się do innych pomieszczeń. Ponad 85% sal dla palących posiadało wentylację. Na ogół były to wyciągi, wentylatory lub kratki wentylacyjne. Niemal 15% sali dla palących, nie posiadało żadnej wentylacji. 16,07% sal dla palących znajdowało się

¹³ Źródło: Opracowanie własne; Procentowanie obrazuje stosunek wystąpienia danego rodzaju obiektu w całej grupie; N=497.

¹⁴ Pomieszczenia, w których na całej powierzchni możliwe było palenie, zostało zakodowane jako brak sali dla niepalących.

¹⁵ W niniejszej analizie takie przypadki autorzy potraktowali jako brak wyodrębnienia.

w ciągach komunikacyjnych – trzeba było przez nie przejść, aby wyjść z lokalu, dojść do toalety lub podejść do baru. W 29,17% lokali, w salach dla palących prowadzona była sprzedaż. Aż 31,55% sal nie zostało oznaczonych, jako przestrzeń dla osób palących. Ankieterzy zaobserwowali popielniczki w większości odwiedzonych lokali (86,31%). W kilku z nich, gdy ich nie było bezpośrednio na stolikach, stały na uboczu, przynosiła je obsługa, lub można było sobie zabrać popielniczkę bezpośrednio z baru.

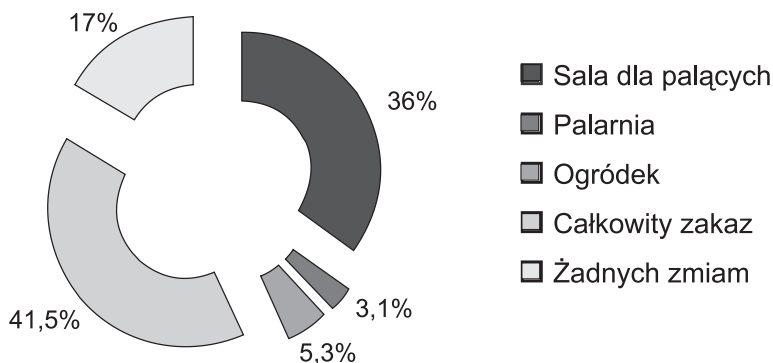
Palarnie, chociaż mało popularne, okazały się być dość dobrze wyodrębnione od pozostałej części lokalu. W 66,7% przypadków palarnia była wyodrębniona jako sala, w 33,3% przypadków jako kabina. 10 na 12 palarni miało oznaczone, zamykane drzwi. Dwie palarnie nie miały wentylacji. W czterech palarniach (33,3% ocenianych palarni) czuć było dym, który w przypadku 3 z nich przenikał dalej.

Monitoring objął 497 lokali, wywiady ankierskie przeprowadzono z 83,90% właścicielami lokali bądź osobami upoważnionymi do rozmowy. Wszystkie osoby, z którymi rozmawiali ankieterzy znały datę znowelizowania ustawy o ochronie zdrowia oraz obowiązujące prawo. 88,10% ankietowanych posiadało wiedzę w zakresie sankcji, jakie grożą właścicielowi za niedostosowanie lokalu do zapisów Ustawy. Podobnie, w ponad 80% (dokładnie 82,97%) ankietowani wiedzieli, że za łamanie przepisów Ustawy również klientom grożą sankcje. W 67,87% monitorowanych lokali informacja o zakazie palenia umieszczona została w wewnętrznym regulaminie lokalu. 99,28% ankietowanych deklarowało, że pracownikom została udzielona informacja na temat obowiązujących przepisów, nawet jeśli w regulaminie wewnętrznym taki zapis się nie znalazł.

Ankietowani w niemal 80% (76,98% wskazań) mieli pozytywną opinię na temat wprowadzonej ustawy. Jeśli chodzi o kwestię wprowadzenia całkowitego zakazu palenia w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych, bez możliwości tworzenia sal dla palących, poparcie dla tego pomysłu wyraziło 39,57% ankietowanych. Opinie negatywne i neutralne w stosunku do wprowadzonej ustawy wyrażało odpowiednio 11,03% i 11,99% właścicieli, co stanowi łącznie nieco ponad jedną piątą odpowiedzi. Oznacza to, że osoby, które udzieliły odpowiedzi na to pytanie w większości popierały zaostrenie prawa. Motywy, które najczęściej wskazywali ankietowani niezadowoleni z wprowadzenia Ustawy lub obojętni w stosunku do jej zapisów, dotyczyły przede wszystkim kwestii finansowych. Część lokali, która nie mogła przystosować lokalu dla osób palących deklarowała, że straciła pewną grupę klientów, którzy przeszli do lokali posiadających przestrzeń dla palących. Ankietowani, zadowoleni z wprowadzenia ustawy zakazującej palenia w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych, wskazywali głównie motywy zdrowotne lub estetyczne, takie jak świeżość powietrza.

Dotychczasowe zmiany deklarowane przez właścicieli od momentu znowelizowania ustawy to w największym stopniu wprowadzenie całkowitego zakazu palenia (41,49% wskazań) lub stworzenie sali dla palących (35,97% wskazań).

Pozostałe rozwiązania wykorzystane przez właścicieli prezentuje wykres 5.



Wykres 5. Zmiany w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych wprowadzone po 5 listopada 2010, deklarowane przez właścicieli lokali¹⁶.

Ankietowani w dużo mniejszym stopniu decydowali się na stworzenie palarni, widać to także, gdy porównamy dane zebrane w czasie obserwacji lokali gastronomiczno-rozrywkowych – sale dla palących znajdowały się w prawie 33,40% monitorowanych lokali, podczas gdy palarnie zauważono w 2,41% lokali (patrz wykres 4). Żaden lokal z Krakowa i z Katowic nie zdecydował się na utworzenie palarni.

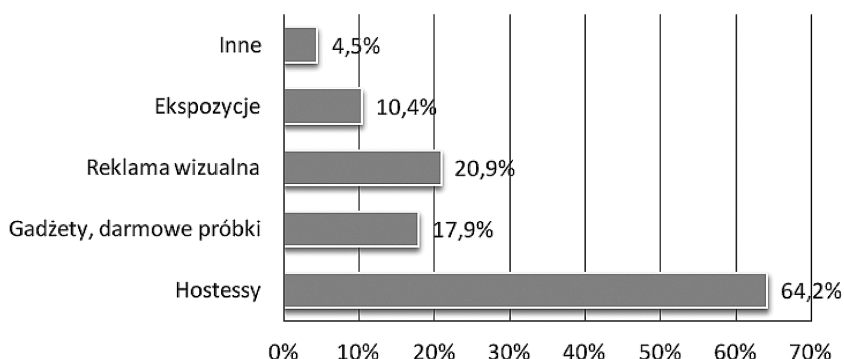
Większość ankietowanych twierdziła, że służby sanitarne regularnie kontrolują lokal, ale jednocześnie niewielu z nich było w stanie wskazać choćby przybliżoną datę ostatniej kontroli. Dane zebrane w tym obszarze autorzy uważają za budzące wątpliwości, ze względu na fakt, że opierają się one na deklaracjach właścicieli lokali i autorom nie udało się precyzyjnie ustalić czy służby sanitarnego faktycznie kontrolują te lokale w sposób regularny. Osoby ankietowane pytane o interwencje ze strony służb w związku z przypadkami łamania przepisów ustawy, w większości informowały ankieterów, że nie było takiej potrzeby, ponieważ personel radził sobie z takimi przypadkami samodzielnie. Osoby łamiące zakaz palenia były proszone o opuszczenie lokalu, zaprzestanie palenia lub przejście do miejsca wyznaczonego do palenia. Interwencje ze strony służb (głównie policji) dotyczyły innych kwestii.

W połowie monitorowanych lokali¹⁷ (50,60%) odbywała się sprzedaż wyrobów tytoniowych. W 32,75% z nich prowadzono również promocję wyrobów tytoniowych.

Wykres 6 prezentuje dane dotyczące różnych sposobów promocji tytoniu w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych.

¹⁶ Procenty nie sumują się do 100; ankietowani mogli wskazać kilka zmian, do których doszło w lokalu w związku z wprowadzeniem ustawowego zakazu palenia, N=417.

¹⁷ Dane deklaracyjne, uzyskane na podstawie wywiadów z właścicielami / osobami upoważnionymi.



Wykres 6. Rodzaje promocji wyrobów tytoniowych stosowane w monitorowanych lokalach¹⁸

Największy udział w sprzedaży w monitorowanych lokalach ma marka Marlboro, dostępna jest ona w prawie połowie lokali, w których można kupić papierosy. Marka Camel, podobnie jak marka Lucky Strike jest do nabycia w 22% lokali. Markę Winston znajdziemy w 15% odwiedzonych lokali, natomiast L&M w 14%. Marki Vogue, Glamour oraz She są dostępne w mniej niż 10% lokali. Pozostałe marki papierosów są dostępne rzadko i stanowią mniej niż 1% wskazań wśród lokali objętych badaniem.

Przykłady niedostosowania lokali do ustawy o ochronie zdrowia

Aż 18,51% z monitorowanych lokali w ogóle nie posiadało jakiegokolwiek oznakowania. Zdarzało się, że właściciel dopuszczał możliwość palenia w całym lokalu (7 przypadków). W dwóch przypadkach zaobserwowano w lokalu obecność popielniczek, pomimo obowiązywania w obu tych obiektach całkowitego zakazu palenia. W wielu lokalach pomimo stworzenia przestrzeni dla palących zabrakło oznakowania sal dla palących (32,0%).

Co piąta sala dla palących nie była w żaden sposób wyodrębniona od pozostałej części lokalu, co w praktyce oznacza, że dym papierosowy swobodnie roznosił się po całym lokalu. Często obserwowanym zjawiskiem było niezamykanie drzwi do wydzielonej sali, zdarzały się także takie przypadki, gdzie wydzielone sale były na innej kondygnacji budynku, ale bez wyraźnego, szczelnego zamknięcia.

Większość sal dla palących i palarni posiada wentylację. W części z nich wyczuwalny był dym. 2 na 12 palarni nie miało wentylacji i nie posiadało również drzwi, jedna z nich odgradzona była od pozostałej części kotarą.

Egzekwowanie prawa przez organy kolegialne

Powołując się na zapisy ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. 2001 nr 112 poz. 1198), autorzy zwrócili się do organów

¹⁸ Procenty nie sumują się do 100, ankietowany mógł wskazać kilka rodzajów promocji; N=67.

policji, Straży Miejskiej i stacji sanitarno-epidemiologicznych w sześciu badanych regionach, w celu uzyskania informacji na temat przestrzegania przepisów ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych (między 15 listopada 2010 r. a lipcem-sierpniem 2012 r., tj. czasem trwania badań będących podstawą powstania niniejszego raportu) oraz podejmowanych działań interwencyjnych przez te służby w badanych regionach. Głównym problemem badawczym w tej części analiz było ustalenie, jak wygląda egzekwowanie prawa przez Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne, Policję oraz Straż Miejską w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych. Ankiety listowne, zawierające pytania otwarte, zostały przesłane do dwudziestu czterech jednostek – Policji, Straży Miejskiej i Sanepidu.

W opinii ankietujących w wielu lokalach problemem był fakt, iż klienci tych lokali nie stosowali się do całkowitego zakazu palenia. Zdarzało się również, że klienci nie stosowali się do palenia w przestrzeniach do tego przeznaczonych (wychodzenie poza salę dla palących lub palarnię, pozostawianie otwartych drzwi itp.).

Klienci wykazujący dość swobodny stosunek do ustawy, ale także personel i właściciele, którzy nie reagują na tego typu zachowania, sprzyjają sytuacjom łamania zapisów ustawy. Sytuacje, w których inni klienci zwracali się ze skargami na inne osoby palące, lub sytuacje, w których personel zauważył przypadki łamania zakazu były rozwiązywane na drodze polubownej – wg deklaracji ankietowanych osoby łamiące zakaz były proszone zwykle o zaprzestanie palenia lub skorzystanie z miejsca do tego przeznaczonego.

Służby sanitarno-epidemiologiczne podejmują stałe, zgodne z harmonogramem funkcjonowania swoich placówek kontrole sanitarne. W trakcie tych czynności sprawdzany jest także stan realizacji zapisów ustawy o całkowitym zakazie palenia. W związku z łamaniem zapisów ustawy pracownicy w omawianym okresie podejmowali również działania interwencyjne. Najwięcej interwencji miało miejsce w Warszawie – 38 i w Krakowie – 26. Głównym źródłem interwencji były informacje pozyskiwane od pracowników lub klientów kontrolowanych lokali¹⁹.

Straż Miejska w badanych regionach nie posiada własnych procedur kontroli lokali gastronomiczno-rozrywkowych, nie ma także odrębnych procedur nakładania kar w związku z łamaniem zapisów ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Wszelkie działania podejmowane przez strażników miejskich opierają się na przepisach obowiązującego prawa. Brak odrębnych sposobów postępowania w przypadku lokali gastronomiczno-rozrywkowych wynika z faktu, że strażnicy miejscy podejmują interwencję w takich lokalach stosunkowo rzadko w porów-

¹⁹ Wszystkie jednostki wskazały to źródło, poza jednostką PPIS z Gdyni, gdzie nie są prowadzone statystyki rozróżniające interwencje po zgłoszeniu i standardowe kontrole, oraz źródła interwencji.

naniu z innymi miejscami użyteczności publicznej, w których obowiązuje całkowity zakaz palenia. Z siedmiu jednostek, które odpowiedziały na to pytanie, interwencję w omawianym okresie przeprowadzały jednostki z Warszawy, Krakowa i Katowic. Gdańska Straż Miejska, ze względu na znikomą ilość zgłoszeń, interwencje przekazuje policji, pozostałe jednostki w ogóle nie odnotowały tego typu zdarzeń. Najczęściej strażnicy interweniowali na wniosek osób trzecich, w Katowicach także z własnej inicjatywy. Straż Miejska nie prowadzi również odrębnych statystyk dot. przestrzegania zapisów ustawy o całkowitym zakazie palenia w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych, stanowią one część danych ogólnych, jakie Straż Miejska zbiera w związku z przestrzeganiem zapisów ustawy. Jedynie w Krakowie i w Rzeszowie prowadzone są odrębne statystyki.

Jednostki policji podejmowały w badanym okresie interwencje na wniosek osób trzecich lub w ramach prewencji (w Rzeszowie i w Sopocie). Policja nie prowadzi osobnych rejestrów interwencji w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych. Na siedem jednostek, które odniosły się w piśmie zwrotnym do posiadania przez siebie danych dot. zapisów ustawy o całkowitym zakazie palenia, zaledwie dwa dysponowały danymi dot. zdarzeń związanych z łamaniem zakazu, kolejne dwa były w stanie odtworzyć dane częściowo na podstawie rejestrów działalności. Podobnie jak w przypadku służb sanepidu policja nie posiada odrębnych procedur kontroli i wymierzania kar w związku z egzekwowaniem zapisów ustawy.

Podsumowanie

Przeprowadzone przez Stowarzyszenie MANKO badanie monitorujące stan przestrzegania Ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. z 1996 r., Nr 10, poz. 55, z późn. zm.) obrazuje dobrą odpowiedź właścicieli lokali gastronomiczno-rozrywkowych na wprowadzone przepisy. Trzech na czterech właścicieli lokali wyraziło pozytywne zdanie o obowiązującej ustawie, wszyscy znali obowiązujące przepisy, tylko 12% ankietowanych nie znało sankcji grożących za złamanie zapisów ustawy, 40% ankietowanych popiera zaostrzenie przepisów i wprowadzenie całkowitego zakazu palenia bez możliwości tworzenia sal dla palaczy.

Najwięcej właścicieli po wejściu w życie ustawy zdecydowało się na wprowadzenie całkowitego zakazu palenia (41,5% wskazań). Sale dla niepalących znajdowały się w 98,59% monitorowanych lokali, sale dla palących pojawiły się w 33,80% lokali.

Zadowolający jest także stan oznakowania lokali informacjami o zakazie palenia tytoniu: 81,49% lokali gastronomiczno-rozrywkowych było oznakowanych w sposób graficzny lub słowny. 88,64% z tych oznakowań zostało uznane za widoczne.

Zastrzeżenia budzi jednak oznakowanie miejsc przeznaczonych dla palących (31,55% sal dla palących nie zostało w żaden sposób oznaczonych) oraz zabezpieczenie tych sal przed wydostawaniem się dymu do sąsiednich pomieszczeń

(21,43% sal dla palących nie było w żaden sposób wyodrębnionych od pozostałej części lokalu, dym z sal dla palących przenikał dalej w niemal 40% lokali). Mało popularnym rozwiązaniem dla zaspokojenia potrzeb palących klientów okazały się palarnie (zdecydowało się na nie 2,41% właścicieli lokali).

Dalekie od ideału jest egzekwowanie przestrzegania prawa przez zobligowane do tego organy kontrolne. Brak w tej kwestii wewnętrznych uregulowań i strategii działania. Wszystkie służby posługują się procedurami kontroli i karania, których źródła leżą w obowiązującym ich prawie – ustawach, ale także dokumentach dot. obowiązków wykonywanych przez ich konkretne jednostki. Nie są tworzone żadne dodatkowe procedury kontroli i karania osób/lokalii, w których łamane są przepisy ustawy.

Ustawa nie wymusza na służbach kontroli wszystkich miejsc wskazanych jako miejsca o całkowitym zakazie palenia. Najczęściej kontrolują te miejsca, które odwiedzają z racji wykonywania swoich stałych obowiązków. Spośród badanych przedstawicieli służb publicznych jedynie Sanepid ma nałożone prawnie procedury, według których prowadzi statystyki na temat lokali gastronomiczno-rozrywkowych, a więc także przestrzegania w nich całkowitego zakazu palenia. Sanepid również najczęściej jest informowany o nieprawidłowościach w przestrzeganiu zapisów ustawy w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych.

Strażnicy miejscy i policjanci rzadko interweniują w przypadku łamania ustawy w lokalach, natomiast w innych miejscach zdecydowanie częściej egzekwują zapisy ustawy. Wynika to z charakteru obowiązków jakie wykonują i miejsc wykonywania tych obowiązków, np. patroli.

Niekorzystne dla oceny realnej sytuacji jest brak regularnych działań monitoringowych i odrębnych statystyk policji i Straży Miejskiej, dotyczących przestrzegania ustawy o ochronie zdrowia w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych.

Piśmiennictwo

Marthers C.D., Loncar D., *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*, Public Library, Sci. Med., 2006

Peto R., Chen Z.M., Boreham J., *Tobacco, The growing epidemic*, National Medicine, 1999

TNS OBOP na zlecenie Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie ze środków Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych oraz Stowarzyszenia MANKO, *Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu*, Warszawa, październik 2011

TNS OBOP na zlecenie Stowarzyszenia MANKO oraz Głównego Inspektoratu Sanitarnego, *Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu*, Warszawa, luty 2011

World Health Organization, International Agency for Research on Cancer IARC, *Tobacco smoke and involuntary smoking: summary of data reported and evaluation*, Geneva, Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Volume 83, 2004

World Health Organization, *WHO Report on the Global Epidemic. The MPOWER package*, WHO, Geneva 2008

Dominika Kawalec

Streszczenie

Raport Monitoring lokali gastronomiczno-rozrywkowych przedstawia stan przestrzegania ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Badania pokazują, że wprowadzenie zakazu palenia w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych przyniosło wiele pozytywnych efektów, m.in. zmniejszyło się znacznie narażenie klientów na bierne palenie, poprawił się komfort pracy osób zatrudnionych w lokalach gastronomicznych, bo nie są już narażone na wdychanie dymu tytoniowego w czasie wykonywania swoich obowiązków. Spore jest także poparcie dla zakazu palenia wśród właścicieli lokali. Jednak obecne prawo, dopuszczające wydzielanie palarni i sal dla palących, nie funkcjonuje należycie. Sale dla palących nie są wentylowane, drzwi nie są zamykane. Egzekwowanie prawa również nie jest skuteczne. Prawo łamane jest szczególnie w godzinach wieczornych, a wtedy żadne kontrole nie są prowadzone. Zaniepokojenie budzi fakt aktywnej promocji wyrobów tytoniowych na terenie lokali gastronomiczno-rozrywkowych. Promocja bezpośrednia, reklama wizualna, jednorazowe akcje promocyjne to niedopuszczalne przykłady łamania prawa. Należy rozważyć potrzebę nowelizacji ustawy.

Słowa kluczowe

Ustawowy zakaz palenia, lokale gastronomiczno-rozrywkowe, monitoring

Abstract

Report entitled "Monitoring restaurants and clubs" presents the state of observance of the Law for the Protection of Public Health Against the Effects of Tobacco Use. Research shows that introduction of the ban on smoking in restaurants and clubs has brought a number of positive results, such as, for instance, diminishing the risk of passive smoking for clients, improvement of the working conditions and work comfort for the employees of the catering business free from second-hand tobacco smoke during work. Also, the support for ban on smoking tobacco among the owners of the restaurants and clubs is growing. However, the current law allowing marking off smoking areas and rooms for smokers does not function properly. The rooms for smokers are not ventilated, the doors are not closed. Enforcement of the law is not effective either. The law is violated especially in the evening hours when no inspections are conducted. Active promotion of tobacco products in restaurants and clubs raises serious concern. Direct promotion, visual advertising, single promotion offers are all unacceptable instances of breaking the law. The need for amending the law should be considered.

Keywords

legal ban on smoking, restaurants and clubs, monitoring

Dominika Kawalec, magister socjologii na Uniwersytecie Jagiellońskim, absolwentka Global Tobacco Control Leadership Program, John Hopkins University of Public Health. Specjalista ds. PR w Stowarzyszeniu MANKO. Odpowiada za tworzenie, koordynację i realizację strategii PR dla ogólnopolskich kampanii społecznych Lokal bez papierosa.pl oraz Nie pal przy dziecku.

Drota Lewandowska, Joanna Pazik

Postępy w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu

Leczenie zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT) w ciągu ostatnich kilku lat przeżywa dynamiczny rozwój, zarówno na świecie jak i w Polsce. Jeszcze kilkanaście lat temu, przy olbrzymiej liczbie osób uzależnionych od tytoniu, pomoc oferowana tym chorym była niewspółmiernie niska. Poza wsparciem psychologicznym i nikotynową terapią zastępczą, która jak wiemy, nie może być zastosowana u każdej osoby uzależnionej od tytoniu, nie było nic. Obecnie mamy, udokumentowaną ogromnymi badaniami klinicznymi, grupę kilku leków pomagających skutecznie rzucić palenie. Co jest zatem miarą postępu leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu? Miarą postępu w leczeniu ZUT jest zwiększone zapotrzebowanie na leczenie uzależnienia od tytoniu. To zapotrzebowanie jest napędem do powstawania nowych leków oraz nowych metod leczenia lekami już istniejącymi celem zwiększenia ich skuteczności. Większa świadomość społeczna szkodliwości palenia zmusza do rozważania metod zapobiegających uzależnieniu u osób, które nigdy nie paliły. Stąd pomysł powstania szczepionki.

Dzisiaj już wiemy, że leczenie uzależnienia od tytoniu zawsze powinno opierać się na leczeniu skojarzonym np. farmakoterapia z psychoterapią. Różne środki farmakoterapii mogą być też kojarzone ze sobą. Farmakologiczne środki pomocy palącym jak nikotynowa terapia zastępcza, chorowodorek bupropionu, wareniklina czy cytyzyna znalazły swoje miejsce i uznanie zarówno w pracach publikowanych w renomowanych pismach naukowych cytowanych w bibliotece Cochrana jak też w praktyce wielu lekarzy, którzy na co dzień stosują te środki. Inne środki farmakologiczne jak antydepresanty, przeciwłękowe czy zmniejszające apetyt też znalazły dowody na poparcie swojej skuteczności i mimo, że są mniej znane od poprzednich nie należy o nich zapominać. Psychoterapia w uzależnieniu od tytoniu mniejszego stopnia może być często wystarczającą formą terapii. W silnym uzależnieniu jest konieczną formą wsparcia dla chorego i leczenia farmakologicznego. Nie należy odrzucać alternatywnych form leczenia jak hipnoza, akupunktura. Mimo, iż nie znalazły te metody naukowego poparcia na swoją skuteczność bywają sytuacje, że u niektórych osób, pozytywnie nastawionych do tych form terapii przynoszą one spektakularny sukces i stąd warto o nich pamiętać.

Szczególną uwagę zwrócimy jednak na te środki, które znalazły uznanie w świecie nauki a badania kliniczne potwierdziły ich bezwzględłą skuteczność u osób uzależnionych od tytoniu. Szersze informacje na ten temat można znaleźć we wspomnianej Bibliotece Cochrane'a, dostępnej drogą elektroniczną.

CYTYZYNA

Jednym z najstarszych preparatów pomagających chorym uzależnionym od tytoniu jest cytyzyna znana pod nazwą Tabex. Dla wielu palaczy zachęający do jej używania jest fakt, że jest produktem roślinnym (ziołowym) co w pojęciu wielu osób oznacza bezpiecznym, a w pojęciu niektórych osób podobnym do papierosów, które też są przecież produktem roślinnym. Złotokap zwyczajny, który jest źródłem cytyzyny najwięcej tego środka ma w nasionach ale okazuje się, że pozostałe elementy też są godne zainteresowania co zostało po raz pierwszy odkryte przez radzieckich żołnierzy w latach pięćdziesiątych XX wieku. Już w latach pięćdziesiątych radzieccy uczeni scharakteryzowali cytyzynę chemicznie. Ustalili, że jest analogiem nikotyny i częściowym agonistą receptorów nikotynowych. Zaproponowali stosowanie tejże w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu. Kilka lat później bułgarska firma wprowadziła gotowy lek pod nazwą znaną do dziś (TABEX) na rynek. Polska jako członek RWPG też została zaszczyconą wówczas posiadaniem tego preparatu na rynku. Był on nawet dostępny w aptece bez recepty. Późniejsze lata pokazały, że co prawda doświadczenia ludzi stosujących ten środek są ogromne ale jakość badań klinicznych nie pozwoliła na automatyczne zarejestrowanie tego leku w naszym kraju w latach dziewięćdziesiątych. Lek zaczął być dostępny na receptę co nieco ograniczyło jego szerokie stosowanie. Nie tylko działanie ale także struktura chemiczna cytyzyny i nikotyny jest podobna. Obie substancje mają powinowactwo do receptorów tzw. nikotynowych co w pewnym sensie zapobiega przed nieprzyjemnymi odczuciami, które mogą towarzyszyć nagłemu odstawieniu nikotyny jak obniżenie glikemii (pojawia się głód) czy obniżenie ciśnienia tętniczego krwi (osłabienie, senność). Wskazanie do leczenia cytyzyną jest szerokie bo jest to zespół uzależnienia od tytoniu. Przeciwwskazania bezzwzględne praktycznie nie występują a w sytuacji źle kontrolowanego ciśnienia tętniczego krwi czy zaostrzenia choroby wrzodowej po ustąpieniu okresu zaostrzenia tych chorób można bezpiecznie podjąć próbę leczenia cytyzyną zaczynając od mniejszych dawek leku dla większego bezpieczeństwa i komfortu chorego. Proponowany przez producenta schemat leczenia cytyzyną opiera się na bardzo krótkiej 25-dniowej terapii lekiem. Oczywiście są osoby, którym taki okres wystarczyłby rzucić palenie ale, jak widzimy na przykładzie nowszych leków, wydłużenie terapii sprzyja utrwaleniu abstynencji a co za tym idzie zwiększeniu trwałej skuteczności tego leku. Ulotka zawiera proponowanych schemat ale świadomy lekarz może zmodyfikować terapię trzymając się pewnych zasad. Chory nie powinien: przyjmować więcej niż 6 tabletek na dobę, częściej niż co 2 godziny, więcej niż 1 tabletkę na raz. Osobom z dolegliwościami gastrycznymi proponujemy rozpocząć terapię np. od dawki 3 x 1 tabl. przez 3 dni i ew. zwiększać do 6 tabletek na dobę z jednoczesnym zmniejszeniem ilości wypalanych papierosów w tym czasie tak by w momencie całkowitego zaprzestania palenia tytoniu chory miał maksymalną

dawkę cytyzyny. Zmniejszanie dawki powinno oczywiście być stopniowe i powolne. Nie należy spieszyć się ze zbyt szybkim odstawieniem leku. Są chorzy, którzy odnoszą korzyść nawet z doraźnego (raz na jakiś czas) przyjęcia cytyzyny. Pierwsze badania kliniczne, które pochodzą z lat 60-tych i 70-tych XX wieku z krajów RWPG, dowodziły że lek jest bezpieczny i skuteczny w leczeniu uzależnienia od tytoniu. Mimo, że powstały kolejne badania, to przez kolejne lata nie udało się cytyzynie przebić na rynki zachodnie. Zarzucano tym badaniom słabą jakość, brak opracowań klinicznych. Zakład Epidemiologii kierowany przez prof. Zatońskiego, jeszcze przed rozpoczęciem międzynarodowego badania, przeprowadził badanie obserwacyjne, którym objęto 445 osób w okresie od listopada 2003 do marca 2005r. Byli to pacjenci stacjonarnej poradni pomocy palącym działającej od ponad 10 lat przy Centrum Onkologii w Warszawie. Wg naszej obserwacji aż 27% osób, które otrzymywały Tabex nie paliło po 3 miesiącach od rozpoczęcia kuracji, z tego m/w połowa utrzymała tę abstynencję także po roku. Już wtedy zaobserwowaliśmy, że im dłużej chory przyjmował preparat cytyzyny, tym skuteczność terapii była większa. Nie obserwowaliśmy w czasie badania żadnych ciężkich działań niepożądanych. Najczęściej chorzy skarżyli się na suchość w ustach i zaburzenia gastryczne. Te ostatnie były głównym powodem przerwania terapii. Często objawy te występowały w pierwszym okresie leczenia, gdzie dawka cytyzyny jest maksymalna i łączy się w dodatku z dużą dawką nikotyny. Stąd nasz pomysł by zmodyfikować trochę schemat leczenia cytyzyną czyli leczyć „na zakładkę” tzn. stopniowo zwiększać dawkę cytyzyny a jednocześnie stopniowo zmniejszać dawkę nikotyny. W tym przypadku w/w działania niepożądane występują bardzo rzadko. W końcu września 2011 r. w NEJM ukazało się badanie cytyzyny, w którym prof. Zatoński wraz z zespołem brał udział. Badanie opierało się na podwójnie ślepej próbie. Alternatywą do cytyzyny było placebo. W badaniu wzięło udział ok. 700 osób. Schemat leczenia był zgodny z ulotką leku. Ciekawe i nowe wnioski jakie wypłynęły z badania to nie tylko skuteczność tego leku ale stosunkowo niska jego cena co może być zachętą do korzystania z tej pomocy przez szersze niż dotychczas grono osób uzależnionych.

NIKOTYNOWA TERAPIA ZASTĘPCZA (NTZ)

Koncepcja stworzenia alternatywnego do papierosa medium dostarczającego nikotynę pojawiła się w Instytucie Fizjologii Uniwersytetu w Lund w końcu lat 60-tych. Guma do żucia zawierająca nikotynę była pierwotnie przeznaczona dla marynarzy łodzi podwodnych, którzy podczas długich rejsów prezentowali objawy abstynencji pogarszające ich samopoczucie i funkcjonowanie w ekstremalnych warunkach. Ponieważ w owych czasach palenie uznawano za element stylu życia a nie zespół chorobowy, szwedzka agenda rządowa produktów medycznych odmówiła jej rejestracji. Do leczenia uzależnienia została zarejestrowana najpierw w Szwajcarii, Kanadzie i Wielkiej Brytanii a potem dopiero w rodzimej Szwecji. Początkowo dostępna jedynie na receptę lekarską, do wolnej

sprzedaży została wprowadzona w latach 90-tych. Wypalenie papierosa to modelowa droga dostarczenia nikotyny do ośrodkowego układu nerwowego. Inhalacja dymu tytoniowego powoduje dynamiczne narastanie poziomu nikotyny we krwi tętniczej docierającej do ośrodkowego układu nerwowego i jej wiązanie z receptorami nikotynowymi alfa4beta2 we wszystkich strukturach mózgowia. W mezolimbicznym układzie dopaminergicznym nagrody nikotyna powoduje uwalnianie neurotransmiterów, co palacz przeżywa jako uczucie przyjemności pojawiające się już po pierwszym zaciągnięciu się dymem. Ekspozycja na nikotynę stymuluje ekspresję receptorów nikotynowych, a ustępujące ich pobudzenie odczuwane jest jako dyskomfort – głód nikotynowy. Idea nikotynowej terapii zastępczej opiera się na koncepcji dostarczania czystej chemicznie nikotyny, co pozwala kontrolować objawy abstynencyjne, i tym samym chroni przez całym wachlarzem, innych niż nikotyna, czynników toksycznych obecnych w dymie tytoniowym. W efekcie możemy ograniczyć straty zdrowotne wynikające z nałogu, z drugiej zaś strony zyskujemy czas i stwarzamy okoliczności umożliwiające palaczowi uzyskanie wglądu w naturę uzależnienia i modyfikację zachowań związanych z paleniem. Wskazaniem do leczenia jest fizyczne uzależnienie od nikotyny. W rutynowej praktyce większości poradni do oceny stopnia uzależnienia posługujemy się testem Fagenstroma. I to świetnie, bo test ten to jedyne ogólnodostępne narzędzie, nie wymagające pobierania próbek materiału biologicznego, nie wymagające nakładów finansowych, którego wynik poznajemy po kilku minutach od decyzji o jego wykonaniu ale... jak każde narzędzie diagnostyczne ma swoje ograniczenia. Ma bowiem charakter szacunkowy. Arbitralnie uznaje się, że wypalanie papierosów w ilości ponad 20/d, palenie w nocy lub zaraz po przebudzeniu oraz w miejscach gdzie jest ono zabroniony świadczy o silnym uzależnieniu fizycznym. Tak więc pomija się między osobnicze różnice w farmakokinetyce nikotyny – u osób wolno metabolizujących jej wysoki poziom po pojedynczym papierosie może utrzymywać się bardzo długo, jak i różnic w efektach farmakodynamicznych – czyli efektach pojawiających się od momentu wiązania z receptorem. Dlatego wszystkie zalecenia dotyczące wskazań do włączenia NTZ i jej dawkowania mają charakter szacunkowy. Jeśli nasz pacjent nie spełnia kryteriów testu Fagenstroma, ale skarży się na objawy odstawienne, jest kandydatem do terapii. Do przeciwwskazań zawartych w ulotce leku warto odnieść się z rezerwą. Oczywiście dla poprawy rokowania w wymienionych sytuacjach klinicznych powinno się nie dopuszczać do ekspozycji na substancje toksyczne występujące w dymie tytoniowym w tym nikotyną. Tylko że nasz pacjent często jest chory właśnie dlatego że pali i sytuacje wymienione jako przeciwwskazania należą do tych, w których redukcja strat, czyli sama istota NTZ, mają szczególne zastosowanie. Można natomiast rozważyć stosowanie innych leków, które zmniejszą objawy głody nikotynowego i np. pozwolą kontrolować nastrój. Efekt biologiczny i zaspokojenie głodu nikotynowego następują po pierwszej inhalacji dymem, czego jak widać, nie zapewnia żadna z dostępnych dróg NTZ, nawet

postać inhalowana. Odroczenie efektu nagrody a jednocześnie stabilność poziomów nikotyny sprzyjają częściowemu ograniczaniu objawów abstynencyjnych i modyfikacji zachowań związanych z paleniem. Plastry z nikotyną powodują powolne narastanie i wielogodzinne utrzymywanie się jej stabilnych poziomów, mogą być nie wystarczająca formą substytucji przy nasileniu objawów abstynencyjnych. Warto wówczas dodatkowo podawać lek w postaciach krótko działających: gumy, lingwetki, pastylki do ssania. Biorą pod uwagę farmakokinetykę nikotyny preparaty stosowane w NTZ dzielimy na krótko i długo działające. Preparaty o krótkim czasie działania najczęściej stosowane są jako uzupełnienie innej formy terapii. Plastry NTZ – działające długo mogą stanowić główne narzędzie lecznicze. Jeśli pacjent decyduje się na stosowanie gum nikotynowych/pastylek/lingwetek należy pouczyć do o sposobie ich użytkowania:

- Gumę należy przeżuć do momentu pojawienia się mrowienia śluzówki jamy ustnej co świadczy o uwalnianiu nikotyny a następnie umieścić między policzkiem a szczęką lub żuchwą. Gdy mrowienie ustąpi, aby następna porcja nikotyny została uwolniona, należy ponownie gumę przeżuć i umieścić jak opisano. Całkowite uwolnienie nikotyny następuje po około 20 min jej używania.
- Wymienionych preparatów nie powinno się przyjmować jednocześnie z pokarmem lub napojami, zwłaszcza gazowanymi, ponieważ zmiana pH w jamie ustnej upośledza wchłanianie nikotyny przez błonę śluzową
- Objawy takie jak czkawka, nudności, niesmak w jamie ustnej mogą być związane z drogą podania nikotyny.

Osoby, które decydują się na stosowanie plastrów z nikotyną powinny wiedzieć o ryzyku pojawienia się uczuleń w okolicy przyklejania plastra, opisywano też przypadki lokalnego zaniku podskórnej tkanki tłuszczowej w miejscu aplikacji dlatego powinno być ono systematycznie zmieniane.

Wszyscy leczeni powinni wiedzieć że papieros jest jak bolid – szybko dostarcza nikotynę i jest śmiertelnie niebezpieczny.

W terapii zastępczej efekt nikotyny pojawia się z opóźnieniem, który jest elementem leczenia i jako taki powinien być zaakceptowany. Działania uboczne NTZ to efekty biologiczne samej nikotyny lub efekty jej przedawkowania czy też nieadekwatnego stosowania czyli mówiąc kolokwialnie objawy „kaca nikotynowego” (kołatanie serca, ból i zawroty głowy, bezsenność, działania prokinetyczne na przewód pokarmowy: biegunka, nudności i wymioty). Objawy z przewodu pokarmowego takie jak czkawka, nudności mogą być powodowane zastosowaniem postaci nikotyny podawanych drogą doustną i najczęściej są związane z ich nieprawidłowym stosowaniem.

Jednoczesne stosowanie pełnej substytucji nikotyny i palenie papierosów może spowodować działania niepożądane, które powodują, że chorzy odstawiają lek zamiast zaprzestać palenia. W trakcie porady warto też ocenić czy skargi na działania niepożądane nie są formą obrony pacjenta przed zmianą i zaprze-

staniem palenia. W ustalaniu początkowej dawki nikotyny możemy posłużyć się oznaczeniem jednego z jej metabolitów – kotyniny. Jest to alkaloid o długim okresie półtrwania tak więc jego stężenie we krwi lub moczu odzwierciedla ekspozycję na substancję macierzystą - nikotynę. Oznaczenia te jednak nie są dostępne ani tanie i z powodzeniem możemy posłużyć się metodą szacunkową, według której dobową dawkę nikotyny ustalamy na podstawie wypalanej liczby papierosów. Podane w tabeli wstępne dawki dobowe nikotyny, które mogą być podawane z zastosowaniem różnych jej postaci, powinny skutecznie zapobiegać objawom głodu nikotynowego. W wielu randomizowanych pracach, obiektywizowanych pomiarami kotyniny we krwi lub moczu okazało się, że po zastosowaniu wymienionych dawek uzyskiwano ekspozycję na nikotynę wynoszącą średnio 54% występującej u tych samych osób przy nieograniczonym paleniu poprzedzającym terapię. Możemy więc uznać, że zgłaszane przez leczonego skargi na objawy odstawienne mogą świadczyć o suboptymalnym dawkowaniu NTZ. Do rozważenia pozostaje czy w takiej sytuacji intuicyjnie zwiększać dawki czy też w wybranych przypadkach nie wykonywać oznaczeń kotyniny.

Na dziś proponuje się dwa schematy leczenia ZUT z użyciem nikotyny. Wybór metody zależeć będzie od sytuacji zdrowotnej pacjenta, jego preferencji i obaw związanych z zaprzestaniem palenia. Schemat z zastosowaniem maksymalnej dawki i jednoczasowym zaprzestaniem palenia. Dla odległego utrzymania abstynencji ważne jest kontynuowanie terapii przez 3-4 miesiące i stopniowe jej odstawianie. Niektórzy byli palacze, nawet wiele lat po zaprzestaniu palenia, w sytuacjach stresu, wzmożonego niepokoju, doraźnie przyjmują nikotynę. Zastosowanie schematu powolnego ograniczania liczby wypalanych papierosów z jednoczesnym stosowaniem NTZ, według doniesień literaturowych, w odległej obserwacji sprzyja całkowitemu zaprzestaniu palenia a jednoczesne palenie zredukowanej liczby papierosów i przyjmowanie NTZ jest dobrze tolerowane przez pacjentów. Schemat taki wydłuża czas leczenia NTZ w stosunku do poprzedniego ale może być pomocny szczególnie tym osobom, którym „brak odwagi” na radykalne kroki w rzucaniu palenia. Przy zastosowaniu NTZ prawdopodobieństwo zaprzestania palenia jest dwukrotnie większe niż przy stosowaniu placebo. Skuteczność terapii zastępczej zależy od drogi podania nikotyny, czasu leczenia a także punktu czasowego, w którym ocenia się skuteczność terapii. Dla poszczególnych form farmaceutycznych nikotyny obserwuje się nieco odmienne szanse na uzyskanie abstynencji. Być może jest to związane z drogą podania i pośrednio efektem farmakodynamicznym nikotyny. Zwraca uwagę nieco wyższy iloraz szans abstynencji dla inhalowanych postaci nikotyny, pośredni dla postaci podawanej przez słuzówki jamy ustnej i najniższy dla przez skórnej. Być może jest to związane z jednej strony z trudnością w adekwatnym dawkowaniu nikotyny, z drugiej zaś z samą naturą uzależnienia i wzbudzania układu nagrody przez kolejne dawki inhalowanej nikotyny jak to omówiono uprzednio.

BUPROPION

Chlorowodorek bupropionu o powolnym uwalnianiu (SR) jest lekiem znanym od dawna w Stanach Zjednoczonych jako Wellbutrin i stosowanym w leczeniu depresji. Jak zwykle przypadek i wnikliwość pewnego psychiatry (Linda Ferry) spowodował, że odkryto jego inne, jakże bezcenne w tamtych czasach, właściwości a mianowicie zmniejszenie chęci palenia. W 1997r po przeprowadzeniu badań klinicznych FDA zarejestrowała lek o nazwie Zyban ze wskazaniem: zespół uzależnienia od tytoniu. Zyban był jednym z pierwszych leków zarejestrowanych do leczenia uzależnienia od tytoniu, który miał opisane i zdefiniowane koncepcje mechanizmu działania. Dzięki niemu określono dwa sprzężone ze sobą ośrodki mózgowe, które zarządzają uzależnieniem od nikotyny. Jeden z nich nazwano ośrodkiem nagrody, gdyż generuje on przyjemne doznania u osoby uzależnionej, które pojawiają się po dostarczeniu nikotyny. Mieści się on w nucleus accumbens jako element układu dopaninergicznego. Drugi – ośrodek kary, uaktywnia się, gdy osoba uzależniona od nikotyny nie dostarczy stosownej dawki tej substancji. Nieprzyjemne objawy z tym związane to efekt włączenia się właśnie tego ośrodka adrenergicznego zlokalizowanego w locus ceruleus. Co najważniejsze: Zyban działa na oba te ośrodki. To działanie powoduje wystąpienie dwóch istotnych objawów u osoby, która przyjmuje chlorowodorek bupropionu; zmniejszenie chęci palenia co sprzyja zmniejszeniu ilości wypalanych papierosów a mimo tego nie pojawiają się objawy abstynencji co oczywiście podtrzymuje mniejszą chęć palenia. Istotnym elementem przy rzucaniu palenia jest nieuchronny przyrost masy ciała, który jest złożonym problemem, bo wynika nie tylko ze zwiększonego apetytu po odstawieniu papierosów ale także zmniejszonego metabolizmu. Niekiedy nadmierny przyrost masy ciała jest powodem powrotu do palenia. Stąd korzystną obserwacją jest zdecydowanie mniejszy przyrost masy ciała u osób leczonych bupropionem w stosunku do placebo i ta tendencja nie zmienia się także po skończeniu przyjmowania bupropionu. Chlorowodorek bupropionu można stosować u wszystkich osób uzależnionych od tytoniu z wyjątkiem chorych na padaczkę nawet w okresie remisji (z uwagi na obniżenie progu drgawkowego po bupropionie). Osoby z jadłowstrętem psychicznym (anoreksja, bulimia) także nie powinny stosować bupropionu z uwagi na duże ryzyko nasilenia choroby. Inhibitory monoaminoooksydazy powodują zmniejszony rozkład dopaminy w receptorach ośrodkowego układu nerwowego co w skojarzeniu z bupropionem, który też zwiększa stężenie dopaminy w tych receptorach może wywołać szereg nieprzyjemnych objawów psychotycznych. Dopiero po 2 tygodniach po odstawieniu iMAO można włączyć bezpiecznie Zyban. Z większą ostrożnością niż zwykle należy stosować ten lek u chorych uzależnionych od alkoholu, gdyż zarówno przewlekłe i nadmierne spożywanie alkoholu jak też gwałtowne jego odstawienie może istotnie obniżyć próg pobudliwości drgawkowej i wywołać napad padaczki. Podobnie w cukrzycy, szczególnie insulinozależnej, hipoglikemia obniża

próg drgawkowy co w skojarzeniu z bupropionem także może wywołać drgawki. Warto pamiętać, że samo odstawienie papierosów obniża glikemię a co za tym idzie zmniejsza zapotrzebowanie na insulinę chyba, że chory wyrówna to większym nieco apetytem. Urazy głowy czy guzy OUN to także częsta przyczyna padaczki. Dlatego chorych z takimi problemami należy dokładnie zapytać o występowanie drgawek czyli wtórnej padaczki. Teofilina często stosowana jest w leczeniu POChP a jej dawka dostosowana do zapotrzebowania. Może się zdarzyć, że po odstawieniu papierosów zapotrzebowanie na teofilinę znacznie się zmniejszy i problem interakcji z bupropionem zniknie. Istotne są także interakcje na poziomie szlaku metabolicznego bupropionu, który wiąże się z izoenzymem CYP2D6 cytochromu P450. Interakcje te mogą spowodować zmniejszenie metabolizmu innych leków, które także korzystają z tego szlaku metabolicznego jak np. betaadrenolityki czy niektóre leki antydepresyjne. W wyniku tej interakcji zwiększy się siła działania tychże leków a czasami konieczność zmniejszenia ich dawek. Działania uboczne tu wymienione zebrano na podstawie olbrzymiego badania klinicznego opublikowanego w NEJM w 1999r, w którym porównywano skuteczność chlorowodoru bupropionu w stosunku do placebo, NTZ oraz terapii skojarzonej czyli bupropion+NTZ. W badaniu wzięło udział prawie 1000 osób. Wykazano, że najczęściej osoby leczone bupropionem skarżyły się na zaburzenia snu, bezzsenność oraz suchość w ustach. W grupie tej nie odnotowano ani jednego przypadku drgawek, o które tak wszyscy się obawiali. Proponowany przez producenta schemat leczenia Zybanem nieco został przez nas zmodyfikowany w oparciu m.in. o poznane działania uboczne. Terapię rozpoczyna się od jednej dawki porannej 150mg przez 3 dni. Czwartego dnia zwiększa się dawkę do 2 x 150mg i kontynuuje do końca leczenia. Po tygodniu od rozpoczęcia przyjmowania Zybanu należy odstawić papierosy. Producent dopuszcza wydłużenie okresu palenia tytoniu do 14 dni. Całkowita terapia nie powinna być krótsza niż 7 tygodni. Dopuszcza się nawet jej przedłużenie do roku. Od 1999r pojawiło się już ponad 40 badań, które potwierdziły wysoką skuteczność bupropionu w stosunku do placebo ale też uprzednio najskuteczniejszej terapii czyli NTZ. W 2002r opublikowano badanie, w którym oceniano skuteczność 12-tygodniowej terapii bupropionem u szczególnych chorych bo chorych z POChP. Nawet w tej grupie chorych okazało się, że bupropion okazał się bardzo skuteczny. Rzucenie palenia jest w przypadku tych schorzeń warunkiem ich skutecznego leczenia. NTZ nie można stosować u osób z poważnymi schorzeniami układu sercowo-naczyniowego! Natomiast bupropion tak.

WARENIKLINA

Wareniklina jest lekiem zaprojektowanym do leczenia ZUT. Wykazuje podwójne działanie, agonistyczno-antagonistyczne na receptory nikotynowe alfa4, beta2, systematyczne pobudzanie których odpowiedzialne jest za powstawanie fizycznego uzależnienia od nikotyny. Przez swoje działanie pobudzające na re-

ceptor i zwiększone uwalnianie dopaminy lek w dużym stopniu lub całkowicie uśmierza objawy głodu nikotynowego. Przez działanie blokujące na receptor nie dopuszcza do przyłączenia nikotyny i tym samym przerywa błędne koło uzależnienia warunkujące odczuwanie przyjemności i przymus dostarczania sobie coraz większych dawek nikotyny. Wskazaniem do stosowania leku jest ZUT. Warto przed rozpoczęciem terapii ocenić czy mamy do czynienia z psychicznym, fizycznym czy też oboma formami uzależnienia. Stosowane w tym celu testy mają jednak charakter szacunkowy i nawet przy stosunkowo niewielkiej liczbie wypalanych papierosów pacjent może mieć duże problemy z osiągnięciem i utrzymaniem całkowitej abstynencji i dokuczliwe objawy odstawienne. Tak więc nie tylko fizyczne ale też psychiczne uzależnienie może być wskazaniem do zastosowania leku. Przeciwwskazania to: wystąpienie nadwrażliwości na składniki preparatu – opisywano przypadki alergii skórnych lub też pojawienie się dokuczliwych a tym bardziej groźnych działań ubocznych. U chorych z umiarkowanym upośledzeniem czynności nerek nie ma konieczności redukcji dawki, zaleca się skrupulatną ocenę tolerancji leku. Przy oszacowanym przesączaniu kłębuszkowym <30 mL/min dawka początkowa wynosi 0.5 mg na dzień, może być zwiększona maksymalnie do 2×0.5 mg. Dla pacjentów leczonych hemodializami maksymalna dopuszczalna dawka wynosi 0.5 mg/ dobę. Ponieważ tylko niewielka część leku metabolizowana jest w wątrobie nie ma konieczności modyfikacji dawkowania w przypadku niewydolności tego narządu. Nie ma badań dokumentujących bezpieczeństwo stosowania leku w ciąży i nie jest on zalecany (kategoria C wg FDA). W badaniach na zwierzętach doświadczalnych stwierdzono penetrację leku do pokarmu, u kobiet karmiących piersią takich badań nie wykonywano. Wareniklina jest w 90% eliminowana przez nerki w postaci nie zmienionej, nie wpływa istotnie na aktywność enzymów zaangażowanych w metabolizm większości leków m.in cytochromu P 450. Nie wpływa na farmakokinetykę leków takich jak digoxyna, bupropion, metformina, warfaryna. Chociaż nie wykazano jej wpływu na nikotynę w postaci przezskórnej pojawiło się 1 doniesienie o zwiększonej częstości działań ubocznych wymagających jej odstawienia. Objawy te przypominały „przedawkowanie” nikotyny. Według proponowanego przez firmę schematu terapii: W dniach 1-3 pacjent przyjmuje 0.5 mg, w dniach 4-7 2×0.5 mg, a następnie 2×1 mg do 12 tygodni leczenia. Od 8. dnia przyjmowania leku powinien zaprzestać palenia. W celu zapobieżenia lub/i zmniejszenia dokuczliwości działań niepożądanych leku na przewód pokarmowy proponuje się przyjmowanie dawki po posiłku i jej obfite popijanie. Chorych, którym po początkowym sukcesie zdarzy się złamać abstynencję, należy zachęcić do kontynuacji terapii, jak też rozważyć jej modyfikacje (np. nikotynowa terapia zastępcza – preparat doraźny przyjmowany w razie potrzeby). Jeśli abstynencję uzyskano z opóźnieniem, można wydłużyć leczenie do 24 tygodni. Obecnie dysponujemy 6 dużymi badaniami z randomizacją, w których oceniano skuteczność terapii warenikliną. W dostępnych pracach stosowano bardzo różne

dawki leku – od 0.3 (w pojedynczym badaniu) do 2 mg na dobę, różny też był czas terapii od 6-7 do 24 tygodni. Od 2007 roku wareniklina, na równi z bupropionem i NTZ, polecana jest jako leczenie pierwszego wyboru w ZUT zarówno przez wytyczne europejskie jak też amerykańskie. W większości przeprowadzonych badań osoby zrandomizowane do grup placebo chociaż nie otrzymywały czynnej farmakologicznie substancji, zostały objęte systemem edukacji i wsparcia, który ułatwia zaprzestanie palenia. W takim też kontekście warto oceniać abstynencję obserwowaną w grupach kontrolnych. Jak i w przypadku innych preparatów, wydłużenie czasu leczenia zwiększa prawdopodobieństwo trwałej, tj ocenianej po roku abstynencji. Wśród pacjentów, którzy zaprzestali palenia po 12 tygodniach terapii, kolejne 12 przyjmowania warenikliny przyniosło 70% abstynencję po roku, gdy przez drugie 12 tygodni terapii chorzy otrzymywali placebo odsetek trwałych abstynencji wynosił 49%. Po 12 tygodniach terapii wareniklina, w porównaniu z placebo, 3-rotnie a w porównaniu z bupropionem 1.5-krotnie, zwiększa prawdopodobieństwo abstynencji na koniec leczenia. Ten pozytywny efekt, chociaż słabiej wyrażony, utrzymuje się w ocenie odległej, 24 i 52 tygodnie od zakończenia terapii. Najczęściej zgłaszaną dolegliwością były nudności, częstość ich występowania w przy dawce 2 mg /d sięgała 30 a nawet 50%, przy dawce 0,5 mg była taka jak w grupie placebo, tj około 10 %. Pojawiać się mogą także bezsenność, bóle głowy, dziwaczne i niepokojące sny. Rzadziej występują zaburzenia łaknienia, objawy neurologiczne, nietolerancja z przewodu pokarmowego, hiperglikemii. Opisano kilkaset przypadków wystąpienia *de novo* jak też nawrotów zaburzeń psychicznych – schizofrenii, choroby dwubiegunowej, depresji. U niektórych osób leczonych warenikliną nasilenie nudności, bezsenności czy bólów głowy było powodem przerwania terapii. Odsetek tych chorych był porównywalny z grupą leczoną placebo i wynosił ok. 10%.

W poradni pomocy palącym Centrum Onkologii stosujemy ujednolicony schemat zbierania wywiadu lekarskiego, dzięki któremu zapoznajemy się z dotychczasowymi doświadczeniami pacjenta z dostępnymi na rynku preparatami pomocnymi w zaprzestaniu palenia, ze współwystępującymi lub rozpoznawanymi w przeszłości schorzeniami, które mogą stanowić przeciwwskazanie do określonej terapii: np. wywiad anoreksji lub epizodów drgawkowych a leczenie bupropionem. Motywacja pacjenta i jego gotowość do współpracy oraz przestrzegania zaleceń, są kluczowe dla uzyskania sukcesu w terapii ZUT. Obawy, zastrzeżenia czy też preferencje chorego, nawet jeśli według nas nie uzasadnione merytorycznie, powinny być uwzględniane przy wyborze leczenia. Jeśli z przyczyn medycznych nie chcemy danego środka zastosować, warto w sposób życzliwy i zrozumiały wyjaśnić przesłanki naszego wyboru. Jeśli tylko jest to możliwe chory powinien uzyskać poradę psychologa, który pomoże modyfikować zachowania związane z ZUT. System poradnictwa proaktywnego realizowany w naszej poradni przewiduje, po wyrażeniu wstępnej zgody przez chorego, podejmowane przez terapeutę kontakty telefoniczne, których celem jest śledzenie skuteczności

procesu terapeutycznego, wspieranie w przewycięzaniu napotykanym trudności i ograniczeń. Każdy z preparatów przeznaczonych do terapii ZUT może być stosowany pojedynczo, coraz częściej sięga się po ich połączenia. W przypadku nieskuteczności albo częściowej nieskuteczności monoterapii rozważamy terapię kombinowaną. Jednoczesne zastosowanie plastrów nikotynowych zapewniających stały poziom nikotyny we krwi i doraźnie, przy wystąpieniu objawów abstynencji, przyjmowanych krótko działające preparatów nikotynowych należy do uznanych strategii terapeutycznych. Połączenie bupropionu z doraźnymi preparatami NTZ ma swoje uzasadnienie w odmiennych mechanizmach działania a zbieżnym wpływie na układ nagrody. Nie stwierdza się doniesień o szkodliwości takiego połączenia a intuicyjnie uznać możemy, że u osoby próbującej uwolnić się od nałogu, przyjęcie preparatu nikotynowego jest zawsze lepsze od zapalenia papierosa. Własne doświadczenia pokazują, że takie skojarzenie jest skuteczne i bezpieczne. W przypadku warenikliny i preparatów NTZ nie ma podstawy teoretycznej, wynikającej z mechanizmu działania leków, która uzasadniałaby takie połączenie, z drugiej zaś strony nie ma uzasadnień dla których takie połączenie miałyby być szkodliwe. Według niektórych autorów, jeśli podanie krótko działającej NTZ będzie pomocne w kontrolowanie objawów odstawiennych, powinno być kontynuowane. Koncepcja jednoczesnego podawania bupropionu z warenikliną wydaje się ciekawa, niestety nie ma w literaturze doniesień oceniających skuteczność i bezpieczeństwo łączenia tych preparatów. Stosowanie NTZ postaci krótko działających w monoterapii wymaga oddzielnego omówienia. W zasadzie jedyną sytuacją kliniczną, w której można zalecić takie postępowanie, jest kolejna próba zaprzestania palenia u osoby, która poprzednio zaprzestała nałogu na NTZ krótko działającej lub stopniowa redukcja nikotyny w okresie jej odstawiania. Warto wtedy zalecić systematyczny, to znaczy w wyznaczonych odstępach czasowych, przyjmowanie wybranego preparatu. Jeśli pacjent będzie przyjmował nikotynę na żądanie, to jest po pojawieniu się głodu nikotynowego będzie narażony na dotkliwy przebieg zespołu odstawiennego. Zwłaszcza jeśli liczba wypalanych papierosów wynosi ponad 20 sztuk, próby kontrolowania głodu nikotynowego przez podawanie tabletek czy gum, najczęściej kończą się niepowodzeniem i zniechęceniem pacjenta do terapii. Pamiętajmy, że u osób z fizycznym uzależnieniem od nikotyny oszacowana minimalna jej suplementacja za pomocą NTZ wynosi co najmniej 1 mg nikotyny na 1 wypalanego papierosa.

Piśmiennictwo

Fiore M, Jae'n C, Baker T et al. *Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update*. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD:US Department of Health and Human Services Public HealthService, 2008.

National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Update of Technology Appraisal for NRT and Bupropion: Possible Extension?* 2006.<http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=388602>.

Tonstad S i wsp., *A randomized controlled trial*. *JAMA*. 2006;296:64-71.

Gonzales D, i wsp. *JAMA* 2006; 296: 47-55.

Tutka Piotr, Zespół palenia tytoniu – choroba wymagająca leczenia. *Farmacja Polska*. Tom 63. nr 13, 2007.

Cedzyńska Magda, Witold Zatoński, *Champix (warenklina) – nowy lek w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu*. *Ordynator leków*, Vol. & Nr1-2 (63-4) 2007.

Konsensus dotyczący rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu. *Medycyna Praktyczna*, wydanie specjalne 7/2008. Praca zbiorowa

Tutka Piotr, Zatoński Witold, *Cytyzyna – właściwości farmakologiczne leku stosowanego w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu*. *Medycyna Praktyczna* 2006.

Hurt R. i wsp.: *A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation*. *NEJM* 1997.

Jorenby D. i wsp., *A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation*. *NEJM* 1999.

West Robert i wsp., *Placebo-Controlled Trial of Cytisine for Smoking Cessation*. *NEJM* 2011.

Dorota Lewandowska

Streszczenie

Leczenie uzależnienia od tytoniu zawsze powinno opierać się na leczeniu skojarzonym np. farmakoterapia z psychoterapią. Farmakologiczne środki pomocy palącym jak nikotynowa terapia zastępcza, chlorowodorek bupropionu, warena-klina czy cytyzyna znalazły swoje miejsce i uznanie zarówno w pracach publikowanych w renomowanych pismach naukowych cytowanych w bibliotece Cochrana, jak też w praktyce wielu lekarzy, którzy na co dzień stosują te środki. Inne środki farmakologiczne jak antydepresanty, przeciwłękowe czy zmniejszające apetyt też znalazły dowody na poparcie swojej skuteczności i mimo, że są mniej znane od poprzednich nie należy o nich zapominać. Psychoterapia w uzależnieniu od tytoniu mniejszego stopnia może być często wystarczającą formą terapii. W silnym uzależnieniu jest konieczną formą wsparcia dla chorego i leczenia farmakologicznego. Nie należy odrzucać alternatywnych form leczenia jak hipnoza, akupunktura. Mimo, iż nie znalazły te metody naukowego poparcia na swoją skuteczność bywają sytuacje, że u niektórych osób, pozytywnie nastawionych do tych form terapii przynoszą one spektakularny sukces.

Słowa kluczowe

Zespół uzależnienia, formy leczenia, terapia zastępcza.

Abstract

Treatment of tobacco addiction should always be based on combined procedure e.g. pharmacotherapy and psychotherapy. Pharmaceuticals to help smokers such as nicotine substitutive therapy, bupropion hydrochloride, varenicline or Cytisine found their place and recognition both in articles published in renowned scientific magazines quoted in The Cochran Library and in the medical practice of many physicians who administer those drugs in their daily work. Other drugs such as antidepressants, anxiety-relieving and reducing appetite have also

provided evidence that confirms their effectiveness and although they are less popular, they should not be bypassed. Psychotherapy applied in tobacco addiction of a lesser degree can often turn out to be a satisfactory form of therapy. In advanced stages of dependence it is a necessary support to the patient and pharmacological treatment. Alternative forms of treatment such as hypnosis and acupuncture should not be discarded either. Despite the fact that these methods have not found scientific endorsement as regards their effectiveness, there are situations when in some patients with positive attitude towards them, they bring spectacular success.

Keywords

addiction syndrome, forms of treatment, substitutive therapy

Dorota Lewandowska, dr n. med. absolwentka Akademii Medycznej w Warszawie – I Wydział lekarski. Specjalistka II stopnia chorób wewnętrznych, transplantologii klinicznej oraz nefrologii. Pracuje w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus w Warszawie, w Instytucie Transplantologii, w Klinice Medycyny Transplantacyjnej i Nefrologii. Pracuje także w Poradni Pomocy Palącym.

Rozdział 2

Ograniczanie palenia tytoniu poprzez kształcenie kadr oraz programy realizowane w społeczności lokalnej

Kinga Janik-Konieczna, Katarzyna Zatońska, Krzysztof Przewoźniak

Leczenie uzależnienia od tytoniu w curriculum studiów medycznych

Wstęp

Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia z 2011 roku palenie tytoniu nadal stanowi największą pojedynczą, możliwą do wyeliminowania, przyczynę zgonów na świecie [1,2]. Co roku z powodu palenia tytoniu umiera prawie 6 milionów ludzi. Według prognozy, w 2030 roku z powodu palenia tytoniu może umrzeć ponad 8 milionów ludzi, z czego 80% przedwczesnych zgonów dotyczyć będzie osób żyjących w krajach o średnich i niskich dochodach. Szacuje się, że przy braku zmian tendencji w ciągu XXI wieku palenie tytoniu może być przyczyną zgonu co najmniej miliarda osób na świecie [1]. W Polsce pali papierosy 9,8 miliona osób (30,3% ogółu populacji w wieku 15 lat i więcej). Odsetek osób palących jest wyższy w populacji mężczyzn (36,9%) niż kobiet (24,4%) [3]. Palenie tytoniu jest największą pojedynczą przyczyną przedwczesnej umieralności w Polsce i innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej [4]. W 2010 r. palenie tytoniu przyczyniło się do śmierci 67000 Polaków (51000 mężczyzn oraz 16000 kobiet), w tym 38000 (30000 mężczyzn oraz 8000 kobiet) stanowiły zgony przedwczesne (w wieku 35-69 lat). Wśród mężczyzn przedwczesne zgony odtytoniowe stanowiły 33%, wśród kobiet 20%.

Uzależnienie od tytoniu po raz pierwszy uznane zostało za chorobę przewlekłą i nawracającą w X Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych z 1994 roku. Choroba ta została ujęta jako zaburzenie psychiczne i zaburzenie zachowania spowodowane paleniem (F17) [5].

Raport MPOWER Światowej Organizacji Zdrowia [6] przypisuje odpowiedzialność za zmniejszenie epidemii palenia tytoniu systemom ochrony zdrowia, a za dwa najistotniejsze aspekty efektywnego rzucania palenia uznaje porady lekarzy lub innych pracowników ochrony zdrowia oraz dostępność niedrogich leków.

Upowszechnienie leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu jest jednym z zadań Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 w Polsce. Ma ono na celu zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu, a w konsekwencji, redukcję jednego z najważniejszych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów, chorób układu oddechowego oraz zdrowia noworodków [7]. Skuteczne ograniczenie zdrowotnych następstw palenia tytoniu wymaga czynnego udziału wszystkich lekarzy, dysponujących odpowiednią wiedzą i właściwą postawą [8,9]. Pomimo, jak mogłoby się wydawać, posiadania wiedzy na temat

szkodliwości palenia tytoniu, odsetek palących lekarzy i studentów medycyny wykazany w licznych badaniach jest znaczący [10-13].

Celem niniejszej pracy był przegląd najnowszej literatury i podsumowanie badań dotyczących postaw wobec palenia tytoniu oraz oceny stanu wiedzy i postaw przyszłych lekarzy (studentów akademii medycznych) wobec diagnostyki i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu przeprowadzonych w ostatnich latach w Polsce.

Materiał i metoda

Materiał stanowiły wyniki pięciu wybranych badań ankietowych przeprowadzonych wśród studentów akademii medycznych w Polsce opublikowanych w latach 2008-2012. We wszystkich analizowanych badaniach kwestionariusz ankiety zawierał pytania dotyczące postaw wobec palenia tytoniu, a także wiedzy na temat diagnostyki i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu.

W badaniu Siemińskiej i wsp. [14] w 2002 roku 247 studentów Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku wzięło udział w pierwszym badaniu ankietowym dotyczącym różnych zagadnień związanych z paleniem tytoniu, a po 6 latach przeprowadzono ponowne badanie ankietowe wśród 175 studentów roczników 2002-2008, przy czym około 51% studentów wzięło udział w obu badaniach. Pytania dotyczyły m.in. zmiennych socjo-demograficznych, postaw wobec palenia tytoniu, liczby wypalanych papierosów oraz szkodliwych efektów zdrowotnych związanych z paleniem. Ponadto badano opinie i stan wiedzy studentów na temat nauczania diagnostyki i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu.

W badaniu Kurpas i wsp. [15,16] w roku akademickim 2008/2009 przeprowadzono anonimową ankietę wśród studentów VI roku Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu. Ankieta zawierała pytania dotyczące postaw wobec palenia tytoniu, realizacji zagadnień związanych z paleniem tytoniu w trakcie studiów oraz wiedzy na temat profilaktyki i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu.

Zielińska-Bliźniewska i wsp. [17] opublikowali wyniki anonimowego badania ankietowego przeprowadzonego wśród 565 studentów Oddziału Fizjoterapii Wydziału Wojskowo-Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Kwestionariusz ankiety składał się z pytań dotyczących danych demograficznych oraz danych dotyczących czynnego palenia oraz biernej ekspozycji na dym tytoniowy.

Kolejne badanie ankietowe zostało przeprowadzone w latach akademickich 2009-2011 wśród 170 studentów na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu [18] w ramach zajęć fakultatywnych pt. „Diagnostyka i leczenie zespołu uzależnienia od tytoniu” dla studentów od III do VI roku. Anonimowa ankieta przeprowadzona na początku pierwszych zajęć zawierała pytania dotyczące danych demograficznych, postaw wobec palenia tytoniu oraz pytania oceniające poziom wiedzy związanej z paleniem tytoniu w aspekcie powikłań

zdrowotnych i znajomości środków farmakologicznych stosowanych w terapii uzależnienia od tytoniu.

W 2012 roku zostały opublikowane wyniki badania przeprowadzonego wśród studentów III roku 12 uczelni medycznych w 4 krajach europejskich, w tym 4 w Polsce (w Krakowie, Łodzi, Poznaniu i Warszawie), w ramach Global Health Professions Student Survey [19]. W anonimowym badaniu ankietowym wzięło udział ogółem 2249 studentów. Kwestionariusz ankiety zawierał m.in. pytania na temat palenia tytoniu, ekspozycji na dym tytoniowy, roli pracowników ochrony zdrowia w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu, uczestnictwa w zajęciach o tematyce tytoniowej podczas studiów oraz pytania dotyczące wiedzy na temat metod leczenia uzależnienia od tytoniu i zmiennych demograficznych.

Wyniki

Postawy wobec palenia tytoniu

W tabeli 1 przedstawiono zestawienie wyników badań dotyczących postaw palenia wśród studentów uczelni medycznych w Polsce. Wyniki badań wskazują, że wśród studentów było ok. 20% osób palących i 80% niepalących. Jedynie badanie La Torre i wsp. [19] wykazało wyższy odsetek studentów, którzy palili (29%).

Rozpatrując postawy wobec palenia według płci zaobserwowano zróżnicowanie wyników w badaniach. Odsetek palących studentek wahał się pomiędzy 12% w Gdańsku i Wrocławiu (w roku akademickim 2008/2009) do około 22% w Łodzi i 38% wśród studentów biorących udział w wielośrodkowym badaniu w Krakowie, Poznaniu, Warszawie i Łodzi. Wyniki wskazują, że wśród studentów paliło od 21% we Wrocławiu (w roku akademickim 2008/2009) do 34% w Gdańsku.

W czterech z pięciu analizowanych badań odsetek palących studentów był wyższy od odsetka palących studentek. Wyjątek stanowiło badanie wielośrodkowe przeprowadzone w 2009 roku, w którym było więcej palących studentek (38%) niż palących studentów (26%).

Ponadto w badaniu Siemińskiej i wsp. [14] porównano częstość palenia studentów na pierwszym i ostatnim roku studiów. Wyniki pokazały, że po zapoznaniu się z tematyką ryzyka związanego z paleniem tytoniu studenci na ostatnim roku rzadziej palili niż na pierwszym roku studiów (odpowiednio 13% vs. 21%). Wyniki były istotne statystycznie wśród studentek (9% vs. 18%, $p=0,039$), a u studentów nie wykazano istotności (21% vs. 29%, $p=0,27$).

Tabela 1. Postawy wobec palenia wśród studentów uczelni medycznych w Polsce

Badanie	Uczelnia	Rok badania		N	%	osoby palące		osoby niepalące	
						N	%	N	%
Siemińska i wsp., 2008 [14]	Uniwersytet Medyczny w Gdańsku	2002 i 2008	kobiety	114	65	14	12	100	88
			mężczyźni	61	35	21	34	40	66
			ogółem	175	100	35	20	140	80
Kurpas i wsp., 2009 [16]	Akademia Medyczna we Wrocławiu	2008/2009	kobiety	144	69	17	12	127	88
			mężczyźni	66	31	14	21	51	77
			ogółem	210	100	31	15	178	85
Zielińska-Bliźniewska i wsp., 2011 [17]	Uniwersytet Medyczny w Łodzi	bd	kobiety	394	70	83	21	311	79
			mężczyźni	171	30	38	22	133	78
			ogółem	565	100	121	21	444	79
Janik-Koncewicz i wsp., 2012 [18]	Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu	2009-2011	kobiety	109	64	17	16	92	84
			mężczyźni	61	36	18	30	42	69
			ogółem	170	100	35	21	134	79
La Torre i wsp., 2012 [19]	uczelnie medyczne w Krakowie, Łodzi, Poznaniu i Warszawie	2009	kobiety	-	-	72	38	-	-
			mężczyźni	-	-	142	26	-	-
			ogółem	744	100	214	29	530	71

Liczba wypalanych papierosów

W badaniu Siemińskiej i wsp. [14] wykazano, że 57% codziennie palących studentów wypalało ponad 10 papierosów dziennie, a wśród nich 22% wypalało pierwszego papierosa w ciągu pierwszych 30 minut po obudzeniu się.

Kurpas i wsp. [16] wykazała, że 59% palących studentek i 71% studentów wypalało do 5 papierosów dziennie, a 24% studentek i 36% studentów paliło od 6 do 10 papierosów na dzień. Ponad 10 papierosów dziennie wypalało 18% studentek i 35% studentów.

Wiedza na temat diagnostyki i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu

W badaniu studentów Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku [14] ponad 50% badanych osób określiło swój stan wiedzy jako niski lub bardzo niski, a 6% zadeklarowało, że w ogóle nie ma wiedzy w tym temacie. 43% badanych studentów wyraziło, że ich poziom wiedzy jest dobry lub bardzo dobry.

W badaniu Kurpas i wsp. [15] 92% studentek oraz 95% studentów potwierdziło, że uzależnienie od tytoniu jest chorobą. Ponad połowa badanych studentów stwierdziło, że potrafi udzielić porady pacjentom w rzucaniu palenia. Jednak na

pytanie na czym polega minimalna interwencja antytytoniowa poprawnej odpowiedzi udzieliło niecałe 40% respondentów.

W badaniu studentów Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu [18] Blisko 80% ogółu badanych stwierdziła, że palenie tytoniu może prowadzić do tak silnego uzależnienia psychicznego jak zażywanie narkotyków. Pogląd ten podzielało 82% studentek i 75% studentów. 12% ankietowanych studentów postrzegało palenie tytoniu jako tylko silny nawyk. Uzależnienie od tytoniu postrzegane było jako choroba ujęta w międzynarodowej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 przez 59% badanych studentek i 67% studentów. Poprawnej odpowiedzi na pytanie dotyczące zawartości związków chemicznych w dymie tytoniowym udzieliło 61% studentek i 79% studentów. Rozpatrując poziom wiedzy studentów na temat chorób związanych z paleniem tytoniu, prawie wszyscy znali związek między paleniem a rakiem krtani, przewlekłym nieżytem oskrzeli, chorobą naczyń obwodowych, niedokrwinną chorobą serca i niską masą urodzeniową. Tylko 75% studentów wiedziało, że palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka raka pęcherza moczowego, a zaledwie 20% studentów wiedziało o tym, że palenie zwiększa ryzyko osteoporozy.

Większość badanych studentów (ponad 90%) znała tylko 2 najbardziej popularne preparaty nikotynowej terapii zastępczej stosowane w leczeniu uzależnienia od tytoniu. Jednak żadna z badanych osób nie potrafiła prawidłowo wskazać ani jednej nazwy chemicznej i handlowej z 3 leków stosowanych w Polsce o działaniu na centralny układ nerwowy, a próbę udzielenia odpowiedzi podjęło tylko 13% badanych.

Studia medyczne jako źródło wiedzy na temat diagnostyki i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu

Ponad połowa (56%) studentów Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku [14] stwierdziło, że studia były źródłem lub tylko częściowym źródłem ich wiedzy na temat diagnostyki i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu, natomiast 43% nie wskazało studiów jako źródła wiedzy. Natomiast aż 93% badanych studentów zasugerowało, że tematyka ta powinna być włączona do programu studiów medycznych.

W badaniu studentów Akademii Medycznej we Wrocławiu Kurpas i wsp. [15] 77% studentek i 80% studentów potwierdziło, że podczas studiów poruszano zagadnienia dotyczące uzależnienia od tytoniu.

W wielośrodkowym badaniu przeprowadzonym w ramach Global Health Professions Student Survey w Polsce [19] 80% badanych studentów stwierdziło, że podczas studiów medycznych było uczonych o skutkach zdrowotnych związanych z paleniem tytoniu. Jednak na pytanie czy podczas studiów brali udział w szkoleniu na temat leczenia uzależnienia od tytoniu, zaledwie 25% studentów odpowiedziało twierdząco. 88% badanych wiedziało o używaniu plastrów i gum nikotynowych w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu, ale już tylko 20% studentów słyszało o lekach o działaniu ośrodkowym, jak bupropion.

Postawy wobec leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu

W badaniu studentów Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku [14] 69% badanych na ostatnim roku studiów nie wierzyło w skuteczność nikotynowej terapii zastępczej w leczeniu uzależnienia od tytoniu.

W badaniu Kurpas i wsp. [16] wśród badanych studentów około 68% uważało, że porady w leczeniu uzależnienia od tytoniu powinni udzielać lekarze rodzinni. Niestety zaledwie 19% studentek i 24% studentów wyraziło, że takie porady powinny być prowadzone przez lekarzy wszystkich specjalności medycznych. Ponadto aż 87% uczestników badania uważało, że lekarz, który pali papierosy może udzielać pacjentom porad jak rzucić palenie [15].

W badaniu przeprowadzonym w ramach Global Health Professions Student Survey w Polsce [19] aż 90% studentów uważało, że pracownicy ochrony zdrowia pełnią rolę wzorów do naśladowania przez pacjentów i społeczeństwo. Tyle samo badanych stwierdziło, że pracownicy ochrony zdrowia odgrywają rolę w poradnictwie i informowaniu o metodach rzucenia palenia.

Dyskusja

Pomimo tego, że większość studentów uczelni medycznych przekonanych jest o tym, że będą pełnić rolę wzorów do naśladowania przez pacjentów i społeczeństwo, a także posiadają wiedzę na temat szkodliwości palenia tytoniu, odsetek palących studentów uczelni medycznych w Polsce jest znaczący i waha się u mężczyzn w granicach od 21% do 34%, a u kobiet od 12% do 38%. Należy jednak podkreślić, że w przeciągu ostatnich 25 lat nastąpił istotny spadek częstości palenia przez studentów medycyny. W latach 1987-1989, kiedy przeprowadzono pierwsze populacyjne badania postaw studentów medycyny wobec palenia tytoniu, paliło w tej populacji 56% mężczyzn i 48% kobiet [9].

Badania naukowe pokazują, że lekarze uznają palenie za główną możliwą do zapobiegania przyczynę śmierci i kalectwa. Jednak, paradoksalnie, nie są świadomi ich fundamentalnej roli w pomaganiu ludziom w rzuceniu palenia. W niektórych krajach częstość palenia wśród pracowników ochrony zdrowia jest wyższa niż w populacji generalnej. Wiadomo też, że średnio tylko 1 na pięciu pacjentów otrzymuje poradę i pomoc w rzuceniu palenia, a niewielki odsetek pacjentów stosuje farmakoterapię. Jedną z przyczyn tego zjawiska może być brak nabycia wszechstronnej wiedzy z zakresu leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu podczas studiów medycznych.

Leczenie zespołu uzależnienia od tytoniu powinno stać się elementem rutynowego postępowania lekarskiego, podlegającym wszystkim zasadom sztuki lekarskiej. Sukces terapeutyczny nie jest możliwy bez prawidłowego rozpoznania zespołu uzależnienia od tytoniu, bez przygotowania i skutecznego wspierania pacjenta do zaprzestania palenia oraz bez odpowiednio dobranych leków o skuteczności potwierdzonej w badaniach klinicznych [8,9]. Leczenie zespołu uzależnienia od tytoniu wymaga zatem od lekarzy posiadania odpowiedniej wiedzy

oraz przekonania o konieczności jego podejmowania [9], w którą to wiedzę powinni być wyposażeni w toku studiów. Ponadto zapoznanie się z tematyką palenia tytoniu, a szczególnie ryzyka związanego z paleniem kształtuje ich postawy i powoduje zmniejszenie częstości palenia już podczas studiów medycznych.

Z opublikowanych przez Światową Organizację Zdrowia badań *Global Health Professionals Survey* [20] wynika, że zdecydowana większość (91%–99%) badanych studentów medycyny z różnych krajów świata miała świadomość roli lekarza w zachęcaniu pacjenta do rzucenia palenia. Również zdecydowana większość (71%–97%) uważała, że wiedza na temat zespołu leczenia uzależnienia od tytoniu powinna być poruszona w trakcie studiów, ale formalne szkolenie w tej dziedzinie przeszło zaledwie 5%–33% przyszłych lekarzy. Podobnie wykazała nasza analiza, w której ponad połowa studentów Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku określała swoją wiedzę na temat leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu za niewystarczającą, a 93% studentów uważało że, tematyka ta powinna być włączona do programu. Zaledwie 25% studentów w badaniu *GHPs* przeprowadzonego na uczelniach medycznych w Poznaniu, Łodzi, Krakowie i Warszawie brało udział w szkoleniu na temat metod rzucania palenia.

Wyniki naszej analizy potwierdzają konieczność edukacji studentów uczelni medycznych w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu. Wprawdzie około 80% studentów a Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu zgodziła się ze stwierdzeniem, że palenie tytoniu może powodować tak silne uzależnienie jak zażywanie narkotyków, ale już świadomość, że jest ono chorobą ujętą w ICD-10, posiadało tylko około 62% badanych. Zdecydowana większość badanych przyszłych lekarzy uznała palenie tytoniu za jeden z najważniejszych, poddających się redukcji, czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów, chorób układu oddechowego oraz zdrowia noworodków, ale już tylko 20% wiedziało, że palenie tytoniu jest czynnikiem sprzyjającym występowaniu osteoporozy. Porównywalnym poziomem wiedzy w tym zakresie wykazali się studenci wydziału farmacji Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego [21].

Poza profesjonalną wiedzą do skutecznego leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu niezbędna jest również osobista postawa lekarza, gdyż lekarz palący jest bardziej tolerancyjny wobec tego nałogu u swojego pacjenta, a szanse takiego pacjenta na walkę z nałogiem są mniejsze [9,22]. Nasza analiza wykazała jednak, że większość badanych studentów Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku nie wierzyło w skuteczność nikotynowej terapii zastępczej, a tylko około 20% studentów badania Kurpas i wsp. [16] uważało, że porad w rzuceniu palenia powinni udzielać lekarze wszystkich specjalności. Ponadto prawie 90% studentów nie widziało problemu w udzielaniu porad jak rzucić palenie przez palących lekarzy.

Wnioski

Studia medyczne mogą mieć pozytywny wpływ na zmianę postaw studentów wobec palenia tytoniu. Jednak nie są rozpatrywane przez studentów jako dostateczne źródło wiedzy na temat diagnostyki i leczenia uzależnienia od tytoniu. Ponadto lekarze po ukończeniu studiów medycznych w Polsce nie posiadają wystarczających kompetencji do leczenia tej choroby.

Poszerzanie wiedzy studentów – przyszłych lekarzy – jest kluczowe w zmniejszeniu częstości palenia w całej populacji. W związku z tym istnieje pilna potrzeba wprowadzenia do programu studiów medycznych wszechstronnych zajęć z zakresu diagnostyki i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu.

Piśmiennictwo

1. *World Health Organization report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco*. World Health Organization, Geneva, 2011.
2. Zatoński W, Mańczuk M, Sulkowska U, Przewoźniak K. *Palenie tytoniu a umieralność na choroby odtytoniowe w Europie Środkowo-Wschodniej*. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2009;7(2):58-77.
3. *Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS) Polska 2009-2010*. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, 2010.
4. Peto, R., A. Lopez, J. Boreham, M. Thun, and C. Heath, Jr. *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2010*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press 1994 (updated 2012)
5. Światowa Organizacja Zdrowia. *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*. Rewizja 10. Wydanie 1. Vesalius, Kraków, 2006.
6. *MPOWER: a policy package to reverse the tobacco epidemic*. World Health Organization, Geneva, 2008.
7. Uchwała Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015.
8. *Konsensus dotyczący rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu*. Medycyna Praktyczna, 2006;7.
9. Przewoźniak K, Zatoński W. *Palenie tytoniu przez studentów medycyny*. w: Zatoński W, Przewoźniak K. (red.) *Palenie tytoniu w Polsce: postawy, następstwa zdrowotne, profilaktyka*. Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa, 1999:163-180.
10. Kurpas D., Jasińska A., Wojtal M., Sochocka L., Seń M.: *Palenie tytoniu wśród studentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu*. Przegląd Lekarski 2007;64(10):795-796.
11. Siemińska A., Jassem J.M., Uherek M., Wilanowski T., Nowak R., Jassem E.: *Postawy wobec palenia tytoniu wśród studentów pierwszego roku medycyny*. Pneumonologia i Alergologia Polska 2006;74:378-382.
12. Jaskólecki H., Tyrpień M., Stęplewski Z., Joško J.: *Socjomedyczne i psychologiczne uwarunkowania decyzji o zaprzestaniu palenia tytoniu u studentów medycyny*. Nowiny Lekarskie 2007;76(5):418-421.
13. Batura-Gabryel H., Kuźniar B., Świerkocki K.: *Palenie tytoniu wśród studentów*. Nowiny Lekarskie 2000;69(7):640-647.
14. Siemińska A, Jassem-Bobowicz JM, Uherek M, Wilanowski T, Nowak R, Jassem E. *Medical students' attitudes towards tobacco smoking at the first and sixth year of their studies 2002-2008*. Pneumonol Alergol Pol 2009;77:371-379.
15. Kurpas D, Wojtal M, Bielska D, Rogalska M, Sapilak B, Steciwko A. *Postępowanie w ramach profilaktyki uzależnienia od nikotyny – poziom wiedzy wśród studentów VI roku Akademii Medycznej we Wrocławiu*. Przegląd Lekarski 2009;66(10):819-821.

16. Kurpas D, Wojtal M, Bielska D, Rogalska M, Steciwko A. *Poziom palenia tytoniu wśród studentów VI roku Akademii Medycznej we Wrocławiu*. Przegląd Lekarski 2009;66(10):714-715.
17. Zielińska-Bliźniewska H, Młodzik J, Olszewski J. *Ocena nałogu palenia tytoniu i biernej ekspozycji na dym tytoniowy wśród studentów medycyny*. Pol Merk Lek 2011;31(186):353-356.
18. Janik-Koncewicz K, Zatoński T, Połtyn-Zaradna K, Zatońska K, Cedzyńska M, Przewoźniak K, Wojtyła A. *An attempt to assess knowledge about Tobacco dependence among students at the Medical University in Wrocław*. Annals of Agricultural and Environmental Medicine 2012;19(3):345-350.
19. La Torre G, Kirch W, Bes-Rastrollo M, Ramos RM, Czaplicki M, Gualano MR, Thummler K, Ricciardi W, Boccia A, GHPSS Collaborative Group. *Tobacco use among medical students in Europe: results of a multicentre study using the Global Health Professions Student Survey*. Public Health 2012;126:159-164.
20. GTSS Collaborative Group. *Tobacco use and cessation counselling: Global Health Professionals Survey Pilot Study*, 10 countries, 2005. Tob Control 2006;15(Suppl 2):ii31-4.
21. Brandys J., Panas M., Skowron A., Przybycień A.: *Stan wiedzy studentów farmacji wydziału farmaceutycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie o uzależnieniu od palenia papierosów*. Przegląd Lekarski 2009;66(10):709-713.
22. Silagy C.: *Physician advice for smoking cessation*. Cochrane Database Syst. Rev.2000;2:CD000165.

Kinga Janik-Koncewicz, Katarzyna Zatońska, Krzysztof Przewoźniak

Streszczenie

Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia z 2011 roku palenie tytoniu nadal stanowi największą pojedynczą, możliwą do wyeliminowania przyczynę zgonów na świecie. Pomimo, jak mogłoby się wydawać, posiadania wiedzy na temat szkodliwości palenia tytoniu, odsetek palących studentów medycyny wykazany w licznych badaniach jest znaczący. Celem niniejszej pracy był przegląd literatury i podsumowanie badań dotyczących postaw wobec palenia tytoniu oraz oceny stanu wiedzy i postaw przyszłych lekarzy (studentów akademii medycznych) wobec diagnostyki i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu przeprowadzonych w ostatnich latach w Polsce. Wyniki analizowanych badań wskazują, że wśród studentów było ok. 20% osób palących i 80% niepalących. Zdecydowana większość uważała, że wiedza na temat zespołu leczenia uzależnienia od tytoniu powinna być poruszona w trakcie studiów, ale formalne szkolenie w tej dziedzinie przeszło zaledwie 25% przyszłych lekarzy, stąd studenci w większości nie postrzegali studiów medycznych jako źródła wiedzy w tej tematyce, a poziom swojej wiedzy określali za niewystarczający. Wyniki przeprowadzonej analizy wskazują na konieczność zintensyfikowania działań edukacyjnych w zakresie diagnostyki i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu, nie tylko w formie zajęć fakultatywnych, ale włączenie tego tematu do obowiązkowego nauczania.

Słowa kluczowe

studenci medycyny, postawy, palenie, leczenie uzależnienia od tytoniu

Abstract

According to the WHO report of 2011, tobacco use continues to be the greatest, single, preventable cause of death all over the world. Despite acquiring knowledge on tobacco smoking harm, the number of medical students smoking tobacco featured in numerous surveys is quite considerable. The aim of the present paper is to analyze literature and sum up research results concerning the attitudes towards smoking tobacco and assessment of the state of knowledge and attitudes on the physicians-to-be (now students of medical universities) as regards diagnostics and tobacco addiction treatment conducted in Poland in recent years. The results of the analyzed research indicate that 20% of the students were smokers and 80% nonsmokers. A vast majority of students expressed an opinion that information on the treatment of tobacco addiction syndrome should be presented during the medical university course of studies but only 25% of future physicians took part in a formal training on the subject; that is why most students did not see medical studies as a source of knowledge on the subject, and defined the level of their own knowledge as unsatisfactory. The results of the analysis indicate a necessity to intensify educational efforts in the sphere of diagnostics and treatment of tobacco addiction syndrome not only as an optional subject but one included in the obligatory course of studies.

Keywords

students of medicine, attitudes, smoking, tobacco addiction treatment

Kinga Janik-Koncewicz, magister, jest pracownikiem Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie od 2001 roku. Jej głównym obszarem zainteresowań są badania nad otyłością oraz spożyciem żywności. Ukończyła Wydział Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji w Szkole Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie

Romuald Jaworski

Działania Kościoła w zakresie edukacji antytytoniowej

Działania antytytoniowe wpisują się w program troski o życie i zdrowie realizowany w kościołach chrześcijańskich. Zachowywanie przykazania nie zabijaj oraz przykazania miłości siebie i bliźniego zakłada wykluczenie wszystkiego, co szkodzi zdrowiu i życiu. Osoby identyfikujące się z chrześcijańską wizją świata, mają poczucie tego, że palenie papierosów, nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych jest niedozwolone – jest grzechem. Znakiem tej współpracy Kościoła Katolickiego z Fundacją Promocji Zdrowia i z Centrum Onkologii – Instytutem były liczne spotkania Prof. Zatońskiego i jego zespołu z Prymasem Polski Kardynałem Józefem Glempem oraz innymi hierarchami Kościoła.

O znaczeniu Kościoła w walce o świat wolny od dymu tytoniowego świadczy także nauczanie Jana Pawła II. Laureaci konkursu Rzuć palenie razem z nami pielgrzymowali przez lata do Rzymu wyrażając wdzięczność Bogu za łaskę uwolnienia od nałogu palenia papierosów. Trwałym elementem tych pielgrzymek był udział w audiencjach papieskich i wspólne zdjęcie z Ojcem Świętym.

Działania prozdrowotne Kościoła obejmują szeroki zakres działań takich jak.: włączenie problematyki prozdrowotnej w program modlitw i nabożeństw realizowanych w parafiach; edukacja prozdrowotna doradców życia rodzinnego; przygotowanie materiałów edukacyjnych dla narzeczonych i dla przyszłej matki; informowanie liderów wspólnot o realizowanych programach prozdrowotnych; wykorzystywanie katechez i homilii dla propagowania stylu życia wolnego od dymu tytoniowego, wykorzystywanie wspólnot i stowarzyszeń religijnych i ich włączenie do Koalicji Tytoń albo zdrowie a przez to do stałej współpracy z instytucjami zdrowotnymi i oświatowymi.

Motywacja aksjologiczna i religijna u podstaw decyzji życia bez papierosów

Z psychologicznego punktu widzenia, istotną rolę w walce o życie wolne od dymu tytoniowego odgrywa motywacja do rezygnacji z palenia papierosów. Najczęściej wymieniane są motywacje zdrowotne i ekonomiczne, rzadziej społeczne i moralne a często pomijana jest motywacja religijna. Jednak w społeczeństwie polskim, w którym ok. 30% osób systematycznie uczestniczy w niedzielnych nabożeństwach, a ponad 80% identyfikuje się ze światopoglądem religijnym, motywacja religijna odgrywa istotną rolę.

Promowanie w Kościele Katolickim zdrowego stylu życia wolnego od dymu tytoniowego jest skuteczne właśnie ze względu na motywy religijne i moralne działań antytytoniowych. W swoim zwyczajnym nauczaniu katechetycznym i homiletycznym Kościół uświadamia wiernym problematykę uwarunkowań uzależnień a także wskazuje na strategię profilaktyki i terapii uzależnień. W liturgicznych okresach Adwentu i Wielkiego Postu duszpasterze zachęcają i zobowiązują do powściągliwości i rezygnacji z używek. Wiele osób w imię ascezy i miłości do Boga rezygnuje w tych okresach z palenia papierosów czy picia alkoholu. Modlitwy w intencji osób uzależnionych, a także zobowiązywanie w czasie spowiedzi palaczy do ograniczenia lub wyeliminowania palenia są silnym wsparciem duchowym koniecznym do podjęcia walki z uzależnieniem od tytoniu w życiu osobistym i społecznym.

Szczególnie znaczącą jest troska Kościoła o życie bez dymu tytoniowego w domach rodzinnych. To właśnie dzięki wyzwoleniu głębszej motywacji dla postaw prozdrowotnych i rozbudzeniu świadomości moralnych aspektów troski o zdrowy styl życia możliwe staje się zmniejszenie liczby uzależnionych młodych osób w wieku prokreacyjnym (narzeczeni, młode małżeństwa).

Do rezygnacji z palenia papierosów zobowiązują się liczni członkowie grup i wspólnot religijnych. Duchowe (religijne i moralne) motywy do walki z paleniem tytoniu sprzyjają podejmowaniu przez nich promocji zdrowego stylu życia wolnego od dymu tytoniowego i rozbudzenie w Kościele motywacji do działań antytytoniowych. Działania Kościoła mają zatem zarówno wymiar instytucjonalny (list pasterski, katechezy) jak i animacyjny (wspólnoty, ruchy religijne).

Wykorzystanie struktur Kościoła

Szanse, jakie daje wykorzystanie Kościoła w działaniach prozdrowotnych, są ogromne. Wśród możliwych działań warto wymienić chociaż niektóre: przygotowanie stosownych plakatów i ulotek informacyjnych zawierających moralną i religijną motywację dla rezygnacji z palenia; zrealizowanie serii audycji radiowych poświęconych pozytywnym aspektom przykazania „nie zabijaj” – troska o zdrowie; przygotowanie i opublikowanie serii stosownych artykułów dla prasy katolickiej; włączenie problematyki prozdrowotnej w program modlitw i nabożeństw realizowanych w parafiach; edukacja prozdrowotna doradców życia rodzinnego; przygotowanie materiałów edukacyjnych dla narzeczonych i dla przyszłej matki; informowanie liderów wspólnot o realizowanym programie prozdrowotnym; zaproszenie stowarzyszeń do stałej współpracy w ramach Koalicji Tytoń albo zdrowie.

Systematyczne działania instytucjonalne z wykorzystaniem struktur parafialnych i duszpasterskich dla przekazu informacji, a także włączenie parafialnych poradni rodzinnych i nawiązanie kontaktu z grupami, ruchami i stowarzyszeniami religijnymi promującymi zdrowy styl życia (wspólnoty, ruchy religijne) są uzupełniane specyficznymi akcjami zorientowanymi na propagowanie zdrowego stylu życia wykluczającego dym tytoniowy.

Do takich działań wewnątrz Kościoła można zaliczyć realizowane w e współpracy z Fundacją Promocji Zdrowia następujące przedsięwzięcia: przygotowanie materiałów edukacyjnych i promujących zdrowy styl życia do wykorzystywania w duszpasterstwie i katechezie; organizowanie i przeprowadzenie szkoleń wyspecjalizowanych osób dla realizacji określonych działań promujących zdrowy styl życia, edukacja pracowników poradni przykościelnych, kursy dla katechetów, kształcenie alumnów w WSD.

Oddziaływania na dzieci i młodzież

Dzieci oraz młodzież najbardziej dotkliwie doznają skutków palenia tytoniu. Dzieje się tak, ponieważ w tym okresie rozwoju następuje najczęściej inicjacja palenia, a organizm dziecka jest niedojrzały. Skutki kontaktu z dymem tytoniowym są dla niego szczególnie groźne. Dodać należy, że w rodzinach, gdzie palą osoby dorosłe, wiele dzieci jest wystawionych na działanie dymu tytoniowego. Są one nie tylko bardziej predestynowani do palenia w przyszłości, występuje u nich większe przyzwolenie na sięganie po papierosy (palenie dla wielu z nich jest atrybutem dorosłości), ale przede wszystkim jako bierni palacze doznają w swoich młodych organizmach destruktywnych konsekwencji spotkania z tysiącami toksycznych związków chemicznych, których znaczna część stanowi podstawową przyczynę chorób nowotworowych. Wiele dzieci straciło i straci swoich rodziców w przedwczesnym wieku z powodu chorób odtytoniowych. Największą tragedią dzieci jest sytuacja, gdy matka (a także ojciec) palą w okresach najwcześniejszych życia dziecka – w okresie prenatalnym i niemowlęcym.

Wobec tych zagrożeń zdrowotnych ważne stało się dotarcie do dzieci i młodzieży z przesłaniem obrony życia przed skutkami czynnego i biernego palenia. Rozbudzenie i propagowanie mody na niepalenie należy zaczynać od najmłodszych lat i odwoływać się do najbardziej wzniosłych motywacji zdrowotnych, moralnych i religijnych. Szczególnie wartościowe jest dotarcie do dzieci i młodzieży poprzez katechezę. Ponieważ prawie wszyscy uczniowie w Polsce objęci są katechizacją¹, słusze i zasadne wydaje się docieranie do katechetów, którzy podczas prowadzonych lekcji religii podejmą sygnalizowaną tu problematykę.

Mając na uwadze także te fakty, skierowano apel do katechetów, aby podejmując dzieło Kościoła zawarte w programie duszpasterskiego na rok 2009: „otoczmy opieką życie”, przeprowadzili w ciągu roku w każdej klasie katechezę, poświęconą tej problematyce. Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom dotyczącym dostarczenia pomocy dydaktycznych do realizacji tego zamierzenia przygotowano konspekty katechez dla różnych poziomów nauczania, które stanowiły cenną inspirację do podjęcia odpowiedzialności za Polskę wolną od dymu tytoniowego.

¹ Procent uczęszczających na katechezę jest wysoki i wynosi: w przedszkolach 94,75%, w szkołach podstawowych: 98,07%, w gimnazjach: 97,18%, w szkołach ponadgimnazjalnych: w ogólnokształcących: 93,29%. w technikach i szk. zawodowych: 92,67%.

Przygotowane katechezy o szkodliwości palenia dla dzieci i młodzieży na różnych poziomach wiekowych zostały opublikowane w książce² *Obronić życie przed dymem tytoniowym – propozycje katechez dla dzieci i młodzieży*. Druk książki został zrealizowany w Płockim Instytucie Wydawniczym, w nakładzie 1.000 egzemplarzy w 2009 roku. Dzięki środkom finansowym Ministra Zdrowia w ramach Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych programem objęta została Archidiecezja Warszawska. Gdyby nakłady na tę formę działań były większe, programem tym można by objąć całą Polskę.

Działania Centrum Psychologiczno-Pastoralnego Metanoia i Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich

Efektem zaangażowania ludzi Kościoła w działalność antytytoniową są praktyczne działania profilaktyczne realizowane przez związane z Kościołem instytucje i stowarzyszenia, które stały się członkami Koalicji Obywatelskiej Tytoń albo zdrowie.

Centrum Psychologiczno-Pastoralne Metanoia w Płocku zorganizowało w 2006 roku wraz z Koalicją Tytoń albo zdrowie Konferencję Venuleta. Materiały z tej konferencji zostały zebrane w książce *Palenie tytoniu – aspekty medyczne, psychiczne i duchowe*³. Charakterystyczną cechą tej publikacji było poszerzenie problematyki walki z uzależnieniem od tytoniu o wymiar duchowy. Bezpośrednią formą wspomagającą programy prozdrowotne realizowane w CPP Metanoia były rozmowy z osobami uzależnionymi i ich rodzinami. W efekcie tych rozmów wzrosło zrozumienie szkodliwości palenia, Uzyskane rezultaty to: rozbudzenie świadomości moralnych aspektów troski o zdrowy styl życia, poszerzenie grona osób sprzyjających trosce o świat wolny od dymu tytoniowego, wyzwolenie głębszej motywacji dla postaw prozdrowotnych u dzieci i młodzieży i wreszcie zmniejszenie liczby uzależnionych młodych osób w wieku rozwojowym. W ramach działalności Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich, obok bezpośredniej pomocy terapeutycznej i poradnianej zorientowanej na uwolnienie od dymu tytoniowego, ważną formą pracy jest propagowanie w radio i prasie wartości życia wolnego od uzależnień, a w tym szczególnie uzależnienia od tytoniu. Planowane są następujące działania służące uwolnieniu człowieka od tych uzależnień: przygotowanie stosownych plakatów i ulotek informacyjnych zawierających moralną i religijną motywację dla rezygnacji z palenia, zrealizowanie serii audycji radiowych poświęconych pozytywnym aspektom przykazania „nie zabijaj” – troska o zdrowie, przygotowanie i opublikowanie serii stosownych artykułów dla prasy katolickiej, włączenie problematyki prozdrowotnej w program modlitw i nabożeństw realizowanych w parafiach, włączenie poradni rodzinnych do realizowanego programu, edukacja prozdrowotna doradców życia rodzinnego – szkolenia dla doradców,

² R. Jaworski (red.), *Obronić życie przed dymem tytoniowym – propozycje katechez dla dzieci i młodzieży*, Płock 2009.

³ R. Jaworski (red.), *Palenie tytoniu – aspekty medyczne, psychiczne i duchowe*, Płock 2006.

przygotowanie materiałów edukacyjnych dla narzeczonych, opracowanie ulotki dla przyszłej matki, ogłoszenie konkursów na plakaty i ulotki antytytoniowe, włączenie stowarzyszeń, ruchów i grup religijnych do realizacji programu.

W niedługiej przyszłości planowana jest Konferencja naukowa w KUL-u poświęcona trosce o kondycję zdrowotną, a realizowana we współpracy Fundacji Promocji Zdrowia i Komisji Episkopatu Polski i Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia i jej przewodniczącym Arcybiskupem Zygmuntem Zimowskim.

Integralne, wielokierunkowe i oparte na wielu podmiotach działania antytytoniowe przyniosły w Polsce znaczące rezultaty. W tym kontekście wkład Kościoła stanowi jeden z istotnych przejawów społecznej troski o kondycję zdrowotną społeczeństwa i należy nie tylko zauważyć go, ale także pielęgnować w przyszłości.

Romuald Jaworski

Streszczenie

Promowanie w Kościele Katolickim zdrowego stylu życia wolnego od dymu tytoniowego jest skuteczne przede wszystkim dlatego, że uwzględnia motywy religijne i moralne. Działania prozdrowotne Kościoła wykorzystując rozbudowaną infrastrukturę parafialną obejmują m.in. włączenie problematyki prozdrowotnej w program modlitw i nabożeństw realizowanych w parafiach; edukacja prozdrowotna doradców życia rodzinnego; przygotowanie materiałów edukacyjnych dla narzeczonych i dla przyszłej matki; informowanie liderów wspólnot o realizowanych programach prozdrowotnych; wykorzystywanie katechez i homilii dla propagowania stylu życia wolnego od dymu tytoniowego, wykorzystywanie wspólnot i stowarzyszeń religijnych i ich włączenie do stałej współpracy z instytucjami zdrowotnymi i oświatowymi. Uwzględniając te możliwości i te starania należy nie tylko doceniać wkład Kościoła w działania prozdrowotne, a także pielęgnować go w przyszłości.

Słowa kluczowe

Promowanie w Kościele Katolickim zdrowego stylu życia wolnego od dymu tytoniowego.

Abstract

The Catholic Church's promotion of healthy life style, free of tobacco smoke, is successful mainly because it takes religious and moral aspects into consideration. The pro-health activities of the Church make use of a developed parish infrastructure and include i.a. the introduction of pro-health problems into their prayer and church service scheme in the parishes; pro-health education offered to family life advisers; preparation of educational materials for the engaged co-

uples and mothers-to-be; forwarding information to community leaders about prepared pro-health programmes; combining religious instruction and homilies with promotion of style of life free from tobacco smoke; working with religious communities and associations in order to involve them in permanent cooperation with health and educational institutions. Taking all these opportunities and efforts into consideration, the Church's contribution to pro-health work should not only be appreciated but also cultivated in future.

Keywords

Promotion of healthy life style free of cigarette smoke in the Catholic Church

Ks. prof. UKSW dr hab. Romuald Jaworski (ur. 1950 r.), psycholog i psychoterapeuta, superwizor, kapłan Diecezji Płockiej. Ukończył studia psychologiczne na KUL-u w Lublinie. Jest kierownikiem Katedry Psychologii Religii UKSW w Warszawie, a także Przewodniczącym Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich. Był przez wiele lat Przewodniczącym Obywatelskiej Koalicji Tytoń albo Zdrowie.

Stanisław Laskus

Realizacja zadania ochrony zdrowia policjantów i pracowników Policji przed skutkami palenia tytoniu w stołecznym garnizonie Policji. Refleksje

Wstęp

W strukturze terytorialnej funkcjonuje stołeczny garnizon z jednostkami Policji, których kierownicy podlegają Komendantowi Stołecznemu Policji, jako odpowiedzialnemu za stan porządku i bezpieczeństwa publicznego w m.st. Warszawie (7 komend rejonowych Policji) oraz w powiatach okołowskich (9 komend powiatowych Policji w: Grodzisku Maz., Mińsku Maz., Legionowie, Nowym Dworze Maz., Otwocku, Piasecznie, Pruszkowie, Starych Babicach – dla pow. warszawskiego zachodniego oraz Wołominie).

Obszar ten obejmuje ok. 620 km.² i ok. 3 mln. mieszkańców. Zaznaczyć należy, że m.st. Warszawa jest obszarem o największym zagrożeniu przestępczością w Polsce. To zagrożenie, a także czyny przestępcze i masowe demonstracje uliczne, są czynnikami stresogennymi dla policjantów.

Komendant Stołeczny Policji, jako pracodawca dla policjantów i pracowników stołecznego garnizonu Policji, podejmuje szereg działań, na rzecz ochrony zdrowia, w tym dotyczących profilaktycznej opieki zdrowotnej. Dotyczy to wszystkich zadań, związanych z badaniami lekarskimi, dla wczesnego wykrywania schorzeń, a także zadań, wynikających z nakazu promowania zdrowego stylu życia.

W całokształcie przedsięwzięć, należne miejsce zajmuje działalność na rzecz ograniczenia palenia tytoniu w środowisku policyjnym. Od sześciu lat, działalność ta przebiega według rocznych programów. Zawierają one szeroki zakres współdziałania Komendy Stołecznej Policji z Fundacją „Promocja Zdrowia”.

Filary oddziaływania wychowawczego w kierunku ograniczania palenia tytoniu

Od początku zorganizowanej kampanii antytytoniowej, trafnie wskazano na czynniki, które będą wspomagały realizację zadań, określonych w ustawie o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Uwzględniono tu charakter struktury organizacyjnej w Policji oraz unormowany tryb jej funkcjonowania. W tym układzie, zwrócono uwagę na rolę przełożonych służbowych, określających zadania służbowe oraz standardy za-

chowań. Jednocześnie dostrzeżono konieczność ustalenia podmiotu wiodącego w promowaniu zdrowego stylu życia, wolnego od dymu tytoniowego.

Taki sposób podejścia, pozwolił na włączenie wątku antytytoniowego do zadań służbowych, nie rezygnując ze społecznych odruchów sprzeciwu wobec palaczy tytoniu, naruszających zasady współżycia społecznego (w tym w rodzinie).

W praktyce można mówić o istnieniu kilku filarów ruchu antytytoniowego w stołecznym garnizonie Policji:

1. Komendant Stołeczny Policji jako rzecznik krzewienia kultury niepalenia.
2. liderzy ruchu antytytoniowego.
3. konkursy „rzuć palenie razem z nami”.
4. monitorowanie stanu zdrowia policjantów i pracowników policji.
5. regulacje prawne.
6. szczególne autorytety.
7. działania policjantów na rzecz ograniczania palenia wyrobów tytoniowych w środowiskach lokalnych.

Znaczenie tych filarów, a także towarzyszących im przedsięwzięć, jest przedmiotem dalszych refleksji.

1. Komendant Stołeczny Policji jako rzecznik krzewienia kultury niepalenia

Komendant Stołeczny Policji, z racji swego usytuowania w hierarchii, ma szerokie możliwości oddziaływania wychowawczego na podwładnych, a zwłaszcza na podległych kierowników jednostek i komórek organizacyjnych Policji. W tym miejscu należy odnotować, że od roku 1999, każdy komendant stołeczny, pozytywnie odnosił się do obowiązujących zakazów palenia, bez względu na to, czy był palaczem tytoniu, czy też nie. Jednakże zwraca uwagę niejednorodna siła oddziaływania wychowawczego w tym względzie, na kierowników średniego szczebla. Wyrazem tego są niedostatki w monitorowaniu zakazu palenia tytoniu oraz niekiedy postawy tolerancyjne wobec naruszcycieli zakazów.

Ważnym zabiegiem, aktywizującym przełożonych średniego szczebla było przekazywanie precyzyjnych zadań i żądanie informacji o ich realizacji. W tym świetle ważnym zadaniem jest ugruntowanie zobowiązania przełożonych do:

- włączenia wątków antytytoniowych do porządku odpraw służbowych,
- składania sprawozdań z monitorowania postępów w przestrzeganiu zakazów palenia tytoniu w czasie wykonywania obowiązków służbowych,
- realizacji zadań ujmowanych w rocznych programach kampanii antytytoniowych.

Celowi temu będą służyły odpowiednie decyzje służbowe.

2. Liderzy ruchu antytytoniowego

W celu organizowania wykonania zadań, z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej, leżących po stronie Komendanta Stołecznego Policji jako pracodaw-

cy, powołany został Zespół ds. Medycyny Pracy KSP. Wśród zadań tego Zespołu znajduje się zapis o współpracy z resortowymi i pozaresortowymi instytucjami w sprawach związanych z realizacją zadań z zakresu medycyny pracy oraz programów promocji zdrowia. W ten sposób, Zespołowi ds. Medycyny Pracy KSP została wyznaczona rola inicjatora i koordynatora.

Powyższe pozwoliło na wyznaczenie, w komendach rejonowych Policji, komendach powiatowych Policji oraz komórkach organizacyjnych Komendy Stołecznej Policji, osób do współpracy w organizowaniu profilaktycznej opieki zdrowotnej. Osoby te, w założeniu, mogą spełniać rolę liderów ruchu antytytoniowego i tak się dzieje, jednakże w zbyt małej liczbie. Pocieszające jest, że do liderów ruchu zaliczają się niektórzy komendanci jednostek Policji oraz naczelnicy wydziałów, o licznej obsadzie personalnej.

Zadaniem docelowym jest poszerzanie grona liderów ruchu, zwłaszcza o komendantów rejonowych i powiatowych Policji.

3. Konkursy Rzuć palenie razem z nami

Od roku 2006, konkursy są organizowane przy udziale Fundacji „Promocja Zdrowia”. W sześciu dotychczasowych konkursach, deklaracje rzucenia palenia złożyło blisko 600 osób. Liczba ta, chociaż mieści się w dolnej granicy, wyznaczonej w Narodowym Programie Zdrowia (1-3 % zatrudnionych rocznie), nie daje powodów do satysfakcji. Dotyczy to również nierównomiernego udziału w konkursie poszczególnych struktur (np. jedna jednostka Policji miała 81,6% udział w liczbie uczestników). Ponadto odnotowano opinie o wątpliwej wartości złożonych deklaracji – wiele osób nie wytrzymało w postanowieniu rzucenia palenia (z wyjątkiem laureatów nagród).

Dla kontynuowania konkursów w latach dalszych, wymagana jest intensywniejsza działalność, popularyzująca wyniki badań o tragicznych następstwach nałogu palenia tytoniu, publikowanych m.in. w materiałach XV Konferencji im. prof. Franciszka Venuleta, przy ściślejszej współpracy z komendantami rejonowymi i powiatowymi Policji. W celach wychowawczych, konieczne jest rozpoznawanie trwałości deklaracji rzucenia palenia tytoniu.

Powyższe powinno przynieść znaczące zwiększenie udziału w VIII konkursie w roku 2013 i latach dalszych.

4. Monitorowanie stanu zdrowia policjantów i pracowników Policji

Monitorowanie stanu zdrowia policjantów i pracowników Policji jest ustawowym zobowiązaniem lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a także lekarzy medycyny pracy, finansowanych na podstawie stosownej umowy o profilaktycznej opiece zdrowotnej nad policjantami i pracownikami Policji. Zaznaczyć należy, że w pełni jest realizowany nakaz przeprowadzania lekarskich badań policjantów i pracowników, określonych Ustawą o służbie medycyny pracy.

Sposób zorganizowania opieki zdrowotnej (2 placówki POZ oraz lekarze medycyny pracy), sprzyja uzyskiwaniu zbiorczych wyników profilaktycznych badań lekarskich. Alarmujące wyniki tych badań, obrazujące choroby o podłożu metabolicznym i układu krążenia, są wykorzystywane w służbowych informacjach, przekazywanych przełożonym w celach wychowawczych.

Ważnym przedsięwzięciem, sprzyjającym monitorowaniu stanu zdrowia policjantów pracowników Policji, są organizowane corocznie tzw. „Białe Soboty”, których intencją jest przeprowadzanie badań lekarskich, mających charakter przesiewowy.

Corocznie, w wśród 8 lub 9 pakietów oferowanych badań, niezmiennie, na I miejscu, znajdują się badania spirometryczne. Pocieszające jest to, że badania te (rozpoczęte w KSP w roku 2003 przez prof. Płusę), cieszą się coraz większym zainteresowaniem.

Dotychczasowe obserwacje nie pozwalają na określenie nasilenia zjawiska palenia tytoniu. Uznano, że w tym celu w pełniejszym stopniu wykorzystane będą informacje lekarzy medycyny pracy o stwierdzonym, w wyniku badań podmiotowych, paleniu tytoniu przez pacjentów. Pomocny tu będzie odpowiedni zapis w umowie o profilaktycznej opiece zdrowotnej.

5. Regulacje prawne

W jednostkach Policji są wdrażane postanowienia Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 11 maja 2011 r. w sprawie szczególnych warunków używania wyrobów tytoniowych na terenie obiektów oraz w środkach przewozu osób podlegających ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych. Zawarte w tym rozporządzeniu nakazy odpowiedniego oznakowania obiektów oraz zakaz używania tytoniu w środkach transportu, są przestrzegane. Jednakże kontrola przestrzegania zakazów, dot. używania wyrobów tytoniowych w pomieszczeniach służbowych, jak dotychczas, nie ma charakteru systematycznych przedsięwzięć, za czym przemawia brak dokumentacji o występujących przypadkach nieprzestrzegania zakazów i działaniach dyscyplinujących (stwierdzono natomiast niedopałki, usuwane z pomieszczeń biurowych przez personel sprząający, przy niewielkiej liczbie osób, korzystających z istniejących palarni).

Powyższe spostrzeżenia wskazują na konieczność wydania nowej decyzji Komendanta Stołecznego Policji, która w założeniu obejmie:

- zakaz palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych we wszystkich obiektach i pomieszczeniach, znajdujących się w użytkowaniu jednostek i komórek organizacyjnych stołecznego garnizonu Policji, w tym w pomieszczeniach, używanych innym użytkownikom,
- likwidację dotychczas istniejących palarni i innych miejsc palenia tytoniu,
- fakultatywne organizowanie miejsc palenia tytoniu, na uzasadniony i akceptowany służbowo przez Komendanta Stołecznego Policji, wniosek kierownika

jednostki lub komórki organizacyjnej Policji, jednak bez angażowania środków budżetowych,

- możliwość ustalania przerw w służbie/pracy na palenie wyrobów tytoniowych, na indywidualny wniosek policjanta/pracownika Policji (niewliczane do czasu pracy),
- zobowiązanie przełożonych do organizowania kontroli i prowadzenia postępowań dyscyplinarnych za łamanie zakazu palenia wyrobów tytoniowych w obiektach służbowych,
- zadania przełożonych, związane z promowaniem kultury niepalenia tytoniu.

6. Szczególne autorytety

Obok czynności organizacyjnych, zabieganie o wsparcie działań, mających na celu ochronę zdrowia przed skutkami palenia tytoniu, stało się ważnym zadaniem Zespołu ds. Medycyny Pracy KSP, jako inicjatora i koordynatora.

Z aktualnymi problemami ochrony zdrowia przed skutkami palenia tytoniu są zapoznawani:

- ks. kapelan, realizujący misję duszpasterską,
- przewodniczący związków zawodowych, działających w stołecznym garnizonie Policji,
- Inspektor sanitarny MSWiA na obszarze Województwa Mazowieckiego,
- Wydział Kontroli KSP, uwzględniający problematykę palenia tytoniu w kontrolach rutynowych.

Ideą tych informacji jest utrzymanie problematyki ochrony zdrowia przed skutkami palenia tytoniu, w polu ciągłego zainteresowania.

Ważną rolę przypisujemy Dyplomowi Uznania za promowanie zdrowego stylu życia wolnego od dymu tytoniowego, przyznawanego jednostkom i komórkom organizacyjnym, wyróżniającym się w krzewieniu kultury niepalenia tytoniu. Dyplom ten, przyznawany jest wspólną decyzją Komendanta Stołecznego Policji i Prezesa Fundacji „Promocja Zdrowia”.

7. Działania policjantów na rzecz ograniczania palenia wyrobów tytoniowych w środowiskach lokalnych

a. Spotkania policjantów z młodzieżą szkół podstawowych i gimnazjalnych, na temat nikotynizmu, alkoholizmu i innych przejawów demoralizacji. Od lat, miesięcznie odbywa się około 200 takich spotkań. Liczba uczestników każdego spotkania waha się w granicach 20-60 osób. Uczestnicy spotkań są informowani o prawnych zakazach palenia tytoniu i spożywania alkoholu oraz skutkach prawnych.

b. Nakładanie mandatów karnych do wysokości 500 zł. Ustalenie liczby nałożonych mandatów karnych za naruszenie ustawy, następuje z trudnością, jako że obowiązujące przepisy prawne nie nakazują gromadzenia danych w odrębnym zbiorze.

c. Postępowanie przed sądami, za naruszenie przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed skutkami palenia tytoniu. W roku 2011 przeprowadzono 60 postępowań, zakończonych wyrokami skazującymi.

d. Coroczny udział Policji stołecznej w zabezpieczeniu porządku i bezpieczeństwa w Światowym Dniu Bez Tytoniu oraz Światowym Dniu Rzucania Palenia (także z udziałem Orkiestry Reprezentacyjnej Policji oraz urządzeń diagnostycznych (smokolizery) i materiałów edukacyjnych Fundacji Promocja Zdrowia).

Podsumowanie

1. Przedstawione wyżej przedsięwzięcia, jako pozostające w zgodzie z celami nakreślonymi w Narodowym Programie Zdrowia oraz ze wskazaniami Światowej Organizacji Zdrowia, rekomendowanymi rządowi RP, będą kontynuowane w latach najbliższych. Zakres i formy działalności w tym zakresie, umieszczane będą jak dotychczas corocznie, w Programie uczestnictwa Komendy Stołecznej Policji w kampanii antytytoniowej w roku ..., przyjmowanym przez Komendanta Stołecznego Policji wspólnie z Prezesem Fundacji Promocja Zdrowia.

2. Spośród działań, skierowanych na intensyfikację tempa rzucania palenia w środowisku policyjnym, wyróżnić należy:

- rozpoznawanie siły występowania naruszeń zakazów, wprowadzonych ustawą i aktami wykonawczy
- poszerzanie grona liderów ruchu, zwłaszcza poprzez pozyskanie komendantów rejonowych i powiatowych Policji oraz szczególnych autorytetów,
- wydanie nowej decyzji Komendanta Stołecznego Policji,
- popularyzacja wyników lekarskich badań profilaktycznych, wskazujących na choroby odytoniowe.

3. Wyrażam przekonanie, że konsekwentna realizacja przyjmowanych corocznie programów, będzie sprzyjała postępowi w rzucaniu palenia tytoniu przez policjantów i pracowników stołecznego garnizonu Policji. To przekonanie odnoszę także do działań Policji w społeczności lokalnej. Sprzyjać temu będzie Porozumienie, zawarte między członkami Koalicji na rzecz realizacji projektu Odświeżamy nasze miasta TOB3CIT.

4. Wśród czynników, mogących mieć wpływ na zerwanie policjanta/pracownika Policji z nałogiem palenia tytoniu, nie można pominąć kwestii zainteresowania ekonomicznego, poprzez wprowadzenie dodatku motywacyjnego do uposażenia. Wymaga to jednak dobrej woli zarządzających formacją policyjną.

Stanisław Laskus

Streszczenie

W stołecznym garnizonie Policji (Warszawa i 9 powiatów okołowarszawskich) rozwija się ruch antytytoniowy, mający służbowe wsparcie ze strony kierownictwa służbowego wszystkich szczebli zarządzania. Do podstawowych form aktywności antytytoniowej zaliczyć można: wyraźnie kształtującą się grupę liderów ruchu, w tym kierowników jednostek; konkursy Rzuć palenie razem z nami (około 100 osób rocznie deklaruje rzucenie palenia tytoniu); monitorowanie stanu zdrowia policjantów i pracowników Policji, i ujawnianie schorzeń, powstałych w wyniku palenia tytoniu; precyzyjnie określone zakazy palenia tytoniu w obiektach służbowych i zadania przełożonych; wsparcie ze strony wewnętrznych ogniw kontrolnych oraz ks. kapelana; działalność w ramach porozumienia Odświeżamy nasze miasta TOB3CIT. Ważną rolę odgrywa tu wyznaczenie służbowego koordynatora ruchu oraz współpraca Komendy Stołecznej Policji z Fundacją „Promocja Zdrowia”, jako krajowym liderem ruchu antytytoniowego, a także Państwowym Inspektorem Sanitarnym MSW na obszarze Województwa Mazowieckiego.

Abstract

In the capital city Police garrison (Warsaw and 9 districts around Warsaw) an anti-nicotine movement is being developed with the official support from the management of all levels. The basic forms of the anti-nicotine activity include: a clearly developed group of the movement leaders, many of them unit commanders; competitions entitled "Quit smoking with us" (about a hundred people a year declare quitting smoking tobacco); monitoring of the state of health of policemen and Police employees and disclosing tobacco generated ailments; precisely defined smoking ban regulations obligatory on the premises and tasks of the management; support from in-house control links and the chaplain; work within the framework of the agreement "Let's Refresh Our Cities TOB3CIT". Appointment of an in-office coordinator of the anti-nicotine movement is an important element in the project, as is the cooperation between Warsaw Police Headquarters and the Health Promotion Foundation, the national leader of the anti-nicotine movement, and the Health Sanitary Inspector of the Ministry of Interior in the area of the Mazovia Voivodship.

Stanisław Laskus, socjolog, dr nauk humanistycznych, prekursor badania opinii społecznej o aparacie typu policyjnego w Polsce. Inspektor Policji w stanie spoczynku, starszy specjalista w Zespole ds. Medycyny Pracy Komendy Stołecznej Policji, propagator zdrowego stylu życia, wolnego od dymu tytoniowego.

Małgorzata Andryszczyk, Halina Śliżewska, Ewa Kleszczewska

Krzewienie dobrych praktyk na uczelniach pogranicza Suwałki-Grodno

Wstęp

W roku 1995 Rząd Polski wprowadził pierwszą ustawę chroniącą obywateli przed skutkami palenia tytoniu zwaną ustawą antynikotynową, która w tamtym czasie była jedną z pierwszych takich regulacji prawnych w Europie. Polska zyskała wówczas nie tylko pozycję europejskiego lidera w zakresie kontroli spożycia tytoniu ale także bardzo duże uznanie za troskę o zdrowie swoich obywateli. Po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej w 2004 roku zaczęły obowiązywać w Polsce dyrektywy unijne regulujące rynek tytoniowy oraz chroniące obywateli przed zdrowotnymi następstwami używania wyrobów tytoniowych. Unia Europejska w coraz większym stopniu ma świadomość szkodliwości tytoniu i dlatego prowadzi działania mające zniechęcać do palenia tytoniu, pomóc palaczom rzucić ten nałóg, chronić osoby niepalące przed narażeniem na dym tytoniowy oraz ograniczyć reklamę i marketing wyrobów tytoniowych.

Środki prawne, finansowanie projektów mających na celu ograniczenie palenia tytoniu oraz kampanii informacyjnych, to główne działania unijne w tej dziedzinie podejmowane w ramach szeroko zakrojonej strategii. Unia Europejska uwzględnia ograniczenie użycia tytoniu w wielu dziedzinach polityki unijnej, takich jak np. polityka podatkowa czy rolna. Odgrywa ona również dużą rolę w globalnym zmniejszaniu skali zjawiska palenia papierosów zwłaszcza dzięki Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu (WHO Framework Convention on Tobacco Control – FCTC). Jak trudne są to uzgodnienia świadczy fakt, że ostateczne zapisy Konwencji ustalono dopiero po czterech latach negocjacji i dyskusji między członkami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

192 Strony, w tym oczywiście Wspólnota Europejska podpisały Traktat po uzgodnieniu jego treści w roku 2004. Postanowienia Traktatu oficjalnie weszły w życie w lutym 2005 r.

Konwencja ta jest pierwszym na świecie międzynarodowym traktatem dotyczącym zdrowia publicznego. Konwencja Światowej Organizacji Zdrowia podkreśla szkodliwość wyrobów tytoniowych, a także określa cele i zasady prawne, których muszą przestrzegać poszczególne kraje, czy też organizacje integracji ekonomicznej, które ratyfikowały i tym samym zgodziły się wprowadzić w życie założenia traktatu.

Głównym celem przyświecającym Stronom tworzącym Konwencję jest ochrona przed zdrowotnymi, społecznymi, środowiskowymi i ekonomicznymi konsekwencjami palenia tytoniu oraz wdychania dymu tytoniowego. Podkreślmy, że Konwencja ta zobowiązuje kraje na całym świecie do działania na rzecz zmniejszenia liczby zgonów i chorób spowodowanych paleniem tytoniu i jest podstawą wprowadzania coraz surowszych środków ograniczających użycie tytoniu. Prace uzgodnieniowe trwają nadal, dlatego niezwykle ważną jest Dyrektywa Komisji 2012/9/UE z dnia 7 marca 2012 r. zmieniająca załącznik I do dyrektywy 2001/37/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich, dotyczących produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych reguluje, która zawiera także Wykaz dodatkowych ostrzeżeń dotyczących zdrowia, np.:

1. Palenie jest przyczyną 90% przypadków raka płuc
2. Palenie jest przyczyną raka jamy ustnej i gardła
3. Palenie niszczy płuca
4. Palenie jest przyczyną zawałów serca
5. Palenie jest przyczyną udarów i niepełnosprawności
6. Palenie jest przyczyną miażdżycy
7. Palenie zwiększa ryzyko utraty wzroku
8. Palenie niszczy zęby i dziąsła
9. Paląc, możesz zabić swoje nienarodzone dziecko
10. Dym szkodzi twoim dzieciom, rodzinie i przyjaciołom
11. Dzieci palaczy często idą w ślady rodziców
12. Rzuć palenie – masz dla kogo żyć
13. Palenie obniża płodność
14. Palenie zwiększa ryzyko impotencji.

Obecnie w Polsce realizowany jest Program, przyjęty przez Radę Ministrów na posiedzeniu w dniu 16 lutego 2010 r., określający cele i zadania polityki antynikotynowej na lata 2010-2013. Program ten ma zapewnić skuteczne i efektywne propagowanie stylu życia wolnego od dymu tytoniowego, a palącym powinien pomóc w trwałym zerwaniu z nałogiem. Ma też ograniczyć negatywne następstwa biernego palenia oraz przyczynić się do wzrostu świadomości społecznej o szkodliwości palenia i wdychania dymu papierosowego. Wdrażanie Programu powinno przynieść zmianę postaw i zachowań Polaków wobec problemu palenia i przyczynić się do lepszych wyników w leczeniu uzależnienia od nikotyny. Dlatego powinniśmy aktywnie przystąpić do realizacji tego programu, bo w Polsce codziennie pali tytoń prawie 9 mln osób: 36,9% mężczyzn i 24,4% kobiet. Okazjonalnych palaczy jest ponad milion tj. 3,3% populacji.

Tytoń pozostaje nadal największą pojedynczą przyczyną zgonów na świecie. Można i powinno się temu zapobiegać. Naszą odpowiedzią są wspólne działania

polskich i białoruskich liderów działań prozdrowotnych prowadzonych w wybranych uczelniach ściany wschodniej. Działania opracowane zostały min. na podstawie art. 4 ustawy z 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55, z późn. zm.) i określają naszą politykę uczelnianą zmierzającą do zmniejszania używania wyrobów tytoniowych. Zdajemy sobie sprawę, że radykalna zmiana w kulturze zdrowotnej młodego pokolenia, które niestety nadal bardzo dużo pali, będzie wymagała wielu lat pracy.

Wyniki badań przeprowadzonych przez Centrum Onkologii w Warszawie w ostatnich latach pokazują, że w populacji mężczyzn odsetek codziennie palących wynosił 34%, okazjonalnie palących 2%, ekspalaczy 19%, a nigdy nie palących zaledwie 45%. W populacji kobiet 23% paliło codziennie, 3% okazjonalnie, 10% stanowiły ekspalaczki, a 64% osoby nigdy nie palące. Także badania Instytutu Matki i Dziecka są niezwykle niepokojące. Wykazują, że ¼ badanej młodzieży w wieku 15 lat pali tytoń, w tym: 12,4% uczniów pali codziennie, częściej palą chłopcy (14,9%), niż dziewczęta (10,1%). Równie niepokojąca jest utrzymująca się od kilku lat tendencja wzrostu częstości codziennego palenia wśród młodych ludzi w wieku 20-29 lat. Studenci należą właśnie do tej grupy wiekowej. Stąd właśnie wynikła potrzeba monitorowania realnego zagrożenia studentów z Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Suwałkach, Politechniki Białostockiej i Państwowego Uniwersytetu im Janki Kupały w Grodnie. Problem palenia studentów nie jest jedynym problemem związanym z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych młodego pokolenia. Ekspertsi zajmujący się problematyką uzależnień w tezach „Krajowego programu przeciwdziałania narkomanii na lata 2011- 2016” jednoznacznie potwierdzają, że problem używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży jest nadal palącą sprawą, powinien być monitorowany, a uzyskiwane wyniki powinny stać się podstawą programów naprawczych.

Ograniczenie tego zjawiska w lokalnym środowisku jest ważnym społecznie celem współpracy zarówno polskich jak i białoruskich naukowców, lekarzy i osób należących go grup szeroko rozumianej branży medycznej. Dlatego kolejny już rok prowadzimy wspólne badania postaw prozdrowotnych po obu stronach granicy, tj. na uczelniach PWSZ w Suwałkach, PB w Białymstoku i PUJK w Grodnie z wykorzystaniem internetowego systemu ankiet LimeSurvey. Prowadzone badania oparte są o techniki i metody prac naukowych charakterystyczne dla wirtualnych grup badawczych.

Rozwój technologii teleinformatycznych spowodował pojawianie się nowych form organizacji pracy w nauce. Obecnie mówimy o wirtualnej, wspólnej działalności naukowej badaczy nie tylko z różnych części Polski, ale także Europy. Pokazując w niniejszej pracy przykład współpracy naukowej, z użyciem platform internetowych, pracowników naukowych z Polski i Białorusi, chcemy zachęcić do współpracy naukowej także inne ośrodki, działające w obszarze szeroko ro-

zumianej promocji zdrowia. Zakładamy, że dzięki pełniejszemu wykorzystaniu coraz bogatszych możliwości technologicznych zaczniemy wspólnie podejmować bardziej złożone wyzwania.

Cel pracy

Badania prowadzone w kolejnych latach wśród studentów uczelni z Suwałk, Białegostoku i Grodna potwierdzają istnienie problemów związanych z paleniem tytoniu, piciem alkoholu i stosowaniem innych substancji psychoaktywnych we wszystkich analizowanych grupach studentów. Wydaje się, że jest to problem dotyczący także innych ośrodków dydaktycznych. Celem głównym prowadzonych obecnie badań jest próba znalezienia związku między paleniem tytoniu i używaniem innych substancji psychoaktywnych – a postawami prozdrowotnymi wśród studentów oraz monitorowanie realnego zagrożenia używania substancji psychoaktywnych.

Metodyka

W roku akademickim 2011/2012 w badaniach udział wzięło łącznie 416 studentów tj. Suwałki 138, Białystok 141 i z Grodna 137 osoby. Podobnie jak w roku akademickim 2010/2011 wszystkie badania ankietowe przeprowadzono przy użyciu kwestionariusza PAV –10 – ankiety składającej się z pytań jednokrotnego oraz wielokrotnego wyboru i metryczki. Do analizy wykorzystano sieć bayesowską (ang. *belief networks*, *Bayesian belief networks*), która coraz częściej stosowana jest w diagnostyce medycznej, wyszukiwaniu informacji czy też naukach biologicznych. Chociaż podstawowa teoria była już znana od dłuższego czasu, możliwość jej wykonywania było możliwe dzięki ostatnim ulepszeniom algorytmów oraz dostępności i szybkości elektronicznych komputerów. Sieć bayesowska jako efektywna obliczeniowo i przestrzennie metoda reprezentacji łącznego rozkładu prawdopodobieństwa wykorzystuje niecykliczny graf skierowany w celu wskazania reprezentacji wiedzy o bezpośrednio zachodzących zależnościach. Metoda ta koduje informacje o określonej dziedzinie za pomocą wykresu, którego wierzchołki wyrażają zmienne losowe, a krawędzie obrazują probabilistyczne zależności między nimi, podając jednocześnie badane zależności w procentach.

Wyniki

Zgodnie z wynikami badań ankietowych z roku akademickiego 2011/2012 alkohol został uznany za najbardziej popularną substancję psychoaktywną we wszystkich analizowanych uczelniach.

Prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia palenia tytoniu wśród osób badanych w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Suwałkach uwarunkowane jest przede wszystkim własnym stosunkiem do palenia oraz przyzwalającym (pozytywnym) stosunkiem do rówieśników, którzy palą i piją. I tak potwierdzono,

że osoby, które palą papierosy są bardziej tolerancyjne dla rówieśników, którzy palą i piją. Jednocześnie wykazano, że osoby te mają negatywny stosunek do zażywania narkotyków. Palące osoby badane wskazały, że w 44% – można używać substancji psychotropowych bez ograniczeń, 38% twierdziło, że można używać substancje psychotropowe w małych ilościach. 51% badanych – nie potępia palaczy, 44% – nie potępia osób pijących alkohol.

Respondenci zaś, którzy nie palą papierosów określili, że: 54% – nie można palić oraz 27% – można palić w małych ilościach. W stosunku do rówieśników wskazali, że w 37% – potępia palaczy oraz w 39% – raczej nie potępia pijących alkohol. Zdecydowanie większość osób potępia zażywanie narkotyków.

Prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia palenia pytoniu wśród osób badanych na Politechnice Białostockiej, uwarunkowane jest tak jak poprzednio własnym stosunkiem do palenia oraz własnego stosunku do rówieśników, którzy palą i piją. Występuje tu jednak większe niezdecydowanie w wyrażaniu opinii o stosunku do siebie i osób trzecich.

Osoby, które palą bardziej tolerancyjne są dla rówieśników, którzy palą i piją, osoby te jednak mają negatywny stosunek do zażywania narkotyków. Osoby palące wskazały, że w 38% – można palić papierosy oraz w 30% można palić w małych ilościach. Jeżeli zaś chodzi o tolerancję wobec osób spożywających alkohol, to 59% osób palących nie potępia pijących alkohol. Osoby te są również tolerancyjne wobec osób które palą papierosy, tj. 47% – nie potępia palaczy.

Ankietowani, którzy nie palą papierosów podali w 51%, że nie można palić papierosów oraz w 27%, że można palić w małych ilościach. W stosunku do rówieśników, że w 34% – nie potępiają palaczy oraz w 57% – nie potępiają pijących alkohol. Zdecydowanie większość osób potępia zażywanie narkotyków.

Prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia palenia pytoniu wśród osób badanych na Uniwersytecie Janka Kupały w Grodnie uwarunkowane jest tak jak poprzednio własnym stosunkiem do palenia oraz własnego stosunku do rówieśników, którzy palą i piją. Osoby, które palą bardziej tolerancyjne są dla rówieśników, którzy palą i piją, jednak mają one negatywny stosunek do zażywania narkotyków. Osoby te wskazały, że w 24% – można palić papierosy, 30% można palić w małych ilościach oraz 33% wskazało, że nie można palić. Jeżeli zaś chodzi o tolerancję wobec osób pijących alkohol, to 26% osób palących nie potępia osoby pijące alkohol, 25% – prawdopodobnie potępia oraz 21% nie potępia pijących alkohol.

Studenci zaś, którzy nie palą papierosów wskazali aż w 87%, że nie można palić papierosów. W stosunku do rówieśników określili, że w 35% – nie potępiają palaczy oraz w 29% – raczej nie potępiają pijących alkohol. Zdecydowana większość badanych potępia zażywanie narkotyków.

Prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia palenia pytoniu wśród całej grupy respondentów trzech uczelni uwarunkowane jest tak, jak poprzednio własnym stosunkiem do palenia oraz własnego stosunku do rówieśników, którzy palą i piją. Osoby, które palą bardziej tolerancyjne są dla rówieśników, którzy palą i piją,

jednak ich stosunek do zażywania narkotyków jest negatywny. Badani wskazali, że w 38% – można palić papierosy, 36% – można palić w małych ilościach. Jeżeli zaś chodzi o tolerację wobec osób pijących alkohol, to 46% osób palących nie potępia pijących alkohol oraz 31% – raczej nie potępia. Grupa ta jest również tolerancyjna wobec rówieśników, którzy palą papierosy, gdyż 46% nie potępia osób palących.

Osoby zaś, które nie palą papierosów wskazały aż w 66%, że nie można palić papierosów. W stosunku do rówieśników wskazały, że w 35% – potępiają palaczy oraz w 27% – nie potępiają palaczy. Wśród badanej całej grupy niepalących jest bardzo duża tolerancja dla osób pijących alkohol, tj. 36% – nie potępia pijących alkohol oraz 30% – raczej nie potępia. Ważne jest więc realne monitorowanie zjawiska rozpowszechnienia palenia tytoniu i używania innych substancji psychoaktywnych wśród studiującej młodzieży.

Omówienie

W całej populacji kobiet częstość palenia nie spada od połowy lat 80-tych. Badania wskazują na głębokie społeczne rozwarstwienie zjawiska palenia tytoniu w Polsce. Najbiedniejsi, a także najslabiej wykształceni Polacy palą znacznie częściej (np. bezrobotni mężczyźni w około 70%), niż osoby lepiej sytuowane i z wyższym wykształceniem (wśród mężczyzn około 30%).

To się zmienia. W okresie ostatnich 5 lat uzyskano istotne korzystne zmiany postaw i zachowań związanych z paleniem tytoniu, a także aktywizację wielu środowisk społecznych, instytucji państwowych i organizacji pozarządowych.

Dotychczasowe nasze doświadczenie potwierdza celowość i efektywność realizowanych kierunków działań skoncentrowanych na rozwiązywaniu szczególnych problemów społecznych i zdrowotnych właściwych dla określonych środowisk w tym dla środowiska młodzieży studiującej. Naszą propozycją dla uczelni z Suwałk, Białegostoku i Grodna pozostaje:

- Edukacyjna kampania masowa adresowana do całej populacji studentów okazała się skuteczną metodą koncentrowania aktywności i uwagi różnych grup (studentów, pracowników naukowych i dydaktycznych) i środowisk zawodowych (np. pielęgniarki, ratownicy medyczni) i oparta jest na działaniach służących ograniczaniu palenia tytoniu i ochronie praw niepalących. Jest także dobrym sposobem motywowania osób palących do osobistych decyzji zaprzestania palenia.
- Akcje i programy edukacyjne dla studiującej młodzieży to decyzją władz uczelni wdrażana część polityki ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu.
- Zgromadzone dotychczas doświadczenie, opracowane programy wstępne, strategie działania, nawiązane kontakty i współpraca międzynarodowa, zespoły przygotowanych liderów środowiskowych, to kapitał i punkt wyjścia do rozszerzenia prowadzonych działań w Polsce do czego serdecznie namawiamy i zapraszamy.

Uzasadnieniem wspólnych działań jest przede wszystkim aspekt zdrowotny i niezaprzeczalny fakt, że palenie tytoniu stanowi przyczynę większej liczby zgonów w Polsce niż picie alkoholu, AIDS, samobójstwa, zabójstwa, urazy i zatrucia razem wzięte. Jest jedną z najistotniejszych przyczyn przedwczesnej umieralności. Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia. Raport Sytuacja zdrowotna ludności Polski podaje, że wprawdzie odsetek Polaków palących papierosy, 37% mężczyzn i 23% kobiet, jest wyższy od przeciętnego dla krajów Unii Europejskiej, ale wśród mężczyzn liczba palaczy zmniejsza się. Zmniejsza się również rozpowszechnienie palenia wśród młodzieży, a samo palenie papierosów jest postrzegane przez osoby w wieku 15-24 lata jako obarczone dużym ryzykiem zdrowotnym i odsetek palaczy w tej grupie wiekowej jest jednym z najniższych w Unii Europejskiej. Niepokojące jest utrzymywanie się odsetka palących dorosłych kobiet na stałym poziomie. Spożycie alkoholu w Polsce jest niższe niż przeciętne dla krajów UE. Zmieniła się struktura spożycia napojów alkoholowych. Wzrósł udział napojów o niższej zawartości alkoholu. Również wśród młodzieży sytuacja jest korzystna w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej, ale co szósty chłopiec w wieku 15 lat pije alkohol przynajmniej raz w tygodniu. Wyniki badań wskazują, że aktywność fizyczna Polaków jest także zbyt niska.

Równie ważny jest aspekt ekonomiczny (a przecież ekonomiczne i społeczne koszty palenia tytoniu przekraczają kilkakrotnie zyski, które budżet państwa osiąga w związku z produkcją i sprzedażą papierosów). Region, w którym żyjemy jest jednym z najuboższych. W województwie podlaskim PKB na 1 mieszkańca (ceny bieżące Polska = 100) wynosi 73,7 a np. dla województwa dolnośląskiego 109,0. Dodatkowo z danych GUS wynika, że między 2002 r., a 2011 r., kiedy odbywały się narodowe spisy powszechne, w województwie: śląskim ubyłoby 112,5 tys. mieszkańców, łódzkim – 74,2 tys., opolskim – 48,8 tys., lubelskim – 23,4 tys., a naszym podlaskim – 6,2 tys. ludności, co wpływa również niekorzystnie na przyszłe dochody regionu, a co za tym idzie ludności.

Do tego dochodzi aspekt prawny. Ustawa z 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych nakłada na Radę Ministrów obowiązek ustalenia programu określającego politykę zdrowotną, społeczną i ekonomiczną zmierzającą do zmniejszenia używania wyrobów tytoniowych. Zobowiązania do realizacji takiej polityki wynikają także z Ramowej Konwencji WHO o Ograniczaniu użycia tytoniu, ratyfikowanej przez Polskę w 2006 r., oraz wspólnej polityki krajów Unii Europejskiej. Dlatego cel strategiczny wspólnych działań zdefiniowano następująco: zmniejszanie zachorowań, inwalidztwa i zgonów wynikających z palenia tytoniu (choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe, nie nowotworowe choroby układu oddechowego, zgony niemowląt) przez zmniejszenie ekspozycji na dym tytoniowy.

Proponowana, dla naszych trzech uczelni, strategia wspólnego działania zakłada:

po pierwsze, wzrost poziomu wiedzy studentów w zakresie szkodliwości palenia tytoniu i zysków płynących z niepalenia oraz nabycie przekonania o konieczności dbania o zdrowie swoje i innych;

po drugie, wzrost świadomości studentów w zakresie szkodliwości palenia tytoniu i nabycie przekonania o konieczności zerwania z nałogiem przy zastosowaniu różnych metod oddziaływania oraz terapii;

po trzecie, palenie papierosów i picie alkoholu jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych nałogów i jednocześnie najbardziej akceptowane społecznie. Nie dostrzega się inicjującej roli palenia, które często prowadzi do picia alkoholu i zażywania innych środków psychoaktywnych. Monitorowanie tych zależności i propagowanie uzyskiwanej wiedzy staje się więc naszym obowiązkiem;

po czwarte, styl życia wolny od dymu tytoniowego, to ważny element kultury i zasad funkcjonowania społeczeństwa na które stawia Unia Europejska i nasze uczelnie.

Wnioski i zalecenia

- Potwierdzono, że problem z substancjami aktywnymi dotyczy wszystkich analizowanych uczelni i powinien być postawą do przygotowania wspólnego planu naprawczego.
- Problem z substancjami psychoaktywnymi w grupie mężczyzn jest zdecydowanie poważniejszy, o czym świadczy liczba wskazań ankietowanych studentów zwłaszcza pytania dotyczące częstości spożywania alkoholu.
- Badania są wciąż pilotażowe, aby wyprowadzać wiążące wnioski powinny być kontynuowane. Należy poszukiwać i pozyskiwać koalicjantów do wspólnych ponad regionalnych działań.

Piśmiennictwo

1. Kleszczewska E., Łogwiniuk K., Jaszczyk K.: *Badanie ewaluacyjne wiedzy oraz postaw wobec nałogu palenia papierosów wśród studentek kierunku Kosmetologia* Przeg. Lek. 67(10), 969, 2010
2. Kuczyński J., Kleszczewska E., Popławski T., Łogwiniuk K., Szpakow A., Szpakow Al.: *Oszacowanie problemu palenia tytoniu i picia alkoholu oraz badanie postaw prozdrowotnych wśród studentów uczelni z Suwałk, Białegostoku i Grodna*, Przeg. Lek. 68 (10), 866, 2011
3. Kuczyński J., Kleszczewska E., Szpakow A., Szpakow Al., Suchcicka M.: *Działania regionalne oraz transgraniczne promujące i wspierające programy prozdrowotne* [w]: *Ekonomia dla rozwoju społeczności lokalnej t. I*, Wydawnictwo Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Suwałkach, Suwałki 2012
4. Kolarzyk E., Shpakou A., Kleszczewska E., Klimackaya L., Laskiene S.: *Nutritional status and food choices among first year medical students* Central European Journal of Medicine 7 (3), 396, 2012
5. Popławski W.T., Kleszczewska E., Szpakow A., Kleszczewski T., Suchcicka M.: *Inicjujące znaczenie IPW w kreowaniu działań wirtualnego zespołu naukowego z Polski, Białorusi i Rosji* [w]: W.T. Popławski (red.), *The Proceedings Book chronicles materials of the, SPECIAL FORUM & EXHIBITION on, BEST OF EAST – FOR EASTERN PARTNERSHIP, Challenges and Opportunities for Collaboration, European Union – Poland – Eastern Europe Countries, and, 4th International Science and Technology Days Poland-East, organized by the, International Innovation Centre of East (IICoE), Innova-*

tive Eastern Poland Association, Poland, Wydawnictwo IPW & ORGMASZ, Białystok 7-26, 2012

6. Клещевска Э., Клещевски Т., Варшицки М., Шпаков А., Кучинский Я.: СТАРЕНИЕ ОБЩЕСТВА – ВЫЗОВ ДЛЯ ОБЩЕСТВА И МЕДИЦИНЫ В XXI ВЕКЕ. ПРОБЛЕМЫ В ПОЛЬШЕ И БЕЛАРУСИ НА ФОНЕ СТРАН ЕС, <http://sibsedu.kspu.ru/english/> СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК специального образования 4 (8), 2012
7. Kolarzyk E., Pac A., Shpakou A., Kleszczewska E., Klimackaya L., Laskiene S.: *Nutrition of overweight and obese students*, Central European Journal of Medicine, 7(5), 665, 2012.
8. Wojtyniak B., Goryński P.: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Państwowy Zakład Higieny, Zakład Statystyki, Warszawa 2008.

Małgorzata Andryszczyk, Halina Śliżewska, Ewa Kleszczewska

Streszczenie

Wśród studentów uczelni ściany wschodniej drugi rok z rzędu prowadzone były badania dotyczące postaw prozdrowotnych, w których skład wchodzi: niepalenie papierosów, abstynencja od alkoholu, nie zażywanie narkotyków. Celem pracy była próba znalezienia związku między paleniem tytoniu, piciem alkoholu i stosowaniem innych substancji psychoaktywnych a postawami prozdrowotnymi wśród studentów oraz zastosowanie uniijnych programów promujących zdrowie na zasadzie od oseska do seniora. Badania dotyczą studentów – łącznie 416 osób z Suwałk, Białegostoku i Grodna. Do analizy wykorzystano nowe narzędzie badawcze – sieć bayesowską (ang. Belief networks, Bayesian belief networks), która coraz częściej stosowana jest w diagnostyce medycznej, wyszukiwania informacji czy też naukach biologicznych. Bazuje ona na teorii decyzji i teorii prawdopodobieństwa. Analiza wyników badań dowiodła, iż alkohol został uznany za najbardziej popularną substancję psychoaktywną we wszystkich analizowanych uczelniach. Palenie tytoniu wśród badanych uwarunkowane jest własnym stosunkiem do palenia oraz do rówieśników, którzy palą i piją. Zdecydowana większość osób potępia zażywanie narkotyków.

Słowa kluczowe

Palenie tytoniu, picie alkoholu, narkotyki, sieć bayesowska, postawy prozdrowotne.

Abstract

For the second year running research has been conducted among the students in the eastern borderland schools of higher learning concerning their pro-health attitudes which includes: non-smoking, alcohol abstinence and not taking narcotics. The aim of the research is an attempt to define a connection between smoking tobacco, drinking alcohol and taking other psychoactive substances and pro-health attitudes among students, as well as the introduction of the European Union programmes promoting health for all "from an infant to a senior citizen". The research is restricted to students – 416 people from Suwałki,

Białystok and Grodno. A new research tool has been used: the Belief Networks or Bayesian belief networks which is more and more often used in medical diagnosis, information retrieval or the biological sciences. It is based on the theory of decision and probability theory. The analysis of the research findings indicate that alcohol has turned out to be the most popular psychoactive substance in all analysed schools of higher learning. Smoking of tobacco among the respondents is conditioned by their own attitude towards smoking tobacco and their peers who smoke and drink. A straight majority of student respondents disapprove of taking drugs.

Keywords

smoking tobacco, drinking of alcohol, narcotics, Bayesian belief network, pro-health attitudes

Małgorzata Andryszczyk, mgr, absolwentka Uniwersytetu w Białymstoku, kierunek Pedagogika Opiekuńczo-Wychowawcza; studia podyplomowe Wyższa Szkoła Suwalsko Mazurska w Suwałkach; studia licencjackie Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Suwałkach, kierunek: pielęgniarstwo, kluczowe kwalifikacje specjalizacja: pielęgniarstwo ratunkowe.

Halina Śliżewska, mgr pielęgniarstwa, Akademia Medyczna Lublin, specjalizacja: anestezjologia i intensywna opieka dla pielęgniarek.

Ewa Kleszczewska, doktor nauk medycznych, Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Białymstoku, magister chemii, Wydział Matematyczno-Przyrodniczy Filia Uniwersytetu Warszawskiego w Białymstoku, dyrektor Instytutu Ochrony Zdrowia w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Suwałkach.

Leszek Kołodziejski, Anna Czech, Urszula Blicharz

Małopolski projekt upowszechniania zaleceń Europejskiego kodeksu walki z rakiem

Prowadząc zdrowy styl życia, można poprawić ogólny stan zdrowia i zapobiec wielu zgonom z powodu nowotworów złośliwych. Co roku u 3,2 mln Europejczyków diagnozuje się nowotwór – najczęściej jest to rak piersi, jelita grubego lub płuc. Pomimo znacznych postępów w badaniach i leczeniu raka, nowotwory nadal stanowią jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych. Statystyki są przerażające, co trzeci Polak zachoruje a co czwarty umrze na nowotwory złośliwe. Duże znaczenie ma kształtowanie świadomości społeczeństwa, ponieważ o wystąpieniu 80 -90% nowotworów przesądzają styl życia, nawyki żywieniowe, miejsce życia i pracy, zachowania zdrowotne, zachowania społeczno-kulturowe. Polskie dzieci prowadzą niewłaściwy tryb życia, brak ruchu – codzienny odpoczynek po szkole ma charakter bierny, 5 latki codziennie przez 3 godz oglądają TV. Coraz częściej wprowadza się edukację przez internet. Niepokoi wczesna inicjacja tytoniowa, alkoholowa, seksualna oraz antyzdrowotne nawyki dietetyczne. Przyczyn takiego trybu życia polskich dzieci można doszukiwać się w braku wzorców wychowywania i zachowań prozdrowotnych, w postawach rodziców, którzy nie mając czasu dla dzieci – nie wychowują tylko hodują. Również Szkoła i Kościół nie jest dla młodego pokolenia źródłem wzorców zachowania. Widoczna jest - dewaluacja autorytetu nauczyciela i duchowego. Powstała pustkę wypełniają media i rówieśnicy, powszechna krytyka dotychczasowych autorytetów, styl życia – lansowany przez reklamy i tabloidy, relatywizm – akceptacja zachowań antyzdrowotnych.

UE podjęła szeroko zakrojone działania, aby ratować chorych na raka i poprawiać jakość życia osób, które przezwyciężyły tę chorobę.

Zdrowszy tryb życia może przyczynić się do poprawy ogólnego stanu zdrowia oraz pozwolić uniknąć zachorowań na niektóre choroby nowotworowe – Europejski kodeks walki z rakiem. Skuteczne programy badań przesiewowych również mają decydujące znaczenie dla wczesnego wykrywania i leczenia nowotworów.

W województwie małopolskim, podobnie jak w całym kraju, statystyki zachorowań na choroby nowotworowe, nie napawają optymizmem. Również tryb życia uczniów małopolskich szkół, w tym wczesna inicjacja tytoniowa stały się głównym powodem podjęcia zorganizowanych działań nakierowanych na szkoły. Szpital Wojewódzki im Św. Łukasza w Tarnowie oraz Tarnowski Ośrodek Onkologiczny we współpracy z Kuratorium Oświaty w Krakowie, Delegatura w Tar-

nowie opracował Małopolski projekt upowszechniania zaleceń Europejskiego kodeksu walki z rakiem pt. Szkoła promująca zalecenia europejskiego kodeksu walki z rakiem.

Celem projektu jest budowanie świadomości onkologicznej i poprawy jakości życia ludności przez:

1. stwarzanie warunków oraz kształtowanie motywacji, wiedzy i umiejętności w zakresie wpływu zdrowego stylu życia na zapobieganie chorobom nowotworowym;
2. kształtowanie postawy aktywności fizycznej i zdrowego trybu życia.

Cele operacyjne

- Zwiększenie aktywności fizycznej dzieci i młodzieży.
- Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności.
- Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu.
- Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem.
- Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia.
- Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy.
- Usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych szyjki macicy i sutka.
- Projekt adresowany jest do nauczycieli a za ich pośrednictwem, jak również bezpośrednio, do dzieci i młodzieży szkół województwa małopolskiego i podkarpackiego.

Wybór adresata projektu podyktowany był przekonaniem, że dzieci są podatne na sugestie starszych, łatwo wpadają w nałogi, lecz na tym etapie można jeszcze przeciwdziałać niewłaściwym nawykom, natomiast dorośli mają utrwalony styl życia i nałogi ale są też podatni na wymagania dzieci. Stąd objęcie programem zwalczania chorób nowotworowych właśnie dzieci i młodzieży szkolnej wydaje się najbardziej skuteczną formą dotarcia do możliwie największej grupy odbiorców, co umożliwi realizację przyjętego celu..

Projekt realizowany jest przez: Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza w Tarnowie, Tarnowski Ośrodek Onkologiczny, Kuratorium Oświaty w Krakowie, Delegatura w Tarnowie przy współpracy z Kuratorium Oświaty w Rzeszowie. Realizację projektu wspierają: organy jednostek samorządu terytorialnego, Samorządowe Centrum Edukacji w Tarnowie, instytucje upowszechniania sportu, Uniwersytet Rolniczy w Krakowie, Wydział Technologii Żywności oraz szkoły województwa małopolskiego i podkarpackiego. Tylko stworzenie sieci współpracowników i partnerów w realizacji Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych daje szansę kształtowania świadomości onkologicznej społeczeństwa i upowszechnianie zdrowego trybu życia, wolnego od nałogów, w tym przeciwdziałanie wczesnej inicjacji tytoniowej. Patronat merytoryczny przyjął

Centrum Onkologii w Warszawie. Program dofinansowany jest przez Ministerstwo Zdrowia.

Projekt realizowany jest od października 2010 roku – początkowo edukacją objęto szkoły subregionu tarnowskiego. W kolejnym roku projekt objął swym zasięgiem szkoły województwa małopolskiego. Powodzenie projektu i skuteczność edukacji zachęciła realizatorów projektu do rozszerzenia obszaru edukacji promującej zdrowy tryb życia w tym zapobiegającej nadmiernej ekspozycji na dym tytoniowy. W 2012 roku edukacją w ramach Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych objęto szkoły województwa małopolskiego i podkarpackiego. Stworzenie systemu działań edukacyjnych adresowanych do uczniów szkół województwa małopolskiego i podkarpackiego stało się możliwe dzięki formalnemu podpisaniu porozumienia o współpracy między: Szpitalem Wojewódzkim im. Św. Łukasza w Tarnowie reprezentowanym przez Panią dyrektor Annę Czech, Tarnowskim Ośrodkiem Onkologicznym reprezentowanym przez Pana prof. dra hab. n. med. Leszka Kołodziejskiego, Kuratorium Oświaty w Krakowie reprezentowanym przez Pana Aleksandra Palczewskiego. Podjęcie współpracy międzyinstytucjonalnej pozwoliło na opracowanie i wdrożenie systemu działań edukacyjno – zdrowotnych, których adresatem są dzieci i młodzież szkolna.

Realizację projektu rozpoczęto od działań informacyjnych, które polegały na upowszechnianiu na stronie internetowej Kuratorium Oświaty w Krakowie oraz w prasie i w mediach lokalnych informacji na temat Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem. Przekazano szkołom materiały edukacyjne otrzymane w ramach programu prewencji pierwotnej nowotworów a finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia:

- *Europejski kodeks walki z rakiem* pod redakcją prof. dra hab. nauk med. Witolda Zatońskiego – przekazano szkołom 1720 szt.
- *Kodeks zdrowego życia*, Szarlota Pawel – przekazano 25 000 szt.
- *Kodeks zdrowego życia*, Michał Lebioda – przekazano 23 100 szt
- *Europejski kodeks walki z rakiem* – wersja skrócona – 10 000 szt.
- *Płytki CD Europejski kodeks walki z rakiem* – 8000 szt.

Kolejnym typem działań informacyjnych były Konferencje dla dyrektorów szkół i nauczycieli.

(Łącznie od października 2010 r. do października 2012 r. przeszkolono 2580 dyrektorów i nauczycieli).

Duże znaczenie w realizacji projektu miała bezpośrednia edukacja młodzieży – uczniów gimnazjum i szkół ponadgimnazjalnych poprzez organizację sesji edukacyjnych połączonych z warsztatami w mniejszych grupach. Sesje prowadzone były przez pracowników naukowych Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie oraz Uniwersytetu Rolniczego w Krakowie, Wydział Technologii Żywności. Podczas sesji omawiano wpływ trybu życia w tym wczesnej inicjacji tytoniowej oraz niewłaściwych nawyków żywieniowych na ogólny stan zdrowia. W czasie warsz-

tatów młodzież wypracowała zestaw jadłospisów bogatych w czynniki odżywcze dla różnych grup wiekowych.

Najbardziej jednak skuteczną formą popularyzacji zaleceń Europejskiego kodeksu walki z rakiem w tym ograniczenie ekspozycji na dym tytoniowy było **powołanie i przeszkolenie liderów gminnych a następnie liderów szkolnych**. Liderem mógł zostać nauczyciel lub pedagog, który uczestniczył w szkoleniu zorganizowanym przez Kuratorium Oświaty w Krakowie, del. w Tarnowie z udziałem prof. dra hab. n. med. Leszka Kołodziejskiego, kierownika Tarnowskiego Ośrodka Onkologicznego. Przeszkoleni liderzy prowadzili warsztaty z grupami nauczycieli na temat głównych zaleceń Europejskiego kodeksu walki z rakiem. Szkoleni nauczyciele pracując bezpośrednio z uczniami kształtując postawę promującą zdrowy styl życia. W miarę posiadanych środków udało się powołać 250 liderów, którzy przeszkolili około 10 000 nauczycieli szkół województwa małopolskiego i podkarpackiego.

Efektem zrealizowanego zadania jest bogata działalność szkół w zakresie upowszechniania poszczególnych zaleceń Europejskiego kodeksu walki z rakiem z udziałem uczniów i ich rodziców we współpracy z samorządem lokalnym i instytucjami upowszechniania sportu. Dzieci i młodzież szkolna pod opieką nauczycieli, przeszkolonych w ramach realizacji projektu uczestniczą w swoich środowiskach lokalnych w licznych przedsięwzięciach zapobiegających rozpowszechnianiu niewłaściwych zachowań zdrowotnych w szkole, rodzinie i środowisku. Szkoły województwa małopolskiego i podkarpackiego włączyły się w realizację programów ogólnopolskich oraz tworzą własne projekty upowszechniające zdrowy tryb życia.

Na podkreślenie zasługują akcje dotyczące:

- szkodliwości dymu tytoniowego i alkoholu, m.in. Światowy dzień bez tytoniu, Światowy dzień rzucenia palenia,
- ogólnopolska akcja 5 razy dziennie warzywa i owoce,
- ogólnopolska akcja Chodzę, biegam – więc jestem (aktywność fizyczna),
- akcje edukacyjne dot. czynników ryzyka i wczesnych objawów nowotworów złośliwych skóry, szczególnie czerniaka złośliwego.

Szkoły realizują zalecenia Europejskiego kodeksu walki z rakiem również poprzez własne programy edukacji zdrowotnej, które zostały opracowane we współpracy i pod nadzorem Kuratorium Oświaty. Organizowano wystawy, happeningi, prelekcje dla uczniów i rodziców, rozdawnictwo ulotek promujących kodeks zdrowego życia.

Dużym zainteresowaniem uczniów i ich rodziców oraz mieszkańców środowiska lokalnego cieszą się różnorodne formy promujące aktywność fizyczną: turnieje, zawody, wycieczki rowerowe z udziałem mieszkańców środowisk lokalnych w dniach wolnych od pracy itp.

Popularyzację zdrowej diety i walkę z otyłością, jako czynnikiem sprzyjającym

zachorowaniom na nowotwory szkoły prowadzą poprzez akcje edukacyjne promujące zdrową i bezpieczną żywność w tym zmniejszenie ilości soli w codziennej diecie, kiermasze zdrowej żywności, zmiana wyposażenia sklepików szkolnych itp.

Dotychczas w programie wzięło udział ok. 3000 szkół organizujących zajęcia:

- 2 173 szkoły – promujące ruch;
- 3 000 szkół uczestniczy w działaniach antynikotynowych;
- 1 718 szkół – realizuje projekty z zakresu zdrowego odżywiania.

Ciekawą i skuteczną formą popularyzacji zaleceń Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem w tym walki z nikotynizmem okazał się konkurs o tytuł Szkoły Promującej Zalecenia Europejskiego kodeksu walki z rakiem. Organizatorami konkursu są Tarnowski Ośrodek Onkologiczny i Kuratorium Oświaty.

Szkoły opisują swoje działania. Najciekawsze prezentacje popularyzowane są na stronie internetowej www.Kuratorium.Krakow.pl – jako przykłady dobrych praktyk. Szkoły otrzymują tytuł Szkoły promującej zalecenia europejskiego kodeksu walki z rakiem oraz nagrody ufundowane przez sponsorów: wójtów, burmistrzów a także właścicieli zakładów przemysłowych i zakładów opieki zdrowotnej popierających akcje promocji zdrowego trybu życia. Celem konkursu jest promowanie i popularyzowanie w środowiskach szkolnych i lokalnych następujących zasad Europejskiego kodeksu walki z rakiem.

1. Nie pal; jeśli palisz, przestań. Jeśli nie potrafisz przestać, nie pal przy niepalących.
2. Wystrzegaj się otyłości.
3. Bądź codziennie aktywny ruchowo, uprawiaj ćwiczenia fizyczne.
4. Spożywaj więcej warzyw i owoców: jedz co najmniej 5 porcji dziennie. Ogranicz spożycie produktów zawierających tłuszcze zwierzęce.
5. Jeśli pijesz alkohol – piwo, wino lub napoje wysokoprocentowe – ogranicz jego spożycie.
6. Unikaj nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne. Szczególnie chroń dzieci i młodzież. Osoby mające skłonność do oparzeń słonecznych powinny przez całe życie stosować środki chroniące przed słońcem.
7. Przestrzegaj ściśle przepisów mających na celu ochronę przed narażeniem na znane substancje rakotwórcze. Stosuj się zawsze do instrukcji postępowania z substancjami rakotwórczymi. Przestrzegaj zaleceń krajowych ośrodków ochrony radiologicznej.
8. Bierz udział w programach szczepień ochronnych przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B.

Konkurs jest skierowany do uczniów szkół podstawowych, gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych województwa małopolskiego i podkarpackiego.

Kryteria konkursowe zostały zgrupowane wokół wymienionych niżej pięciu obszarów.

1. Walka z nałogami

2. Aktywność fizyczna

3. Odżywianie

4. Higiena

5. Udział w programach przesiewowych i programach szczepień ochronnych

Laureaci konkursu są wybierani w trzech kategoriach, odpowiadających trzem poziomom kształcenia:

- pierwsza kategoria – szkoła podstawowa
- druga kategoria – gimnazjum
- trzecia kategoria – szkoła ponadgimnazjalna.

Ważnym etapem realizacji projektu jest ewaluacja prowadzona każdorazowo po roku realizacji projektu. Jedną z form ewaluacji była ankieta dla młodzieży na temat znajomości zasad europejskiego kodeksu walki z rakiem. Wyniki potwierdziły dobrą świadomość uczniów szkół ponadgimnazjalnych i gimnazjów w zakresie znajomości zasad zdrowego trybu życia, niestety wciąż jednak duża grupa uczniów naszych szkół rzadko stosuje te zasady w codziennym życiu. Kuratorium Oświaty w Krakowie, przeprowadziło również monitoring realizacji podstawy programowej w zakresie edukacji zdrowotnej na lekcjach wychowania fizycznego w gimnazjum. Opracowany raport i wnioski posłużyły szkołom do modyfikowania programów pod kątem zwiększenia aktywności fizycznej młodzieży gimnazjalnej.

Dużą pomocą w realizacji projektu są materiały merytoryczne wypracowane na okoliczność konferencji i sesji. Uczestnicy tych sesji i konferencji otrzymują bezpłatnie materiały, do których należą opracowania:

- prof. dr hab. nauk med. Leszek Kołodziejski: Płytką CD *Uzasadnienie zaleceń Europejskiego kodeksu walki z rakiem*
- dr nauk med. Beata Piórecka: Płytką CD *Profilaktyka wybranych nowotworów złośliwych*
- mgr Agnieszka Kozioł-Kozakowska: Płytką CD *Dieta a profilaktyka nowotworowa*
- prof. dr hab. nauk med. Leszek Kołodziejski: Płytką CD *Czerniaki i znamiona oraz Wojna biologiczna?*
- dr Monika Łabuzek: Płytką CD *Zwiększenie aktywności fizycznej dzieci i młodzieży*
- prof. dr hab. inż. Teresa Leszczyńska: Płytką CD *Żywnienie a ryzyko chorób nowotworowych*
- ulotki informacyjne – 10 500 szt.
- broszura *Walka z rakiem – wskazówki praktyczne*.

Zakończenie

Realizowany Projekt ma charakter edukacyjny i bezpośrednio skierowany jest do uczniów wszystkich szkół województw małopolskiego i podkarpackiego a pośrednio do ich rodzin, opiekunów i środowisk w których funkcjonują. Dzieci i młodzież stanowią grupę nie posiadającą jeszcze utrwalonych wzorców związanych z niewłaściwym stylem życia, dlatego też możliwym jest właściwe wzorce zaszczepić. W związku z tym projekt będzie nadal kontynuowany.

Po analizie trzyletniej edycji projektu realizowanego przez Szpital Wojewódzki im. Świętego Łukasza w Tarnowie, Tarnowski Ośrodek Onkologiczny i Kuratorium Oświaty w Krakowie, delegatura w Tarnowie należy stwierdzić że projekt przynosi oczekiwane efekty. Wzbogacono wiedzę uczniów zwiększono motywację do wyboru zdrowego stylu życia, co potwierdza świadomość i zmiana postawy zdrowotnej uczniów. Zamierzamy nadal kontynuować podjęte działania, poszerzając listę odbiorców zaleceń Europejskiego kodeksu walki z rakiem. Stąd wypracowano wnioski, które będziemy wdrażać w następnych latach.

1. Tworzenie sieci szkół promujących zalecenia Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem;
2. Poszerzenie listy liderów promocji zaleceń EKWzR o grupy liderów młodzieżowych;
3. Tworzenie stałych grup wsparcia szkół w zakresie promocji zdrowego życia we współpracy z samorządem lokalnym, sanepidem, placówkami doskonalenia nauczycieli;

Piśmiennictwo

Europejski kodeks walki z rakiem pod redakcją prof. dra hab. nauk med. Witolda Zatońskiego

Leszek Kołodziejski, *Małopolski projekt Szkoła promująca zalecenia Europejskiego kodeksu walki z rakiem*

Leszek Kołodziejski, Anna Czech, Urszula Blicharz

Streszczenie

Projekt Wdrożenie zasad prozdrowotnego stylu życia zawartych w Europejskim kodeksie walki z rakiem obejmujący woj. małopolskie i podkarpackie (2012 r.) poprzedził w 2010 r. program pilotażowy skierowany do młodzieży subregionu tarnowskiego (50 liderów – 403 szkół – 4 000 nauczycieli – 80 000 uczniów) oraz program małopolski (2011 r.) obejmujący dodatkowe przeszkolenie 87 liderów, 4 350 nauczycieli z 3 000 szkół i 414 125 uczniów z reszty województwa. Dotychczas zrealizowano: 1. Konferencję naukową dla liderów obu województw – 350 uczestników, 2. Przekazano materiały edukacyjne: a) 8 000 płytek CD zawierających EKWR i komiksy, b) 8 000 egz. EKWR dla woj. podkarpackiego, c) 14 000 komiksów dla dzieci i 15 000 dla młodzieży, d) 480 płytek CD wykładów dotyczących problematyki EKWR, e) 10 000 ulotek o tematyce EKWR dla obu województw.

W trakcie realizacji przez szkoły odbywa się: 1. Promocja ogólnopolskich akcji: antynikotynowych, zdrowego odżywiania, walki z rakiem, aktywność fi-

zycznej. 2. Spotkania edukacyjne dotyczące problematyki: nowotworów skóry, badań przesiewowych i szczepień ochronnych. 3. Konkursy szkolne o nadanie tytułu: Szkoła promująca zasady EKWR.

Zdaniem autorów istnieją warunki utworzenia sieci szkół promujących zalecenia EKWR i grupy liderów młodzieżowych, możliwości współpracy szkół z samorządem lokalnym, Sanepidem i placówkami doskonalenia nauczycieli oraz rozszerzenia programu na inne województwa.

Słowa kluczowe

rak, profilaktyka, młodzież

Abstract

The project on Implementation of the pro-health life style principles as contained in the European Code Against Cancer to be brought into operation in the Małopolska and Podkarpacie Voivodships /2012/ was preceded in 2010 with a pilot programme addressed to young people of the Tarnów area /50 leaders – 403 schools – 4 000 teachers – 80 000 pupils/ and the Małopolska Programme (2011) offering additional training to 87 leaders, 4350 teachers from 3000 schools and 414 125 pupils from the rest of the voivodship. So far, the following has been already organized and carried out: 1. A scientific conference for leaders of both voivodships: 350 participants, 2. Distribution of educational materials: a) 80000 CDs containing the ECAC and comic strips, b) 8000 copies of ECAC for the Podkarpacie Voivodship, c) 14 000 comic strip books for children and 15 000 for teenagers, d) 480 CDs with lectures on ECAC problem matter, e) 10 000 leaflets on ECAC ideas for both voivodships.

The events organized in and by schools include: 1. Promotion of national projects: anti-nicotine, healthy food, against cancer and physical activity. 2. Educational meetings focused on the following problems: skin cancers, screening and immunization. 3. School contests to win a title "School Promoting the ECAC Principles".

In the opinion of the authors, there exist conditions for setting up a network of schools promoting the ECAC provisions and creating a group of teenage leaders. Also, cooperation between schools, local government, the Sanepid Sanitary Inspection and teacher training colleges is possible. Conditions for introducing the programme to other voivodships have been discussed.

Keywords

cancer, prevention, young people/teenagers

Leszek Kołodziejcki, profesor zwyczajny Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie i Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Tarnowie. Kierownik Tarnowskiego Ośrodka Onkologicznego. Konsultant województwa małopolskiego w dziedzinie chirurgii onkologicznej.

Rozdział 3

Medyczne i pedagogiczne aspekty działalności antytytoniowej

Zbigniew Gaciong

Palenie tytoniu a inne czynniki ryzyka chorób układu krążenia

Według ostatniego raportu WHO palenie tytoniu mieści się wśród najważniejszych czynników ryzyka przedwczesnego zgonu w skali całego globu. Szacuje się, że ogółem prawie 9% wszystkich zgonów można powiązać z paleniem, w krajach bogatych, gdzie palenie jest najważniejszym czynnikiem ryzyka, odsetek ten sięga 18% (tab. 1). Ocenia się, że co drugi palacz umrze z powodu powikłań bezpośrednio związanych z nałogiem.

Tabela 1. Najważniejsze czynniki ryzyka zgonu w skali całego świata w zależności od sytuacji ekonomicznej regionu (WHO, dane z roku 2004)

lp	Czynnik ryzyka	Liczba zgonów miliony	%
----	----------------	-----------------------	---

Świat ogółem

1.	Nadciśnienie tętnicze	7.5	12.8
2.	Palenie tytoniu	5.1	8.7
3.	Cukrzyca	3.4	5.8
4.	Brak aktywności fizycznej	3.2	5.5
5.	Nadwaga/otyłość	2.8	4.8
6.	Hiperlipidemia	2.6	4.5
7.	Niebezpieczne zachowania seksualne	2.4	4.0
8.	Alkohol	2.3	3.8
9.	Niedożywienie dzieci	2.2	3.8
10.	Palenie węglem/drewnem	2.0	3.3

Kraje o niskim dochodzie

1.	Niedożywienie dzieci	2.0	7.8
2.	Nadciśnienie tętnicze	2.0	7.5
3.	Niebezpieczne zachowania seksualne	1.7	6.6
4.	Brak dostępu do czystej wody, warunki higieniczne środowiska	1.6	6.1
5.	Cukrzyca	1.3	4.9
6.	Palenie węglem/drewnem	1.3	4.8
7.	Palenie tytoniu	1.0	3.9
8.	Brak aktywności fizycznej	1.0	3.8
9.	Brak żywienia piersią	1.0	3.7
10.	Hiperlipidemia	0.9	3.4

Kraje o średnim dochodzie (w tym Polska)

1.	Nadciśnienie tętnicze	4.2	17.2
2.	Palenie tytoniu	2.6	10.8
3.	Nadwaga/otyłość	1.6	6.7
4.	Brak aktywności fizycznej	1.6	6.6
5.	Alkohol	1.6	6.4
6.	Cukrzyca	1.5	6.3
7.	Hiperlipidemia	1.3	5.2
8.	Dieta o małej zawartości warzyw/owoców	0.9	3.9
9.	Palenie węglem/drewnem	0.7	2.8
10.	Zanieczyszczenie atmosfery	0.7	2.8

Kraje o dużym dochodzie

1.	Nadciśnienie tętnicze	4.2	17.2
2.	Palenie tytoniu	2.6	10.8
3.	Nadwaga/otyłość	1.6	6.7
4.	Brak aktywności fizycznej	1.6	6.6
5.	Cukrzyca	1.6	6.4
6.	Hiperlipidemia	1.5	6.3
7.	Dieta o małej zawartości warzyw/owoców	1.3	5.2
8.	Zanieczyszczenie atmosfery	0.9	3.9
9.	Alkohol	0.7	2.8
10.	Narażenie w miejscu pracy	0.7	2.8

Nie ma wątpliwości, że palenie stanowi najważniejszy modyfikowalny czynnik ryzyka chorób układu krążenia. Opublikowano niedawno dane pochodzące z projektu Milion Women Study, który obejmuje prospektywną obserwacją 1 300 000 kobiet w Wielkiej Brytanii. Ponad 60% zgonów wśród kobiet, które paliły wiązało się z nałogiem, palacze stracili średnio 10 lat życia w porównaniu do osób wolnych od nałogu. Zaprzymanie palenie przed 40 rokiem życia zmniejsza ryzyko zgonu związanego z ekspozycją na dym tytoniowy o 90%, a przed 30 rokiem życia o 97%.

Palenie tytoniu jako czynnik ryzyka chorób układu krążenia

Wyniki wszystkich badań epidemiologicznych dowodzą, że palenie tytoniu stanowi niezależny czynnik ryzyka wszystkich powikłań naczyniowych na tle miażdżycy. Zawał serca występuje 6-krotnie u kobiet i 3-krotnie u mężczyzn, którzy palą co najmniej 20 papierosów dziennie, w porównaniu do osób, które nigdy nie paliły. W badaniu INTERHEART, w którym analizowano czynniki ryzyka zawału serca w oparciu o dane 52 krajów (w tym z Polski), palenie odpowiadało za 36% ryzyka populacyjnego zawału. Podobnie, ryzyko zgonu w przebiegu

choroby układu krążenia było o 63% większe u palaczy niż u osób niepalących. Kobiety wydają się bardziej podatne na niekorzystne skutki związane z ekspozycją na dym tytoniowy. W meta-analizie, które uwzględniła dane 2 400 000 osób, u których zarejestrowano 44 000 przypadków choroby wieńcowej, ryzyko wystąpienia u kobiet – palaczek było o 25% wyższe niż w przypadku palących mężczyzn.

Palenie tytoniu zwiększa także ryzyko wystąpienia powikłań u pacjentów z rozpoznaną chorobą układu krążenia. Chorzy poddani zabiegom pomostowania wieńcowego, którzy nie porzucili nałogu mają o 75% większe ryzyko zgonu w porównaniu do pacjentów, którzy nie palili co najmniej przez 1 rok od czasu zabiegu. Podobnie, u osób, które pozostają w nałogu, o 41% częściej pojawia się konieczność wykonywania ponownych zabiegów rewaskularyzacji wieńcowej. Podobnie różnice pomiędzy palaczami i osobami niepalącymi dotyczą pacjentów poddanych zabiegom przezskórnym interwencjom wieńcowym (PCI).

Dostępne wskazują, że także palenie cygar czy tytoń spożywany w inny sposób (żucie, wążanie) wpływa na ryzyko powikłań ze strony układu krążenia. Palenie cygar zwiększa ryzyko choroby wieńcowej o 27% , w sposób zależny od dawki. Badanie 135 000 mężczyzn, pracowników budowlanych w Szwecji, wykazało, że śmiertelność sercowo-naczyniowa u osób używających tytoniu bezdymnego była większa o 40%, przy czym w grupie pomiędzy 35 a 54 rokiem życia prawdopodobieństwo zgonu wzrastało 2,1-krotnie.

Zakaz palenia w przestrzeni publicznej a ryzyko zgonu z powodu chorób układu krążenia

Bierna ekspozycja na dym tytoniowy wywiera niekorzystny wpływ na zdrowie osób niepalących, które narażone są na działanie składników bezpośrednio pochodzących ze spalania tytoniu oraz wydychanych do środowiska przez osobę palącą. W cytowanym powyżej raporcie WHO szacuje się, że około 1% liczby przedwczesnych zgonów na świecie jest skutkiem biernego palenia. Największymi ofiarami palaczy są dzieci, u których przebywanie w atmosferze dymu tytoniowego zwiększa o 28% ryzyko zgonu a o 61% prawdopodobieństwo wystąpienia astmy i zakażeń układu oddechowego. W odniesieniu do chorób układu krążenia, ich ryzyko wzrasta u biernych palaczy o około 30%.

Przekonywującymi dowodami na znaczenie biernego narażenia na składniki dymu tytoniowego są obserwacje nad skutkami zakazu palenia w miejscach publicznych. Opublikowane niedawno wyniki skutków takiego zakazu w okręgu Olmsted (USA) wykazują, że w ciągu 18 miesięcy od wprowadzenia nowego prawa liczba zawałów zmniejszyła się o 33% a nagłych zgonów sercowych o 17%. W tym czasie znacząco zmniejszyła się liczba osób palących podczas gdy występowanie innych czynników ryzyka ostrych zespołów wieńcowych, takich jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, hiperlipidemia czy otyłość pozostało niezmienione. Powyższa praca potwierdza dane podsumowane w meta-analizach, które

wskazują na 17% redukcję ryzyka zawału po wprowadzeniu zakazu. Każdy kolejny rok wiąże się ze zmniejszeniem prawdopodobieństwa ostrych zespołów wieńcowych o 26%, przy czym największe korzyści odnoszą osoby młode i niepalacze.

Palenie tytoniu i inne czynniki ryzyka chorób układu krążenia

Raport WHO oparty na analizie 58 800 000 zgonów, które miały miejsce na całym świecie w roku 2004 umieszcza palenie tytoniu na liście najbardziej znaczących czynników ryzyka przedwczesnej śmierci bez względu na uwarunkowane warunkami ekonomicznymi warunki życia czy dostęp do kwalifikowanej opieki medycznej. Ogółem, szacuje się, że co 8-my zgon na świecie wiąże się z paleniem tytoniu. Podstawowy mechanizm zwiększonej zachorowalności i śmiertelności wiąże się z wpływem palenia na rozwój miażdżycy tętnic, jednak procesy leżące u podłoża tego związku nie zostały do końca wyjaśnione.

Palenie tytoniu powoduje niekorzystne zmiany profilu lipidowego. U palaczy obserwuje się zwiększenie stężenia LDL-cholesterolu i zmniejszenie wartości HDL-cholesterolu. Ekspozycja na toksyczne rodniki tlenowe zawarte w dymie tytoniowym powoduje powstawanie utlenowanych pochodnych lipidowych. Utlenowane cząsteczki cholesterolu zawarte we frakcji lipoprotein o małej gęstości nie wiążą się z receptorem dla LDL lecz są gromadzone przez makrofagi migrujące do ściany tętnic, tworząc załazek blaszki miażdżycowej. Utlenowane cząsteczki cholesterolu pojawiają się w krążeniu osób biernie narażonych na dym tytoniowy.

U palaczy obserwuje się stan zwiększonej gotowości zakrzepowej, który jest wynikiem zaburzeń czynności śródbłonna, osocowego układu krzepnięcia i płytek krwi. W komórkach śródbłonna dochodzi do zahamowania uwalniania tkankowego aktywatora plazminogenu (tPA) a równocześnie wzrasta ekspresja czynnika tkankowego. We krwi, zwiększa się stężenie fibrynogenu. Płytki krwi wykazują nasiloną zdolność do aktywacji, prawdopodobnie w wyniku aktywacji adrenergicznej. U pacjentów z przewlekłymi chorobami układu oddechowego dodatkowym czynnikiem nasilającym ryzyko powstawania powikłań o charakterze zakrzepowym jest wzrost lepkości krwi wywołany zwiększonym stężeniem hemoglobiny (wtórna nadkrwistość).

Składniki dymu tytoniowego powodują niekorzystne zmiany w ścianie naczyń krwionośnych. Komórki śródbłonna mają mniejszą zdolność do wydzielania tlenu azotu oraz prostacykliny czego następstwem jest upośledzona zdolność do rozkurczu i hamowania aktywacji płytek. Palacze wykazują zmniejszenie rezerwy przepływu w naczyniach wieńcowych, a zaburzenia te ulegają dalszemu nasileniu przy współistnieniu hipercholesterolemii. Wpływ jaki składniki dymu tytoniowego wywierają na ścianę naczyniową wiąże się nie tylko z przyspieszonym rozwojem miażdżycy tętnic ale także uszkodzeniem mikrokrażenia.

Za główne składniki dymu tytoniowego związane z ryzykiem powikłań naczyniowych uważa się nikotynę, toksyczne rodniki tlenowe i tlenek węgla. Bez wątpienia, pierwsze z nich odgrywają istotną rolę w patogenezie miażdżycy poprzez aktywację procesu zapalnego, powstawania utlenowanych pochodnych li-

pidowych, upośledzenie zdolności śródbłonna do uwalniania tlenu azotu, a także bezpośrednie uszkodzenie ścian naczyń. U palaczy obserwuje się podwyższone stężenie wskaźników stanu zapalnego (wzrost stężenia CRP) oraz homocysteiny.

Palenie papierosa powoduje wzrost stężenia nikotyny do 10-50 ng/ml i następnie stopniowy spadek w wyniku metabolizmu związku w płucach, nerkach i wątrobie. Okres półtrwania nikotyny w krążeniu wynosi 2 godziny i na jej metabolizm ma wpływ uwarunkowana genetycznie aktywność enzymu CYP2A6. Nikotyna osiąga podobne stężenie w mleku kobiecym, jak w surowicy.

Mechanizm działania nikotyny na układ krążenia wiąże się z obecnością swoistych receptorów obecnych w mózgu, zwojach nerwowych układu autonomicznego, nadnerczach i zakończeniach nerwowych. Podstawowym następstwem stymulacji swoistych receptorów jest pobudzenie części współczulnej układu autonomicznego (aktywacja adrenergiczna). Wydaje się, że przy niskich stężeniach substancji w krążeniu dominuje efekt pobudzenia chemoreceptorów w kłębku szyjnym. Nikotyna powoduje także uwolnienie licznych przekaźników pobudzenia, takich jak aminy katecholowe, acetylocholina, serotonina, wazopresyna, glutaminian, NO, czynnik wzrostu związany z kalcytoniną, beta-endorfina. Odpowiedź na nikotynę ma zwykle przebieg dwufazowy: przy niższych stężeniach obserwuje się stymulację uwalniania neuroprzekaźników, przy wyższych – zahamowanie. Przykładowo, duże dawki nikotyny blokują uwalnianie amin katecholowych z nadnerczy w wyniku pobudzenia nerwu trzewnego. Liczne zaburzenia, które obserwuje się u palaczy (wzrost ciśnienia tętniczego, nadkrzepliwość, zaburzenia lipidowe, dysfunkcja śródbłonna) wiąże się z efektami działania nikotyny.

Palenie powoduje ekspozycję na tlenek węgla i wzrost stężenia hemoglobiny tlenkowej. U osób zdrowych zjawisko to nie przekłada się na wykrywalne zaburzenia czynności układu krążenia. Jednak u pacjentów z chorobą wieńcową ekspozycja na niewielkie stężenia tlenu węgla powoduje upośledzenie ukrwienia mięśnia serca w trakcie wysiłku oraz zwiększa ryzyko komorowych zaburzeń rytmu.

Należy podkreślić, że zaburzenia reaktywności naczyń występujące u czynnych palaczy wykrywa się także u osób narażonych na bierną ekspozycję, udaje się je także odtworzyć w eksperymentach stosując nikotynę.

Palenie tytoniu a nadciśnienie tętnicze

Na liście najważniejszych czynników ryzyka przedwczesnych zgonów palenie tytoniu sąsiaduje z nadciśnieniem tętniczym. Istnieje szereg obserwacji które sugerują związek skutkowo-przyczynowy pomiędzy powyższymi czynnikami. Według jednej z hipotez palenie tytoniu może odgrywać istotną rolę w patogenezie pierwotnego nadciśnienia tętniczego. Bezpośrednio w trakcie palenia obserwuje się wzrost wartości ciśnienia tętniczego nawet rzędu 20 mm Hg wartości ciśnienia skurczowego. Po zaprzestaniu palenia, ciśnienie tętnicze wraca do

wartości podstawowych w czasie kilkudziesięciu minut. U przewlekłego palacza powtarzane wzrosty ciśnienia wynoszą zwykle 5-10 mm Hg ciśnienia skurczowego, z wyższymi wartościami w godzinach porannych, po wypaleniu pierwszego w ciągu dnia papierosa. Towarzyszy im wzrost częstości tętna o 10-20 uderzeń na minutę bezpośrednio po paleniu, a średnio palacze wykazują zwiększoną podstawową częstość serca o 7 uderzeń/min. uderzeń. Bezpośrednią przyczyną zmian hemodynamicznych wywołanych paleniem jest aktywacja układu adrenergicznego. Już ponad 30 lat temu wykazano, że zmiany ciśnienia tętniczego w trakcie palenia wiążą się ze zwiększeniem stężenia amin katecholowych we krwi. Bezpośredni pomiar aktywności współczulnej metodą mikroneurografii u człowieka wykazał, że bezpośrednia ekspozycja na dym tytoniowy powoduje wzrost wyładowań w nerwach współczulnych (MNSA). Powyższe zjawisko obserwuje się u aktywnych palaczy, jak i osób eksponowanych biernie na dym tytoniowy. Należy jeszcze raz podkreślić, że większość zaburzeń hemodynamicznych obserwowanych u palaczy można wytłumaczyć stanem zwiększonej aktywacji adrenergicznej.

W licznych badaniach analizowano związek pomiędzy wartością ciśnienia tętniczego a paleniem tytoniu w różnych populacjach pacjentów. Aktywni palacze wykazywali wartości ciśnienia tętniczego nieco niższe aniżeli niepaląca populacja. Jednak w tych badaniach, ciśnienie tętnicze mierzono w trakcie wizyty w gabinecie lekarskim, po pewnym okresie niepalenia. Wytyczne (ESH/ESC 2007; PTNT 2011) zalecają bowiem aby pomiar był dokonywany co najmniej 30 minut po wypaleniu papierosa. Niewielkie obniżenie ciśnienia tętniczego krwi może wynikać ze zmniejszenia objętości krwi krążącej spowodowanego naczyniokurczącym działaniem nikotyny, zwiększeniem podstawowego wydatku energetycznego w wyniku stymulacji adrenergicznej. Dodatkowo, wykazano, że kotynina – metabolit nikotyny o długotrwale utrzymujący się w krążeniu, posiada zdolność rozszerzenia naczyń obniżenia ciśnienia tętniczego krwi.

Jednak badania prowadzone przy użyciu 24-godzinnej rejestracji ciśnienia tętniczego wykazują wyższe średnie wartości ciśnienia tętniczego u palaczy niż u osób wolnych od nałogu. Ponadto analiza poszczególnych grup wiekowych ujawnia wyższe wartości ciśnienia tętniczego u palaczy w wieku podeszłym w porównaniu do ich niepalących rówieśników. Powyższa różnica narasta proporcjonalnie do liczby wypalanych papierosów dziennie czy paczkołat. Można przypuszczać, że u palaczy stała ekspozycja na składniki dymu tytoniowego powoduje trwałe zaburzenia czynności struktury dużych tętnic przekładające się na wzrost ich sztywności. U podłoża tego zjawiska leży nie tylko czynnościowa dysfunkcja śródbłonna ale także uszkodzenie włókien elastycznych ściany tętnicy, do czego mogą przyczyniać się składniki zawarte w dymie tytoniowym. W życiu dorosłym nie jesteśmy w stanie odtworzyć uszkodzonych włókien zawierających białko elastynę, w ich miejsce pojawia się „sztywny” kolagen, co znacząco zmienia właściwości mechaniczne ściany dużych tętnic. Tym samym, długotrwałe

palenie wywołuje zmiany, które powodują wzrost ciśnienia tętniczego. Dowodem potwierdzającym powyższą hipotezę są niedawne dane pochodzące z badania Framingham Heart Study, które dowodzą, że wzrost wskaźników sztywności ściany dużych tętnic wyprzedzał w badanej populacji wystąpienie nadciśnienia tętniczego. W patogenezie nadciśnienia u przewlekłych palaczy nie można także wykluczyć opisanych powyżej zaburzeń czynności mikrokrążenia.

Warto podkreślić, że palaczy charakteryzuje większa chwilowa zmienność wartości ciśnienia tętniczego. Obecnie uważa się, że takie zjawisko może zwiększać ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych, zwłaszcza udaru.

Dominujący efekt aktywacji adrenergicznej w mechanizmie nadciśnienia u palaczy rzutuje na wybór leku hipotensyjnego. Wykazano, że stosowanie beta-adrenolityków nie-kardioselektywnych wiąże się z mniejszą skutecznością w prewencji powikłań sercowo-naczyniowych. Powyższe leki nasilają naczyniowe efekty nikotyny poprzez blokują nie tylko sercowe receptory beta1- ale także naczyniorozszerzające receptory beta2-adrenergiczne w naczyniach obwodowych.

Podsumowanie

Palenie tytoniu należy do najważniejszych modyfikowalnych czynników ryzyka przedwczesnych zgonów, także u biernych palaczy - niewinnych ofiar nałogu. Wzrost ryzyka wiąże się nie tylko z bezpośrednim wpływem składników dymu tytoniowego na narządy i układy ale także poprzez niekorzystną modyfikację innych czynników ryzyka, takich jak nadciśnienie tętnicze czy zaburzenia lipidowe. Według badania NATPOL 2011 obecnie w Polsce 27% populacji dorosłej pali papierosy. Pomimo spadku odsetka palaczy (34% w roku 2002) duża liczba osób młodych wchodzi w nałóg a wpływ tytoniu na zdrowie publiczne w naszym kraju pozostaje znaczący. Dlatego spadek liczby palaczy odpowiada jedynie za 11% efektu związanego z redukcją liczby zgonów wieńcowych w ostatnim 20-leciu. Skuteczne wdrożenie strategii uwalniającej nasz kraj od dymu tytoniowego pozostaje najważniejszym wyzwaniem polityki zdrowotnej.

Piśmiennictwo

1. *Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks.* http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
2. Pirie K, Peto R, Reeves GK et al. *The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK.* Lancet. 2012 Oct 26. doi:pii:S0140-6736(12)61720-6
3. Wilkins JT, Ning H, Berry J, et al. *Lifetime risk and years lived free of total cardiovascular disease.* JAMA. 2012;308: 1795-801
4. Hurt RD, Weston SA, Ebbert JO, et al. *Myocardial Infarction and Sudden Cardiac Death in Olmsted County, Minnesota, Before and After Smoke-Free Workplace Laws.* Arch Intern Med. 2012 Oct 29;1-7. doi: 10.1001/2013
5. Meyers DG, Neuberger JS, He J. *Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis.* J Am Coll Cardiol. 2009; 54: 1249-6

6. Narkiewicz K, Kjeldsen SE, Hedner T. *Is smoking a causative factor of hypertension?* Blood Press. 2005;14:69-71
7. *Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym* – 2011 rok. Nadciśnienie Tętnicze 2011; 15: 55-82
8. Bandosz P, O'Flaherty M, Drygas W, et al. *Decline in mortality from coronary heart disease in Poland after socioeconomic transformation: modelling study.* BMJ. 2012 Jan 25;344:d8136. doi: 10.1136/bmj.d8136

Streszczenie

Zgodnie z tezami ostatniego raportu grupy ekspertów WHO, palenie tytoniu pozostaje najważniejszym czynnikiem ryzyka nadmiernej śmiertelności, przyczyniając się do 5,1 miliona zgonów rocznie. Prawie co 8-my zgon osoby powyżej 30 roku życia można bezpośrednio powiązać z paleniem. Czynna i bierna ekspozycja na składniki dymu tytoniowego powoduje szereg czynnościowych i strukturalnych zmian w układzie krążenia, zwiększając ryzyko chorób serca i naczyń oraz zgonu. Palenie niekorzystnie wpływa na współistniejące czynniki ryzyka, takie jak nadciśnienie tętnicze czy zaburzenia lipidowe.

Słowa kluczowe

palenie, nikotyna, ciśnienie tętnicze, ryzyko sercowo-naczyniowe

Abstract

According to recent WHO report Tobacco is a leading risk factor for mortality, responsible for 5.1 million deaths. Almost 1 in 8 deaths of adults over the age of 30 is due to smoking. Active and passive exposure to cigarette smoke results in substantial functional and structural changes in the circulation which increase the risk of severe complications and mortality. Also, smoking can affect concomitant risk factors like high blood pressure and lipid abnormalities.

Key words

smoking, nicotine, blood pressure, cardiovascular risk

Zbigniew Gaciong, prof. zw. dr hab. nauk med. jest kierownikiem Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii Akademii Medycznej w Warszawie. Ukończył I Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Warszawie, na którym również uzyskał stopień doktora habilitowanego (1992) oraz tytuł profesora RP (1996). W latach 1988-1990 pracował w Klinice Nefrologii University of Southern California (Los Angeles), gdzie otrzymał stypendium American Heart Association Fellowship Award.

Michał Józwik, Maciej Józwik

Płodowe źródła problemów zdrowotnych w wieku dojrzałym – jaka prewencja?

Jakość życia wewnątrzmacicznego wpływa na homeostazę glukozy w wieku noworodkowym, dzieciństwie i późniejszym. Niska masa urodzeniowa wiąże się w dalszym życiu z otyłością centralną, chorobą sercowo-naczyniową, nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą lub nietolerancją glukozy oraz opornością na insulinę, hiperinsulinemią, hiperglikemią i dyslipidemią. Przedstawiona plejada stanów klinicznych jest rozpatrywana jako zespół metaboliczny, z dominującymi insulinoopornością i hiperinsulinemią. Badania Erikssona i współpracowników udowodniły, iż najczęściej przypadków nietolerancji glukozy występuje u ludzi, którzy mieli niską masę urodzeniową, a następnie stali się otyli w wieku dorosłym. Niemniej nie tylko stopień odżywienia, ale też hipoksja płodu, używki matki (m.in. palenie papierosów) i przewlekły stres negatywnie wpływają na wzrastanie płodu. Stworzono koncepcję wewnątrzmacicznego programowania ryzyka chorób w późniejszym rozwoju dzieci urodzonych z małą masą ciała. Koncepcję tę Barker nazwał hipotezą rozwojowego pochodzenia zdrowia i choroby.

Hipoteza płodowego pochodzenia schorzeń zakłada, że choroba sercowo-naczyniowa, cukrzyca typu 2 i nadciśnienie tętnicze wynikają z plastyczności rozwojowej jako reakcji na niedożywienie w życiu wewnątrzmacicznym. Następuje wtedy redukcja dowozu energii do innych poza mózgiem ważnych narządów, co ogranicza ich wzrastanie. Dla przykładu, nadciśnienie tętnicze jest indukowane zredukowaną liczbą kłębków nerkowych, co ostatecznie zwiększy przepływ krwi przez każdy kłębek, doprowadzając do glomerulosklerozy i podwyższenia ciśnienia tętniczego. Wolne wzrastanie płodu zmienia metabolizm oraz czynność układu hormonalnego - ustala się „oszczędne” obchodzenie z substancjami odżywczymi. Analizując tempo wzrastania pourodzeniowego i ryzyko nadwagi w dzieciństwie i w wieku dorosłym Hales i Barker zaproponowali hipotezę „oszczędnego fenotypu”, która zakłada, iż wczesna ekspozycja płodu na niedobory żywieniowe doprowadza do trwałych zmian metabolizmu insuliny i rozmieszczenia tłuszczu w organizmie. Insulinooporność ma być uporczywą reakcją płodu zapewniającą dowóz określonego stężenia glukozy z krwią do mózgu kosztem innych tkanek, np. mięśni.

Badania choroby niedokrwiennej serca u dorosłych wskazały ważną rolę wczesnych zdarzeń jako czynników ryzyka jej rozwoju. Są nimi: wolne wzrastanie *in utero*, niska masa urodzeniowa oraz przyspieszony przyrost masy ciała w okresie neonatalnym. Szybki przyrost wskaźnika masy ciała (ang. *Body Mass Index*; BMI) po 4. roku życia wiąże się z chorobą niedokrwinną serca w później-

szym wieku. Powyżej 2. roku życia stopień otyłości często spada, aby następnie nastąpiło odbicie tłuszczowe między 3. a 8. rokiem życia, wiążące się z nieproporcjonalnym stosunkiem masy tkanki tłuszczowej do mięśni, co doprowadza do insulinooporności. Poczyniono również 2 ważne obserwacje kliniczne:

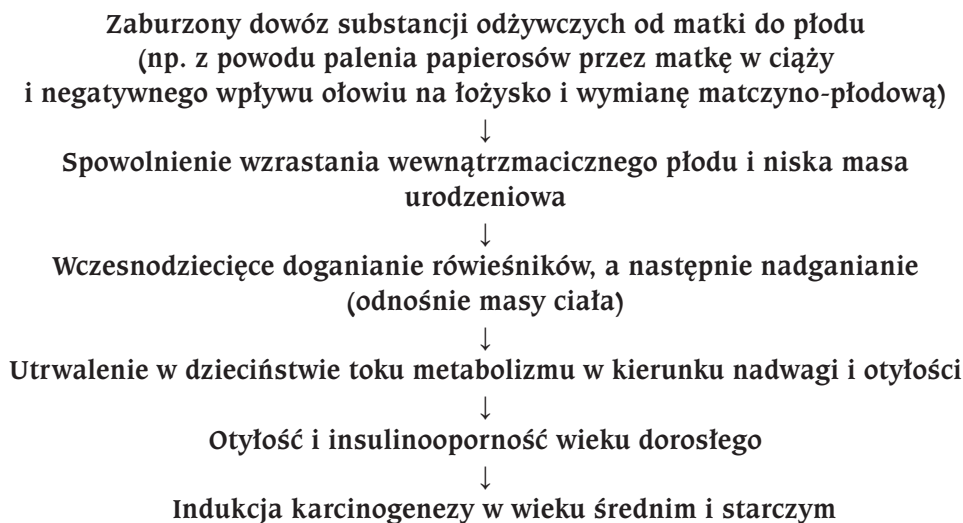
1) duża masa urodzeniowa wiąże się z podobnymi schorzeniami co mała masa urodzeniowa;

2) wyższe ryzyko cukrzycy oraz przyrostu BMI mają osoby dorosłe urodzone od matek z cukrzycą i otyłych.

Stąd podwyższone wartości BMI, a zwłaszcza otyłość u ciężarnej, wiążą się jednoznacznie negatywnie ze zdrowiem potomstwa. Dlatego w opiece perinatalnej takie ciężarne powinny być obligatoryjnie objęte opieką jako grupa szczególnej troski.

Choć podobna masa urodzeniowa może wystąpić przy różnych tempach wzrastania płodu, to – uwzględnivszy wiek ciążowy – stanowi ona podstawę oceny wpływu rozwoju płodowego na późniejszą zachorowalność.

Co ważne i istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego, takie stany kliniczne jak nadciśnienie tętnicze, otyłość i cukrzyca są kardynalnymi czynnikami rozwoju hormonozależnego raka endometrium typu endometrioidalnego. W krajach rozwiniętych, eksplozji otyłości i cukrzycy przez ostatnie 3 dziesięciolecia równolegle towarzyszył wzrost częstości występowania właśnie raka endometrium, który również i w Polsce przesunął się na pierwsze miejsce (przed raka szyjki macicy) w częstości zapadalności wśród nowotworów narządów płciowych wewnętrznych. W najnowszym piśmiennictwie podnosi się wpływ podwyższonego BMI na występowanie również innych nowotworów. Stąd powstaje przykładowy ciąg myślowy wymagający ewidentnej refleksji, który można opatrzyć mianem ontogenetycznego pochodzenia raka endometrium:



Na szczęście, na tę alarmującą społecznie sytuację zdrowotną mamy już dzisiaj środki zaradcze. Najczęściej myśli się w tym momencie o modyfikacjach prozdrowotnych wieku dorosłego, jak: 1) zwiększenie aktywności fizycznej i jej regularne utrzymanie, 2) przyjmowanie metforminy oraz 3) poddanie się chirurgii bariatrycznej. Natomiast niniejszą pracą pragniemy podkreślić, iż już dziś dysponujemy wachlarzem sposobów korzystnego wpływania na ograniczanie występowania insulinooporności wieku dorosłego od najwcześniejszych etapów życia. Są nimi, między innymi:

- zmniejszanie nadmiernej masy ciała matki przed poczęciem,
- zwalczanie nikotynizmu ciężarnych,
- przyjmowanie suplementów żywieniowych przez matkę w ciąży, takich jak: kwas foliowy i inne witaminy (w tym, witaminy-antyoksydanty), tauryna, kwasy omega-3,
- ograniczanie nadmiernego przyrostu masy ciała matki w ciąży,
- skuteczne leczenie cukrzycy matczynej w ciąży,
- wykrywanie w łonie matki przypadków wewnątrzmacicznego ograniczenia wzrastania płodu celem skrócenia ekspozycji płodu na niekorzystne metabolicznie warunki *in utero*,
- ocena laboratoryjna stężeń glukozy i insuliny we krwi pępowinowej w chwili porodu celem obliczenia wskaźnika glukozowo-insulinowego oceniającego płodową wrażliwość na insulinę,
- interpretacja masy urodzeniowej dziecka jako znajdującej się poniżej lub powyżej 90-go centyla dla danej populacji i wieku ciążowego,
- ocena za pomocą wskaźnika masy ciała czy dany płód urodził się już otyły dla danej populacji,
- promowanie długotrwałej laktacji jako naturalnego sposobu ograniczającego powstawanie otyłości,
- aktywny monitoring przyrostu masy ciała dziecka w pierwszych 5-u latach życia celem wychwycenia ewentualnego zjawiska nadgania i ograniczenia w takich przypadkach nadmiernego dowozu kalorycznego.

Innymi słowy, prewencja płodowych źródeł problemów zdrowotnych w wieku dojrzałym jest już nie tylko możliwa, ale staje się wyzwaniem chwili w interdyscyplinarnym podejściu do wielu chorób cywilizacyjnych o znaczeniu społecznym, jak i schorzeń nowotworowych.

Wybrane piśmiennictwo

1. Weiderpass E, Persson I, Adami HO, Magnusson C, Lindgren A, Baron JA. *Body size in different periods of life, diabetes mellitus, hypertension, and risk of postmenopausal endometrial cancer* (Sweden). *Cancer Causes Control* 2000; 11: 185-192.
2. Eriksson JG, Forsén T, Tuomilehto J, Osmond C, Barker DJP. *Early growth and coronary heart disease in later life: longitudinal study*. *BMJ* 2001; 322: 949-953.
3. Hales CN, Barker DJ. *The thrifty phenotype hypothesis*. *Br Med Bull* 2001; 60: 5-20.

4. Harding JE. *The nutritional basis of the fetal origins of adult disease*. Int J Epidemiol 2001; 30: 15-23.
5. Barker DJP. *The developmental origins of adult disease*. J Am Coll Nutr 2004; 23 (6 Suppl): 588S-595S.
6. Calle EE, Kaaks R. *Overweight, obesity and cancer: epidemiological evidence and proposed mechanisms*. Nat Rev Cancer 2004; 4: 579-591.
7. Barker DJP. *The developmental origins of insulin resistance*. Horm Res 2005; 64 (Suppl 3): 2-7.
8. Kahn R, Buse J, Ferrannini E, Stern M for the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *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; 28: 2289-2304.
9. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. *Global cancer statistics*, 2002. CA Cancer J Clin 2005; 55: 74-108.
10. Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. *Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006*. Ann Oncol 2007; 18: 581-592.
11. Kashyap SR, Defronzo RA. *The insulin resistance syndrome: physiological considerations*. Diab Vasc Dis Res 2007; 4: 13-19.
12. Saltzman BS, Doherty JA, Hill DA, Beresford SA, Voigt LF, Chen C, Weiss NS. *Diabetes and endometrial cancer: an evaluation of the modifying effects of other known risk factors*. Am J Epidemiol 2008; 167: 607-614.
13. Soliman PT, Bassett RL Jr, Wilson EB, Boyd-Rogers S, Schmeler KM, Milam MR, Gershenson DM, Lu KH. *Limited public knowledge of obesity and endometrial cancer risk: what women know*. Obstet Gynecol 2008; 112: 835-842.
14. Bucholc M, Oleszczuk J, Leszczyńska-Gorzelak B. *Wybrane uwarunkowania masy ciała noworodków urodzonych przedwcześnie*. Ginekol Pol 2010; 81: 37-40.
15. Ferlay J, Parkin DM, Steliarova-Foucher E. *Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008*. Eur J Cancer 2010; 46: 765-781.
16. Giovannucci E, Harlan DM, Archer MC, Bergenstal RM, Gapstur SM, Habel LA, Pollak M, Regensteiner JG, Yee D. *Diabetes and cancer: a consensus report*. CA Cancer J Clin 2010; 60: 207-221.
17. Kanaka-Gantenbein C. *Fetal origins of adult diabetes*. Ann N Y Acad Sci 2010; 1205: 99-105.
18. Warner MJ, Ozanne SE. *Mechanisms involved in the developmental programming of adulthood disease*. Biochem J 2010; 427: 333-347.
19. Schmandt RE, Iglesias DA, Co NN, Lu KH. *Understanding obesity and endometrial cancer risk: opportunities for prevention*. Am J Obstet Gynecol 2011; 205: 518-525.
20. Sun G, Kashyap SR. *Cancer risk in type 2 diabetes mellitus: metabolic links and therapeutic considerations*. J Nutr Metab 2011; 2011: 708183.
21. Szostak-Węgierek D, Szamotulska K. *Rozwój płodu a ryzyko chorób sercowo-naczyniowych i cukrzycy typu 2 w wieku dorosłym*. Med Wieku Rozwoj 2011; 15: 203-215.
22. Barker DJ, Larsen G, Osmond C, Thornburg KL, Kajantie E, Eriksson JG. *The placental origins of sudden cardiac death*. Int J Epidemiol 2012; 41: 1394-1399.
23. Ingelfinger JR, Nuyt A-M. *Impact of fetal programming, birth weight, and infant feeding on later hypertension*. J Clin Hypertens (Greenwich) 2012; 14: 365-371.
24. Martin-Gronert MS, Ozanne SE. *Mechanisms underlying the developmental origins of disease*. Rev Endocr Metab Disord 2012; 13: 85-92.
25. Mu N, Zhu Y, Wang Y, Zhang H, Xue F. *Insulin resistance: a significant risk factor of endometrial cancer*. Gynecol Oncol 2012; 125: 751-757.

Streszczenie

W pracy przedstawiono płodowe źródła problemów zdrowotnych w wieku dojrzałym na podstawie współczesnego piśmiennictwa światowego. Wykazano, że jakość życia wewnątrzmacicznego wpływa na homeostazę glukozy w dzieciństwie i wieku późniejszym.

Omówiono koncepcję wewnątrzmacicznego programowania ryzyka chorób w późniejszym rozwoju dzieci urodzonych z małą masą ciała. Autorzy podkreślają, że dziś dysponujemy wieloma sposobami prewencji między innymi: zwalczanie palenia tytoniu przez ciężarne, skuteczne leczenie cukrzycy ciężarnych, promowanie długoterminowej laktacji.

Słowa kluczowe

Rozwój płodu, choroby wieku dojrzałego, prewencja, homeostaza glukozy.

Abstract

The article presents the foetal life sources to health problems in adulthood on the basis of the present day world writings. The indication is that the quality of intrauterine life influences the homoeostasis of glucose in childhood and in later years.

An idea of an intrauterine programming of disease risk in further development of children born with a low body weight. The Authors stress that today there are many ways of prevention at our disposal, such as: combating of tobacco smoking by pregnant women, efficient treatment of diabetes of pregnant women, promotion of long lactation.

Keywords

development of foetus, mature age diseases, prevention, homoeostasis of glucose

Michał Józwik, prof. zw. dr hab. nauk med., specjalista położnik-ginekolog. Zakład Zdrowia Prokreacyjnego Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie oraz Instytut Medyczny – Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży. Opublikował około 140 prac oryginalnych, w tym 26 prac w indeksowanych czasopismach zagranicznych, oraz 3 rozdziały podręczników. Jest honorowym członkiem Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz członkiem Towarzystwa Biologii Rozrodu.

Maciej Józwik, prof. zw. dr hab. nauk med., Klinika Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Franciszek Szlosek

Edukacja antytytoniowa jako element wychowania współczesnego człowieka

Obecnie szacuje się, iż około 9-10 mln Polaków pali tytoń, z tym, że szacunki dotyczą głównie osób dorosłych. Gdy uwzględnimy w tych ocenach także niepełnoletnią młodzież, jakże często sięgającą po papierosa, to liczba palaczy tytoniu w Polsce okaże się znacznie większa.

Jeśli zatem ponad jedną trzecią naszego dorosłego społeczeństwa dotyka bezpośrednio problem tytoniowy, a kolejna trzecia część jest ofiarą biernej ekspozycji dymu tytoniowego – musimy więc zdać sobie sprawę, iż mamy do czynienia, zważywszy na skutki zdrowotne, z problemem społecznym na ogromną skalę.

Główną drogą i sposobem umożliwiającym minimalizację tego problemu jest dotarcie z odpowiednio i starannie przygotowaną argumentacją do świadomości ludzi w wymiarze społecznym, jak i jednostkowym. Jest to zadanie niezwykle trudne, wymagające czasu, bowiem zmiana świadomości społecznej (a w ślad za tym postaw i zachowań kulturowych) jest procesem wielopokoleniowym.

Warunkiem niezbędnym, chociaż zapewne niewystarczającym skuteczności działań zmierzających do zmiany stanu świadomości człowieka jest ciągłość i systematyczność tych działań. Trzeba także wykazać dużo cierpliwości, ale i determinacji w dążeniu do osiągnięcia trudnego celu, jakim jest niewątpliwie dość powszechne ukształtowanie postaw antynikotynowych.

Niezwykle ważnym i skutecznym mechanizmem w walce o „umysły i dusze” Polaków, o ich zmianę poglądów i zachowań prowadzącą do ukształtowania postaw antytytoniowych może stać się system edukacyjny, a w jego obrębie edukacja zdrowotna realizowana w różnego rodzaju placówkach oświatowych: szkołach, ośrodkach wychowawczych, świetlicach środowiskowych, w placówkach kulturalno-oświatowych, a nawet w ostatnich oddziałach przedszkolnych. Proces wychowania antytytoniowego w tych instytucjach edukacyjnych można uczynić relatywnie łatwo ciągłym, drożnym i systematycznym. **Pod warunkiem, że edukacja antytytoniowa stanie się w naszym kraju jednym z podstawowych celów wychowania współczesnego człowieka.** A tymczasem edukacja zdrowotna, w tym antytytoniowa, realizowana w szkołach w formie tak zwanej ścieżki międzyprzedmiotowej zniknęła z procesu nauczania i wychowania i stała się faktem historycznym. Ma to miejsce w sytuacji, gdy ponad 10 mln mieszkańców naszego kraju znajduje się w grupie osób narażonych na choroby odtytoniowe, stanowiące obecnie główną przyczynę przedwczesnej umieralności w Polsce.¹

¹Zgodnie z danymi zawartymi w rządowym Programie ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce przewidzianym do realizacji w latach 2010-2013 – palenie tytoniu stanowi

Jednak nawet pozostawienie ścieżki edukacji zdrowotnej w polskim systemie szkolnym nie rozwiązuje choćby częściowo omawianego problemu. Utworzenie tej ścieżki było bowiem zabiegiem mało skutecznym, nie do końca przemyślanym, a przede wszystkim rzadko realizowanym.

W walce z epidemią tytoniową potrzebne jest polskiej szkole nowe otwarcie polegające nie tylko na wprowadzeniu innych niż dotychczas treści wychowania antynikotynowego, ale przede wszystkim atrakcyjnych dla ucznia i jednocześnie przystających do aktualnego poziomu rozwoju cywilizacyjnego form współpracy w relacjach nauczyciel – uczeń oraz szkoła – rodzic. Współpraca ta winna mieć charakter partnerski i nie może być obciążona grzechem moralizowania.

Jednak trzeba pamiętać, że w szkole (czy innej placówce edukacyjnej)choć pracują specjaliści od wychowania to niewątpliwie brak im kompetencji medycznych, bez których nie można mówić o organizacji skutecznego wychowania prozdrowotnego.

Polska szkoła, polski system oświatowy potrzebuje systematycznego wsparcia środowisk medycznych w walce o uczynienie środowisk rodzinnych, instytucji publicznych, miejsc użyteczności publicznej wolnymi od dymu tytoniowego. Chodzi bowiem o to by nauczyciel fizyki, matematyki, j. polskiego czy innego przedmiotu na swoje lekcje wychowawcze czy inne zajęcia (np. zajęcia pozalekcyjne, wycieczki klasowe, imprezy okolicznościowe itd.) miał możliwość skorzystać z fachowej pomocy lekarza, pielęgniarki, terapeuty w realizacji profilaktyki antytytoniowej.

Styl życia wolny od dymu tytoniowego jako element kultury i zasad funkcjonowania społeczeństwa może być osiągnięty tylko wtedy, gdy w jego realizację zostaną zaangażowane wszystkie środowiska mające wpływ na kształtowanie postaw i zachowań prozdrowotnych. Ale oprócz rodziny, najbardziej naturalnym środowiskiem jest w tym względzie szkoła. Jeśli placówki edukacyjne otrzymają aktywne wsparcie środowiska medycznego, to są w stanie również pozyskać do współpracy w zakresie profilaktyki antytytoniowej rodziców i opiekunów. Równoczesne zaangażowanie do kształtowania postaw i zachowań prozdrowotnych nauczycieli, lekarzy, rodziców (opiekunów), ale w jakimś stopniu także samych wychowanków (uczniów) przy zastosowaniu atrakcyjnych, pozbawionych stereotypów, metod współpracy – nie może nie przynieść znaczących efektów.

Jednak by współpraca wymienionych podmiotów mogła zaistnieć muszą być stworzone odpowiednie warunki formalno – prawne i organizacyjne. W przypadku skoncentrowania edukacji prozdrowotnej (w tym antytytoniowej) w placówkach oświatowych wspomaganych w tej działalności przez środowiska medyczne niezbędnym jest porozumienie Ministerstwa Edukacji Narodowej i Ministerstwa Zdrowia. W wyniku takiego porozumienia szkoły i inne placówki oświatowe oraz podmioty systemu opieki zdrowotnej (zarówno instytucjonalne, jak i indy-

widualne) miałyby stworzone sprzyjające warunki do współpracy tych środowisk w zakresie wychowania prozdrowotnego.

W tym miejscu warto podkreślić, iż w Polsce prowadzonych jest szereg akcji o zasięgu lokalnym i ogólnokrajowym, działań imponujących i mogących budzić wielkie uznanie. Przedsięwzięć, które zapewne przyniosły i będą przynosić widoczne rezultaty w walce z nałogiem tytoniowym. Niewątpliwie do tych inicjatyw należy zaliczyć działalność twórcy Fundacji „Promocja Zdrowia” i działalności samej fundacji jednego z najbardziej znanych w kraju i zagranicą przeciwników palenia papierosów, Profesora Witolda Zatońskiego. Akcja Profesora Witolda Zatońskiego „Rzuć palenie razem z nami”, w wyniku której, według różnych szacunków, rzuciło palenie 2-4 mln Polaków jest działaniem nadzwyczajnym, trudnym do przecenienia.

Znakomitą kartę w walce z nałogiem tytoniowym zapisał redaktor TVP Jędrzej Dutkiewicz, autor cykli koncertów „Rzuć palenie razem z nami”, który w umiejętny sposób i z dużym wyczuciem włączył publiczną telewizję do tej walki. Nie sposób pominąć i nie podkreślić różnego rodzaju zabiegów Pani Prezes Stowarzyszenia MANKO Magdaleny Petryniak, która doprowadziła do partnerskiej współpracy Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektoratu Sanitarnego mający na celu wprowadzenia zmian legislacyjnych wprowadzających zakaz palenia w miejscach publicznych.

Niezwykle ważną rolę w walce z nałogiem palenia papierosów odegrał także Profesor Janusz Szymborski nie tylko jako autor projektów Narodowej Strategii Zdrowia i Rozwoju Dzieci i Młodzieży, czy też wiceprzewodniczący sejmowej komisji zdrowia, ale jako osoba integrująca środowisko podejmujące walkę o „Polskę bez dymu tytoniowego”. Dowodem tego jest chociażby dzisiejsza XV Ogólnopolska Konferencja Naukowa im. Prof. Franciszka Venuleta „Tytoń albo zdrowie”. Również godne podkreślenia wydają się różnego rodzaju inicjatywy lokalne, realizowane przy współudziale środowisk medycznych, terenowej Inspekcji Sanitarnej oraz samorządu terytorialnego i szkół, a których celem jest często edukacja antytytoniowa młodzieży.²

W skali państwa realizowane były i są (z różnym nasileniem) programy na rzecz ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu, ale także programy profilaktyczne. Celem tych programów jest uczynienie wolnymi od dymu tytoniowego szkół, zakładów opieki zdrowotnej, urzędów i innych zakładów pracy, a także ochrona dzieci przed nieodpowiedzialnym działaniem dorosłych palących w ich obecności.

Rzecz jednak w tym, iż wszystkie te działania mają charakter poczyniń do-
rażnych, mocno zróżnicowanych pod względem koncepcyjnym (metody, środki, zakres) akcyjnych czy też kampanijnych, słabo skoordynowanych. A zatem nie są

² Za przykład może tutaj służyć program społeczny adresowany do młodzieży województwa małopolskiego i podkarpackiego, którego głównym autorem jest Prof. Leszek Kołodziejski. Realizacja tego programu stała się możliwa głównie w zgodnym działaniu samorządu terytorialnego, szkół i lokalnych środowisk medycznych z autorami i wykonawcami założeń programowych.

to działania systemowe. Raczej przypominają łódź ratunkową płynącą po rzece pełnej kaskad, które wcześniej czy później prowadząc akcję niesienia pomocy zagrożonym same są skazane na zatonięcie.

Ustawa z dnia 9 listopada 1995 roku o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych nakłada na Radę Ministrów obowiązek ustalenia programu określającego politykę zdrowotną, społeczną i ekonomiczną do walki z używaniem wyrobów tytoniowych. Zobowiązania do realizacji takiej polityki wynikają także z Ramowej Konwencji WHO o „Ograniczaniu użycia tytoniu” oraz ze wspólnej polityki krajów Unii Europejskiej. W wyniku tego zobowiązania został opracowany Narodowy Program Zdrowia, gdzie szczególnie nacisk położony został na zapobieganiu palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży. W praktyce realizacja tego ostatniego zadania zapisanego w Narodowym Programie Zdrowia także sprowadza się do akcyjności i kampanijności (np. akcja dla starszych roczników dzieci w wieku przedszkolnym pt. „Czyste powietrze wokół nas”).

A tymczasem, co podkreślam kolejny raz, chodzi o organizację procesu wychowania, który winien być oparty na działaniach ciągłych, prowadzonych systematycznie, w ujęciu systemowym.

Proces wychowawczy charakteryzujący się takimi właśnie cechami stanowi istotę działania systemu edukacyjnego i jest realizowany w jego podstawowych ogniwach (przedszkolach, szkołach, ośrodkach wychowawczych itp.) W systemie tym funkcjonują profesjonaliści od wychowania. Jednocześnie paradoksalnie początki palenia papierosów zaczynają się najczęściej od szkoły. Dzieje się tak dlatego, że system edukacyjny, a w szczególności szkoła nie ma odpowiednich kompetencji merytorycznych (zwłaszcza medycznych) by poradzić sobie sama z dość powszechnym sięganiem przez młodzież po wyroby tytoniowe.

Z drugiej strony, po analizie działań zmierzających do zminimalizowania uzależnień tytoniowych, wyraźnie widać, że głównymi organizatorami i inicjatorami tych działań są środowiska medyczne, których przedstawiciele są wspieranymi specjalistami, ale brak im kompetencji pedagogicznych (wychowawczych) na poziomie profesjonalnym. To siłą rzeczy musi osłabić efekty ich działalności wśród dzieci i młodzieży. Należy więc połączyć potencjał obydwu tych środowisk w walce o Polskę bez dymu papierosowego.

Stąd tak niezbędne jest porozumienie resortów zdrowia i edukacji, w wyniku którego obydwa środowiska: oświatowe i medyczne rozpoczną systematyczną i systemową współpracę w zakresie profilaktyki antynikotynowej.

Mądra, dobrze przemyślana i prowadzona w sposób ciągły współpraca środowisk edukacyjnych i medycznych jest „kopalnią rezerw” w skutecznej walce z nałogiem tytoniowym.

We współczesnym świecie, w warunkach dążenia do pełnej wolności człowieka, to świadomość skutków (bądź jej brak) będzie decydowała o wyborach. Dlatego świadomość wartości trzeba kształtować od najmłodszych lat. A to oznacza

między innymi, że edukacja antytytoniowa winna stanowić podstawowy element wychowania współczesnego człowieka.

Franciszek Szlosek

Streszczenie

Styl życia wolny od dymu tytoniowego jako element kultury i zasad funkcjonowania społeczeństwa może być osiągnięty tylko wtedy, gdy w jego realizację zostaną zaangażowane wszystkie środowiska mające wpływ na kształtowanie postaw i zachowań prozdrowotnych. Ale oprócz rodziny, najbardziej naturalnym środowiskiem jest w tym względzie szkoła. Proces wychowania antytytoniowego w tych instytucjach edukacyjnych można uczynić relatywnie łatwo ciągłym, drożnym i systematycznym pod warunkiem, że edukacja antytytoniowa stanie się w naszym kraju jednym z podstawowych celów wychowania współczesnego człowieka. Jeśli placówki edukacyjne otrzymają aktywne wsparcie środowiska medycznego, to są w stanie również pozyskać do współpracy w zakresie profilaktyki antytytoniowej rodziców i opiekunów. Muszą być jednak stworzone odpowiednie warunki formalno – prawne i organizacyjne przez Ministerstwo Edukacji Narodowej i Ministerstwa Zdrowia.

Słowa kluczowe

edukacja antytytoniowa, szkoła, współpraca wielosektorowa

Abstract

Smoke-free life style, as an element of culture and principles of functioning of a society, can be achieved only when all circles of society that influence the creation of pro-health attitudes and behaviour will engage in its creation. But, apart from a family, the most natural environment is school in this respect. The process of anti-nicotine upbringing in such educational institutions can relatively be easily made permanent, efficient and systematic on condition that anti-nicotine education will become one of the basic aims of a modern man upbringing in our country. If our educational institutions receive active support of the medical world then they can also secure cooperation in nicotine prevention from parents and guardians. However, proper formal, legal and organizational conditions must be first created by the Ministry of Education and Ministry of Health.

Keywords

anti-nicotine education, school, multifaceted cooperation

Franciszek Szlosek, dr hab. prof. APS, dyrektor Instytutu Pedagogiki Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie.

Iwona Błaszczak

Związek edukacji zdrowotnej z andragogiczną koncepcją reedukacji dorosłych w ujęciu Lucjana Turosa

Tekst ten dedykuję mojemu mistrzowi
Profesorowi Lucjanowi Turosovi

*Podobnie jak szczęścia, zdrowia nie da się zdefiniować żadnymi ścisłymi,
wymiernymi kryteriami, gdyż jego istnienie jest w dużym stopniu
sprawą subiektywnych ocen¹*

E.D. Kilbourne, W.G. Smile

Wprowadzenie, czyli współczesne wyzwania wobec andragogicznej edukacji zdrowotnej

Na wiedzę o zdrowiu człowieka składają się różnorodne poglądy, wyrażające się zarówno w filozoficznej refleksji nad zjawiskami zachowań zdrowotnych i stylu życia człowieka, jak i wyniki empirycznych badań dotyczące edukacji zdrowotnej.

Aby ludzie mogli być zdrowi, tworzyć i poprawiać swoje zdrowie, nie zbędne jest im zapewnienie pewnych fundamentalnych warunków jak: stabilny system ekonomiczny, warunki mieszkaniowe, odtwarzalne zasoby naturalne, praca, żywność, ale również odpowiednia edukacja. Istotą nowoczesnego podejścia do zdrowia jest uświadomienie ludziom, że to oni sami podejmują decyzje i wybory dotyczące ich zdrowia. Wybory te dotyczą stylu życia, zachowań zdrowotnych, sposobów odżywiania, form wypoczynku, czy również zachowań ryzykownych jak: palenie, nadużywanie alkoholu, leków czy innych środków.

Odpowiednia edukacja powinna zmierzać ku temu, aby „zdrowe” wybory były dla ludzi decyzjami świadomymi – wynikającymi z potrzeby reedukacji dotychczasowych negatywnych nawyków, postaw czy stereotypów. Istotny element edukacji zdrowotnej powinno zatem stanowić kształtowanie od najwcześniejszych lat życia, umiejętności dokonywania wyborów sprzyjających zdrowiu. A w życiu dorosłym uświadomienie sobie odpowiedzialności za zdrowie własne i innych ludzi.

Wychodząc na przeciw oczekiwaniom społecznym, powstała nowa dyscyplina naukowa, jaką jest „andragogika zdrowia”. Podejmuje ona próbę połączenia elementów nauk medycznych i pedagogicznych, a jej podstawowe zadanie polega

¹ E.D. Kilbourne, W.G. Smile, (red.) *Ekologia człowieka i zdrowie publiczne*, Warszawa 1973.

na wskazaniu roli i miejsce zdrowia w systemie wartości człowieka dorosłego oraz jego znaczenia jako źródła ludzkiego szczęścia. Potrzeba wprowadzenia zmian, które wpłyną w istotny sposób na modyfikację edukacji zdrowotnej prowadzonej nie tylko w obrębie andragogiki zdrowia czy innych dziedzin wiedzy nierozzerwalnie związanych ze zdrowiem, ukazały znaczenie i rolę oraz niezaprzeczalne związki między edukacją zdrowotną a nową subdyscypliną jaką stanowi andragogika reedukacji – za twórcę której uznaje się wybitnego uczonego – Lucjana Turosa.

Potrzeba tworzenia andragogiki reedukacji stanowi odpowiedź na społeczne zapotrzebowanie dotyczące wiedzy, wzorów zachowań i zasad postępowania, zapewniających człowiekowi możliwość zmiany/reedukacji dotychczasowych negatywnych zachowań i postaw dorosłych – również w kontekście zdrowia.

Praktyka edukacyjna, jak również doświadczenie życiowe dowodzi, że współczesnemu człowiekowi, potrzebna jest nie tylko świadomość, że w systemie wyznaczanych przez niego wartości zdrowie zajmuje naczelne miejsce to znaczy, że jest.:

- Wartością, dzięki której jednostka lub grupa może realizować swoje aspiracje i potrzebę satysfakcji,
- Zasobem (bogactwem) dla społeczeństwa, gwarantującym jego rozwój społeczny i ekonomiczny,
- Warunkiem (środkiem) codziennego życia(a nie jego celem) umożliwiającym lepszą jakość życia,
- Koncepcją, eksponującą korzyści (dobre samopoczucie, sprawność fizyczna).

Ale również istnieje potrzeba wskazania, że wspólna dążność do nieustannego polepszania sytuacji i zachowań zdrowotnych dorosłych, wymaga od społeczeństwa, jak i od każdej jednostki reedukowania negatywnych postaw i zachowań szkodzących człowiekowi.

Dążność ta powinna znaleźć swój wyraz zarówno w wychowaniu człowieka w grupach pierwotnych jak rodzina, oraz w procesie edukacyjnym zorganizowanym przez społeczeństwo w różnorodnych instytucjach społecznych. Szczególnie ważne, wydaje się tu przyjęcie założenia, iż człowiek dorosły w zakresie postrzegania własnego zdrowia ma zarówno skłonność do zachowań destruktywnych jak i pozytywnych, ale własnym wysiłkiem, aktywnością i samowychowaniem (reedukacją), autokreacją, jest w stanie pokonać te słabości i rozwinąć najwartyściowsze cechy osobowości – również związane z odpowiedzialnością za zdrowie własne i innych.

Wiek XX przyniósł w światowej koncepcji filozofii zdrowia oraz w strategii działań na rzecz jego ochrony i poprawy wiele zmian. Już przecież w 1977 roku Rezolucja Światowego Zgromadzenia Zdrowia w Alma-Acie, postawiła przed rządami i Światową Organizacją Zdrowia zadanie podjęcia takich działań, żeby w 2000 roku wszyscy obywatele mogli osiągnąć taki poziom zdrowia, który umożliwi im twórcze życie pod względem społecznym i ekonomicznym. Rezolu-

cja ta stanowiła podstawę do opracowania strategii działań przyjętych również przez Polskę, co znalazło wyraz między innymi w Narodowym Programie Zdrowia².

W rezolucji ministrów edukacji Unii Europejskiej definiujących edukację zdrowotną czytamy:

„(...) edukacja zdrowotna jest procesem, który zmierza do takiego upodmiotowienia jednostek, aby mogły one podejmować świadomie decyzje dotyczące własnego zdrowia”³.

Z przedstawionej definicji wynikają praktyczne wnioski: proces ten trwa całe życie, tak długo jak człowiek jest w stanie zmieniać swoją hierarchię wartości, wzbogacać lub reedukować swoją wiedzę, stosunek do świata, ludzi, uczyć się nowych umiejętności i zachowań.

Zatem wychowanie dorosłych, kształtowanie ich osobowości, rozwijanie ich potencjału i możliwości, uczenie reguł bezpiecznych zachowań zdrowotnych, przygotowanie do rozumienia i respektowania czynników wpływających na ludzkie zdrowie, wymaga nie tylko doświadczenia ale w szczególności badań i teorii naukowych.

Odpowiedzialność za zdrowie jako dezyderat andragogiki reedukacji

Chęć pozostawania w zdrowiu i możliwość pełnienia przez ludzi ról społecznych nieograniczonych dysfunkcjami zdrowotnymi była i ciągle pozostaje marzeniem zdecydowanej części ludzkości. Jak jednak wskazuje doświadczenie, w codziennym życiu te dążenia są realizowane na wiele sposobów i prowadzą do bardzo różnych efektów.

Współczesna koncepcja edukacji zdrowotnej powstała jako rezultat wielu wcześniejszych dokonań, ale również jako wynik dzisiejszych uwarunkowań i możliwości społecznych. Do tych czynników jak wskazuje Tadeusz Szewczyk zaliczyć należy⁴:

- skutki przejścia od dotychczasowego obowiązującego reglamentowanego państwa totalitarnego do państwa podmiotowego, społeczeństwa obywatelskiego, umożliwiającego jednostkom dokonywania swobodnych wyborów, w zakresie form poziomu własnego zaangażowania w podtrzymywanie zdrowia (...).
- odejście od spetryfikowanej normatywnej struktury społecznej do struktury, którą w dużej mierze określają dynamiczne zmieniające się zasady gry wolnego rynku świadczonych usług medycznych.
- przejście od etapu – wysokiego poziomu stabilizacji społeczno-ekonomicznej, z odpowiadającymi mu małymi możliwościami spełnienia ludzkich aspiracji, do etapu małej stabilizacji, stwarzającej duże możliwości spełnienia jednost-

² Narodowy Program Zdrowia, Warszawa 1993, s. 5..

³ Rezolucja 89/c3/01/ Rady Wspólnoty Europejskiej przyjęta przez ministrów edukacji w 1989 roku..

⁴ T. Szewczyk, *Pedagogika zdrowia*, (w:) B. Śliwerski (red.), *Pedagogika – subdyscypliny wiedzy pedagogicznej*, T. 3, Gdańsk 2006, s. 339-340.

kowych i grupowych aspiracji.

- ograniczenie możliwości korzystania z zastanej wiedzy wychowawców, spowodowane całkowitą odmiennością warunków, w których funkcjonowało pokolenie rodziców, od warunków w jakich, obecnie funkcjonują ich dzieci.
- wydatne zwiększenie się niektórych obszarów aktywności prozdrowotnej: rekreacji, turystyki, dietytyki (...).
- zmieniająca się rola sportu i jego zasięgu.
- wyraźne kategoryzowanie stanu zdrowia oraz jego wartościowanie i etykietowanie.
- traktowanie zdrowia jako atutu i zasobu jednostkowego.
- wyraźna negacja postawy zdeterminowanego fatalizmu zdrowotnego.
- zmiana w podejściu do zdrowia przez instytucje państwowe (...)
- zmieniający się wpływ czynników społecznych i kulturowych na zdrowie ze szczególnym uwypukleniem pogłębiającej się zależności między poziomem życia a poziomem zdrowia.

Zmienia się również typ zachorowalności. Warto wskazać na zauważalną eksplozję chorób cywilizacyjnych czy tendencję pojawiania się coraz to nowych zagrożeń zdrowotnych, w tym zmian w poziomie narażenia kobiet. Na kształt reedukacji zdrowotnej ma wpływ pojawienie się nowych możliwości naprawczych nie tylko proponowanych przez medycynę, ale również związanych z profilaktyką i świadomą zmianą zachowań zdrowotnych człowieka.

Te wszystkie makrospołeczne zmiany, mają ogromny wpływ na krystalizowanie się nowoczesnych koncepcji kształcenia i wychowania dorosłych do zdrowia, zarówno w środowisku wychowawczym jak i ośrodkach zajmujących się programowaniem edukacji zdrowotnej. Do nich zaliczyć należy koncepcję reedukacji Lucjana Turowsa.

Czym zatem jest reedukacja? Jak podkreśla Lucjan Turowski:

„.... to przede wszystkim proces przekształcania uprzednio wytworzonych potrzeb, poglądów i zachowań. Warunkiem takiego przekształcania jest ich dogłębne poznanie, identyfikacja i zrozumienie, jaką rolę pełnią w życiu jednostki”⁵.

Istotnym warunkiem w reedukacji jest konstruktywna krytyka negatywnych postaw, zachowań i orientacji zdrowotnych ludzi dorosłych, sprzyjająca ich odrzuceniu i zrozumieniu ich szkodliwości. Kolejnym czynnikiem wywierającym wpływ na ten proces, jest ukazanie jednostce innych alternatywnych w stosunku do obecnych postaw czy przekonań – ustosunkowań do rzeczywistości. Reedukacja pozwala dorosłym w wyzbyciu się szkodliwych zachowań czy wyobrażeń o ich zdrowiu. Przedmiotem reedukacji człowieka dorosłego może być nie tylko zachowanie, ale podstawowe składniki struktury i cech osobowości jak: wiedza, motywy postępowania, poglądy i przekonania.

Takie ujęcie przedmiotu reedukacji ukazuje jej duże znaczenie dla rozwoju

⁵ L. Turowski, *Andragogika reedukacji*, Warszawa 2008, s. 55.

jednostki ludzkiej i jej życia zgodnie z regułami kultury zdrowotnej. Jest wyrazem głębokiego przekonania, że dzięki reedukacji możliwy jest proces oczyszczania osobowości z negatywnych skłonności oraz zaszczepiania pozytywnych potrzeb i zapatrywań na autokreację, a w tym zdrowie człowieka. Tak rozumiana reedukacja jest swoistym naprawianiem błędów i niekonsekwencji wychowania rodzinnego, szkolnego i społecznego.

Powstanie i rozwój andragogiki reedukacji wiąże się z potrzebą badania procesów ponownego wychowania dorosłych, umożliwiającego im pełny rozwój osobowości i eliminowanie za pomocą autokreacji – swoich negatywnych cech związanych np. z uzależnieniem człowieka od szkodliwych substancji. Uzależnienie w każdej swojej formie, stanowi ważny problem społeczny nie tylko z pogranicza medycyny, ale również innych nauk jak: socjologia i andragogika.

Jednym z przykładów, poważnego i trudnego problemu współczesnej cywilizacji jest palenie tytoniu – czyli nikotynizm. Dzięki medycynie wiemy, że dym jaki powstaje podczas palenia, zawiera wiele składników chemicznych, w tym część biologicznie czynnych. Zaliczamy do nich: tlenek węgla, popularnie nazywany czadem – znaną trucizną, która w wysokim stężeniu może prowadzić nawet do śmierci. Kilkadziesiąt biologicznie czynnych i toksycznych składników dymu tytoniowego wywiera bardzo negatywny wpływ na zdrowie człowieka. Człowiek nie przyzwyczajony ulega zatruciu już po wypaleniu jednego papierosa, co przejawia się jak pisze Andrzej Jaczewski szeregiem zmian fizjologicznych jak ciśnienie krwi, szybkość skurczów serca, które wskazują na poważne zaburzenia układu wegetatywnego⁶.

Człowiek palący nałogowo ulega zatruciu przewlekłemu. Nie reaguje na wpływ toksyczny tak ostro. Przyzwyczajenie może doprowadzić do stanu, kiedy to palacz wielokrotnie przekracza nawet śmiertelną dawkę toksyn. Szkodliwość jednak pozostaje, zmienia się tylko jej obraz. Wiemy z licznych badań, że nałogowi palacze żyją statystycznie krócej niż osoby niepalące. Wiele schorzeń występuje nieporównywalnie więcej niż u osób niepalących. Do grupy tych schorzeń zaliczyć należy na pewno; nowotwory złośliwe płuc, dróg oddechowych, choroby wieńcowe, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia układu pokarmowego, hormonalnego i inne. Badania wykazały również, że dzieci matek palących w czasie ciąży rodzą się zazwyczaj ,mniejsze niż dzieci matek niepalących. Nikotynizm jest zatem czynnością przedziwną, ponieważ ludzie na ogół doskonale zdają sobie sprawę ze szkodliwości palenia. Nałóg jest jednak tak silny i trudny do zwalczania, że wbrew zdrowemu rozsądkowi nie potrafią się z niego uwolnić.

Oczywiście istnieje wiele form walki z paleniem jak np.: preferowanie podczas przyjęcia do pracy osób nie palących, wprowadzanie powszechnych zakazów palenia w miejscach publicznych, w pracy, środkach komunikacji, reklamy papierosów zawierające informacje o szkodliwości nikotynizmu itp. Wydaje się, że jednak działania administracyjne i legislacyjne nie dają pożądanych efektów.

⁶ A. Jaczewski, *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania*, T. I, Warszawa 1998, s. 273.

Zatem konieczne staje się poszukiwanie innych, skuteczniejszych dróg oddziaływania, zwłaszcza na dzieci i młodzież. I tu ogromną rolę może odegrać andragogika reedukacji.

Dzieci i młodzież są wrażliwe na świat wartości przekazywany im przez dorosłych i uczą się łatwiej prospołecznych i humanistycznych zachowań. Dorosli naznaczeni już swoistym stygmatem nieudanego lub szkodliwego wychowania i kształcenia muszą przede wszystkim podjąć trud wyzwolenia się spod władzy negatywnych poglądów, postaw i wyobrażeń o zdrowiu. Andragogika reedukacji ujawnia, opisuje i analizuje te czynniki i ich struktury, które powodują, że nie wykształciły się w człowieku pożądane cech i nawyki z punktu widzenia edukacji zdrowotnej. Do takich czynników należy zaliczyć:

- niedostateczne ukształtowanie się u dorosłych logicznego, samodzielnego myślenia,
- brak informacji, które są podstawą orientacji o zdrowiu i jego roli w życiu człowieka,
- błędne rozumienie norm kulturowych.

Zadaniem andragogiki reedukacji jest zatem wykrycie przyczyn niepowodzeń w wychowaniu zdrowotnym dorosłych, opracowanie racjonalnego programu naprawczego i uwolnienia dorosłych od negatywnych postaw i nawyków. Andragogika reedukacji wykrywa bariery utrudniające wychowanie dorosłych do takiego poziomu, na którym będzie on w stanie prawidłowo pojmować swoją odpowiedzialność za zdrowie własne i innych. Reedukacja dorosłych jako przedmiot badań, analiz i dociekań naukowych andragogiki reedukacji, obejmuje głównie zachowania patologiczne.

W zakres badań teoretycznych wchodzi takie problemy jak⁷:

- zagadnienie stopniowania i kolejności realizowania celów reedukacji,
- zagadnienie doboru i stosowania metod reedukacji,
- zagadnienie związku reedukacji z autokreacją dorosłych,
- zagadnienie czynników warunkujących reedukację,
- zagadnienie diagnozy andragogicznej i jej znaczenie dla prawidłowego przebiegu reedukacji,
- zagadnienie indywidualności człowieka dorosłego w procesie reedukacji,
- zagadnienie wzorów osobowych i autorytetów i ich roli w reedukacji,
- zagadnienie swobodnego przepływu informacji, ludzi, usług w procesie reedukacji,
- zagadnienie integracji oddziaływań i wpływów wychowawczych a proces reedukacji dorosłych,
- zagadnienie autoanalizy jako jednego z czynników reedukacji i źródła auto-diagnozy psychologicznej.

⁷ Ibidem, s. 93.

Zachowanie zdrowotne i styl życia, a możliwość reedukacji

Styl życia i zachowania zdrowotne w największym stopniu determinują zdrowie każdego człowieka. Zachowania zdrowotne można określić jako postępowanie, działanie (lub ich zaniechanie), które pośrednio lub bezpośrednio wpływają na zdrowie i samopoczucie człowieka. Zaliczymy do nich: zachowania sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne, pozytywne), oraz zachowania szkodliwe dla zdrowia (antyzdrowotne, negatywne). Styl życia jest zatem pojęciem dużo szerszym, ponieważ składają się na niego zachowania, postawy oraz filozofia życia. Jest on ściśle związany ze środowiskiem życia człowieka, zwłaszcza społecznym.

Zachowania zdrowotne kształtują się przede wszystkim w okresie dorastania i rozwoju dziecka. Dokonuje się to w procesie socjalizacji, pod wpływem różnorodnych czynników: wzorce przekazywane przez rodziców, grupę rówieśniczą, szkołę, religię, społeczność lokalną oraz środki masowego przekazu. Ukształtowane w dzieciństwie negatywne zachowania stają się bardzo trudne do zmiany w wieku dorosłym. Człowiek jednak uczy się i modeluje swój styl działania przez całe życie. Styl życia i zachowania zdrowotne są ze sobą ściśle powiązane i wzajemnie na siebie wpływają. Na przykład to co jemy zależy przecież od tego gdzie spożywamy posiłki w szkole, domu, miejscu pracy, restauracji.

Andrzej Jaczewski podzielił na cztery grupy czynniki, które wpływają na kształtowanie się stylu życia i zachowań zdrowotnych człowieka, są to⁸:

1. Czynniki związane ze środowiskiem społecznym w którym ludzie żyją i pracują.
2. Czynniki kulturowe, w tym przede wszystkim miejsce zdrowia w hierarchii wartości, poczucie ryzyka, dostępność, spójność i rzetelność informacji, wzory ze strony osób znaczących.
3. Wpływ grup ludzi, w których odbywa się proces socjalizacji jednostki. Główną rolę odgrywa tu rodzina, grupa rówieśnicza, środowisko społeczne, miejsce pracy.
4. Czynniki osobiste, w tym własne przekonania w sprawach zdrowia, jego kontroli, potrzeby działań profilaktycznych, a także własna aktywność, wytrzymałość w sytuacjach zagrożenia, oraz zdolność do radzenia sobie ze stresem i sytuacjami trudnymi.

Szczególnie istotne z punktu widzenia andragogiki reedukacji, wydają się być przekonanie, że styl życia jest elementem, który poddaje się modyfikacji. Trudno go jednak zmieniać i kształtować stosując tradycyjne metody wychowania zdrowotnego. Jak wskazuje andragogika reedukacji, istnieje wiele czynników, które mogą sprzyjać ludziom w zmianie stylu życia. Odgrywają one ogromną rolę w zależności od specyficznej sytuacji jednostki.

Problemem reedukacji zdrowotnej jest motywowanie ludzi do zmiany ich negatywnych zachowań i przekonań. Takim czynnikiem motywacyjnym do reedukacji może stać się presja ze strony rówieśników, rodziny, współpracowników, pracodawcy itp. Jednak moim zdaniem decyzja człowieka o dokonaniu zmiany

⁸ A. Jaczewski, *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania*, T. II, Warszawa 1998, s. 113.

zależy przede wszystkim od jego zdolności przewidywania osobistej koncepcji ryzyka i uznania jego związku z własnym działaniem, radzenia sobie z problemami oraz odpowiedzialnością za kierowanie własnym życiem – zdolnością do autokreacji i samo-reedukacji.

Podstawowym warunkiem zmiany postawy jest dokonanie wyboru działania i określenie gotowości jednostki do wysiłku. Szczególnie ważne jest aby człowiek dorosły:

- Po pierwsze: uświadomił sobie korzyści, jakie mogą przynieść zmiany w jego zachowaniu czy przekonaniach i uznał je za imperatyw kategoriyczny czyli własny interes. Jeśli człowiek nie dostrzeże własnego interesu np. w rzuceniu palenia, swoje wysiłki może traktować jako karę lub poświęcenie dla innych.
- Po drugie: obudził w sobie potrzebę zmiany i dążenie do jej realizowania np. gdy uświadomimy sobie, że wyraźnie lepiej czujemy się po umyciu zębów, będziemy starali się zaspokoić ponownie potrzebę dobrego samopoczucia i zechcemy czyścić zęby po każdym posiłku.

Wśród licznych przyczyn związanych z trudnościami w reedukacji zachowań zdrowotnych i stylu życia dorosłych, istotne znaczenie przypisuje się – typowej dla krajów rozwiniętych postawie konsumpcyjnej, przejawiającej się w przekonaniu ludzi o słuszności stwierdzenia że „w życiu ważne są tylko chwile – żyję chwilą i nie martwię się co przyniesie jutro”. Postawa taka, jest rezultatem przekonania, że dzięki permanentnemu rozwojowi medycyny i technologii wszystkie „ułomności naszego zdrowia”, dadzą się w cudowny sposób naprawić.

Drugą przyczynę stanowi niska pozycja zdrowia w hierarchii uznawanych przez człowieka wartości. Skutecznie ze zdrowiem konkurują: władza, pieniądze, wysoka pozycja społeczna, prestiż. Oczywiście, dzięki oddziaływaniom między innymi środków masowego przekazu zdecydowanie zwiększa się dotychczasowa wiedza współczesnego człowieka o zdrowiu i jego zagrożeniach. Jednak ciągle niewystarczające są zmiany w zakresie priorytetu wartości zdrowia i zachowań zdrowotnych. Doceniając ogromną rolę jaką może odegrać andragogika reedukacji w kształtowaniu pozytywnych postaw zdrowotnych społeczeństwa – trzeba jednak podkreślić z całą stanowczością, że najbardziej skuteczne wydaje się uczenie zdrowego stylu życia od wczesnego dzieciństwa niż reedukacja negatywnych zachowań w dorosłości.

Zamiast zakończenia. Praktyczne wskazówki i implikacje wynikające z założeń andragogiki reedukacji

Wiemy już jak ważna dla dobrego zdrowia człowieka jest zdolność do zmiany postawy i zachowania. Skłonienie ludzi dorosłych a przede wszystkim rozbudzenie ich samoświadomości, by pomagali własnemu zdrowiu, na przykład nie palili, jest na pewno bardzo korzystne. Dorobek teoretyczny andragogiki reedukacji i psychologii społecznej, może z powodzeniem pomóc w zastosowaniu i rozwiązywaniu rzeczywistych problemów edukacji zdrowotnej dorosłych.

Zatem korzystając z dorobku obu dyscyplin, zastanówmy się, jak ludzie interpretują i rozumieją sytuacje społeczne, które bezpośrednio dotyczą ich zdrowia, a przy tym stwarzają dla nich poważne zagrożenie. Psychologowie społeczni uważają że to „nie źli ludzie, lecz złe sytuacje stwarzają problemy społeczne⁹. Zatem dla zrozumienia określonego zachowania społecznego, często znacznie istotniejsze okazuje się zbadanie, na czym zasadza się sytuacja społeczna, niż samo określenie właściwości danej osoby. Co więcej, to subiektywne a nie obiektywne sytuacje uruchamiają nasze działania. To znaczy, żeby zrozumieć dlaczego ludzie zachowują się w niewłaściwy sposób w danych warunkach, musimy spojrzeć na te zdarzenia ich oczami, zrozumieć, jak oni interpretują te sytuacje. Zasada ta, jest bardzo ważna dla zrozumienia zastosowań andragogiki reedukacji i psychologii społecznej.

Wyobraźmy sobie człowieka, który przez długi okres czasu przebywa w zakładzie karnym. W wielu takich ośrodkach mieszkańcy posiadają małą kontrolę nad swoim życiem. Nie mogą np. wybierać co zjeść, w co się ubrać itp. Często stają się pasywni i wycofują się z życia. Zupełnie inaczej niż osoby, o pozytywnym nastawieniu do życia. Otóż liczne, prowadzone przez psychologów społecznych badania, wskazują, że istnieje silny związek między spostrzeganiem społecznym ludzi – sposobem w jaki rozumieją samych siebie i świat społeczny – a ich zdrowiem somatycznym¹⁰.

Powyższe przykłady są obrazowym potwierdzeniem, przekonania, iż nie tylko choroby wpływają na nasze zdrowie i postawy, musimy również uwzględnić psychologiczne reakcje na to, co wydarza się w naszym życiu. A te reakcje będą właśnie zależały od naszej samoświadomości, rozumienia i interpretacji świata społecznego oraz naszej w nim roli. Dwoje ludzi może doświadczyć tego samego traumatycznego zdarzenia – jakim jest np. utrata wzroku – lecz w całkowicie odmienny sposób.

Przedstawimy w tym miejscu trzy elementy określając rozumienie przez ludzi świata społecznego, mające istotne znaczenie dla zdrowia są to:

- W jaki sposób ludzie widzą stresujące wydarzenia.
- Stopień kontroli – jaki w ich przekonaniu mają nad swoim życiem.
- Sposób w jaki wyjaśniają negatywne zachowania.

Znany amerykański psycholog Seligman, w swojej bardzo interesującej książce zatytułowanej „*Learned optimism*”¹¹, poświęconej optymizmowi i teorii wyuczonej bezradności, wskazuje na istotne zagadnienia a mianowicie, kiedy ludzie doświadczają początkowo zdarzeń negatywnych, takich jak niepowodzenia życiowe, to w rzeczywistości – dwa rodzaje spostrzegania społecznego określają, na ile stresujące będzie to wydarzenie: po pierwsze, stopień kontroli

⁹ J. Rodin, *The application of social psychology*, (w:) G. Lindzey, E. Aronson, (red.), *Handbook of social psychology*, T. II, New York, s. 808.

¹⁰ E. Aronson, T. D. Wilson, R. m. Akert, *Psychologia społeczna – rozum i serce*, Poznań 1997, s. 593-594.

¹¹ M. E. P. Seligman, *Learned optimism*, New York 1990.

który ich zdaniem mają nad danym wydarzeniem oraz po drugie sposób w jaki wyjaśniają przyczyny tego wydarzenia. Poczucie kontroli i optymistyczny styl atrybucji są związane z lepszym przystosowaniem społecznym i somatycznym. Te osoby, które mają poczucie braku kontroli lub wyjaśniają przyczyny w kategoriach pesymistycznych – doznają tzw. wyuczonej bezradności, są bardziej skłonne do zapadania na zdrowiu oraz doświadczają częściej skłonności do zachowań negatywnych jak sięgnięcie po używki. Badania te pokazują, zarówno spostrzeganie zdolności do kontrolowania jak i brak wyuczonej bezradności są korzystne i ułatwiają radzenie sobie z trudnościami i gotowość do reedukacji zwalczania negatywnych postaw i zachowań zdrowotnych.

Reasumując – w jaki sposób skłonić ludzi do zmiany negatywnych postaw, nawyków takich jak; palenie, pozbycie się nadwagi? Jak wskazaliśmy wcześniej wykorzystywanie w tym celu argumentacji z pozycji siły i strachu (*Argumentum ad Baculum*), okazują się dość mało skuteczne. Kiedy chcemy zmienić odporne, silnie zakorzenione nawyki bardzo skuteczna, okazuje się podstawowa zasada reedukacji: żeby zmienić czyjeś zachowanie, trzeba zmienić jego samoocenę w taki sposób, by działała na jego korzyść i prowadziła do zmiany niepożądanego zachowania. Ludzie dokonując reedukacji mają o sobie dobre mniemanie, podtrzymują swoją samoocenę. Jest to przecież podstawowa zasada dysonansu poznawczego.

Przypomnijmy dla lepszego zobrazowania powyższego stwierdzenia, eksperyment przeprowadzony przez Aronsona, Frieda i Stona¹². Uczeń ci poprosili swoich studentów, (wiedząc że większość z nich przejawia zachowania ryzykowne w tym temacie), o wygłoszenie mowy dotyczącej niebezpieczeństw związanych z AIDS, przed kamerą video wiedząc. Poinformowano ich, że przygotowane przez nich wystąpienie, zostanie odtworzone uczniom szkoły średniej¹³. Czy samo wygłoszenie referatu, mogło wystarczyć do zmiany zachowania i sprawić, że studenci będą w przyszłości zachowywali środki ostrożności? Otóż bylibyśmy bardzo naiwni wyznając przekonanie, że tak się właśnie stanie. Okazało się, że zmianę postawy studentów, przyniosła przeprowadzona przez nich – autoanaliza własnego zachowania. Studenci bowiem, przypomnieli sobie swoje niebezpieczne zachowania i poczuli się źle, mając świadomość tego, że zalecali uczniom szkół średnich zachowania, których sami nie przestrzegali w rzeczywistości. Pod wpływem autoanalizy – podjęli reedukację własnych zachowań – ponieważ nikt nie lubi się czuć hipokrytą¹⁴.

Dokonując reedukacji własnego postępowania, odczuli silną potrzebę wykonania działań stabilizujących ich zaburzoną samoocenę. Jest to przykład będący potwierdzeniem konieczności propagowania rozwoju andragogiki reedukacji

¹² E. Aronson, C. Fried, J. Stone, *Overcoming denial and increasing the intention to use condoms through the induction of hypocrisy*, *American Journal of Public Health* 81, s. 1636-1638.

¹³ Ibidem, E. Aronson, T. D. Wilson, R. m. Akert, s. 610.

¹⁴ Ibidem, E. Aronson, T. D. Wilson, R. m. Akert, s. 609-610.

wskazujący, na fakt, że najlepszym sposobem na zmianę czyjegoś zachowania jest zmiana interpretacji samego siebie i sytuacji społecznej.

Współczesna nauka a w szczególności edukacja zdrowotna nie może nie doceniać tego ważnego psychospołecznego przesłania, iż jednym z najlepszych sposobów rozwiązywania praktycznych problemów związanych z negatywnymi postawami człowieka jest zmiana interpretacji samego siebie i danej sytuacji społecznej.

Piśmiennictwo

- Kilbourne E. D., Smile W., G., (red.) *Ekologia człowieka i zdrowie publiczne*, Warszawa 1973.
- Aronson E., Wilson T. D., Akert R., M., *Psychologia społeczna*, Poznań 1997.
- Jaczewski A., *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania*, T. I, II, Warszawa 1998, s. 113. Narodowy Program Zdrowia, Warszawa 1993, s. 5.
- Rodin J., *The application of social psychology*, (w:) G. Lindzey, E. Aronson, (red.), *Handbook of social psychology*, T. II, New York, s. 808.
- Rezolucja 89/c3/01/ Rady Wspólnoty Europejskiej przyjęta przez ministrów edukacji w 1989 roku.
- Seligman M., E., P., *Learned optimism*, New York 1990.
- Schultz R., (red.) *Antropologiczne podstawy wychowania*, Warszawa 1996.
- Szewczyk T., *Pedagogika zdrowia*, (w:) B. Śliwerski (red.), *Pedagogika – subdyscypliny wiedzy pedagogicznej*, T. 3, Gdańsk 2006, s. 339-340.
- Turoś L., *Kształtowanie indywidualności kluczowy paradygmat edukacji*, Warszawa 1997.
- Turoś L., *Andragogika reedukacji*, Warszawa 2008.
- Turoś L., *Andragogika autokreacji*, Warszawa 2009.
- Wołoszyn S., *Nauki o wychowaniu w Polsce w XX wieku. Próba zarysu encyklopedycznego*, Warszawa 1992.

Iwona Błaszczak

Streszczenie

Celem artykułu jest wskazanie specyficznych cech andragogiki autoreedukacji, jako swoistej praktyki społecznej, która może być wykorzystana w celu eliminowania negatywnych zachowań zdrowotnych osób dorosłych. Autorka wskazuje również na praktyczne zastosowanie wybranych elementów teorii psychologii społecznej w celu reedukacji szkodliwych dla zdrowia zachowań podejmowanych przez dorosłych oraz rolę spostrzegania społecznego w kontekście zdrowia i interpretowania negatywnych wydarzeń życiowych. Prezentowana problematyka odnosi się do takich zagadnienia jak: biopsychospołeczny model zdrowia i modyfikacja zachowań dorosłych w drodze reedukacji, potrzeba doskonalenia ustaleń psychologii społecznej i andragogiki w zakresie kształtowania prawidłowych nawyków zdrowotnych u osób dorosłych.

Słowa kluczowe

Andragogika reedukacji, dysonans poznawczy, styl życia, zachowania prozdrowotne

Abstract

The aim of the article is to present certain special features of andragogic self-reeducation, as a particular social practice that can be employed to eliminate negative health behaviour in adult people. The Authoress stresses the practical application of selected elements of social psychology theory in order to re-educate adult behaviour harmful to health and the role of social reception as regards health and interpretation of negative life events. The problems presented refer to: bio-psycho-social model of health and modification of adult behaviour in the course of re-education, a necessity to improve the findings of social psychology and andragogics in the field of creating the correct health habits in adults.

Keywords

andragogics of re-education, cognitive dissonance, life style, pro-health behaviour

Iwona Błaszczak, doktor nauk humanistycznych, specjalność andragogika. Absolwentka Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Warszawskiego – specjalność pedagogika ogólna. Adiunkt w Szkole Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie, Wydział Nauk Humanistycznych, Katedra Edukacji i Kultury.

Weronika Wrona-Wolny

Rola nauczycieli w szkolnej edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na zapobieganie paleniu tytoniu przez młodzież

Wprowadzenie

W związku z rozpowszechnianiem palenia tytoniu w naszym kraju, konieczna jest jak najwcześniejsza edukacja zdrowotna w szkole, która powinna sprawdzać się do udziału w kształtowaniu umiejętności psychospołecznych dzieci i młodzieży, jak podejmowanie decyzji, zdrowych wyborów, promowanie zdrowego stylu życia oraz mody na niepalenie w swoim środowisku rodzinnym, szkolnym, w tym w którym przebywają, jak również przekazywania rzetelnej wiedzy o skutkach palenia i możliwościach uzależnienia od nikotyny w okresie dorastania. Według Williamsa (1988) edukacja zdrowotna to proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i innych. Natomiast Woynarowska (2010, s.103) edukacją zdrowotną określa proces dydaktyczno-wychowawczy, w którym dzieci i młodzież uczą się jak żyć aby: zachować i doskonalić zdrowie własne i innych ludzi oraz tworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu, w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu lub rehabilitacji, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki. Ważna jest także realizacja programów edukacyjnych i profilaktycznych ukierunkowanych na zapobieganie uzależnieniom od substancji psychoaktywnych oraz włączanie programów interwencyjnych do prowadzenia edukacji zdrowotnej w szkole. Wiedza młodych ludzi na temat szkodliwości palenia tytoniu, która stanowi istotny element zapobieganiu podejmowania zachowań ryzykownych jest niewystarczająca. Problematyka antytytoniowa jest nieodzownym elementem edukacji zdrowotnej, która powinna być już uwzględniona w najwcześniejszym okresie nauki.

Aż 11,8%, młodzieży w wieku 15-19 lat pali papierosy, w tym codziennie 7,3%, a okazjonalnie 4,5%. Chłopcy palą częściej (odpowiednio 15,7%, 9,5%, 6,3%) niż dziewczęta (odpowiednio 7,8%, 5,2%, 2,6%). Ponad połowa palących (59%) wypala 10 papierosów i więcej dziennie. Należy podkreślić, iż 18,3% młodzieży pali już od 5 do 9 lat (Szyborski 2012, s. 51).

Dla kształtowania zachowań zdrowotnych, bardzo ważny jest okres dorastania, gdyż w tym czasie utrwala się nabyte wcześniej zachowania prozdrowotne, a równocześnie pojawia się wiele zachowań ryzykownych. Niektóre z tych

niekorzystnych zachowań po fazie eksperymentowania zanika, ale u części młodych ludzi utrwalają się. Zmiany zachodzące w okresie dojrzewania, decydują o tym, czy młodzi ludzie wnoszą w swoje dorosłe życie zasoby, czy też czynniki ryzyka dla własnego zdrowia i innych.

Edukacja zdrowotna powinna umożliwiać i wspierać proces kształtowania się zachowań prozdrowotnych, a przeciwdziałać zachowaniom antyzdrowotnym (Wojnarowska, 2008, s.54).

Dla młodzieży gimnazjalnej, znajdującej się w wieku rozwoju i dorastania, palenie papierosów wydaje się być czymś atrakcyjnym, co sprawia, że czują się bardziej dorośli oraz niezależni. Często też nie zdają sobie sprawy z podejmowanych decyzji związanych z paleniem tytoniu. Zazwyczaj młodzi ludzie nie myślą o konsekwencjach i skutkach takich zachowań w odległej przyszłości. Ich wiedza na temat szkodliwości palenia tytoniu jest niewystarczająca.

W preambule nowej podstawy programowej dotyczącej szkół podstawowych, gimnazjum i ponadgimnazjalnych zostało umieszczone zdanie „Ważnym zadaniem szkoły jest także edukacja zdrowotna, realizowana przez nauczycieli wielu przedmiotów, której celem jest kształtowanie u uczniów umiejętności dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu”¹. Zapis ten obliguje nauczycieli do prowadzenia edukacji zdrowotnej w różnych obszarach tematycznych, w tym problematyki uzależnień.

Należy docenić to istotne zadanie szkoły, jakim jest edukacja zdrowotna i szukać odpowiednich warunków do jej realizacji, które tkwią zarówno w zasobach ludzkich, jak i w różnych środowiskach. Skuteczność oddziaływań wychowawczo zdrowotnych będzie uzależniona między innymi od systematycznego i długotrwałego oddziaływania oraz wszechstronnego podejścia do edukacji zdrowotnej, a w szczególności od kompetencji osób ją prowadzących (Wrona-Wolny 2008).

Działania mające na celu ochronę młodzieży przed skutkami nałogu nikotynowego są więc szczególnym wyzwaniem dla nauczycieli. Przeciwdziałanie zjawisku palenia papierosów wymaga aktywnej współpracy rodziców, wychowawców, nauczycieli, jak również i młodzieży.

W niniejszym artykule podkreślono rolę nauczycieli w realizacji edukacji zdrowotnej w aspekcie zapobiegania paleniu tytoniu przez młodzież w oparciu o nową podstawę programową, program wychowawczy i profilaktyki w szkole oraz implikacje praktyczne dotyczące edukacji zdrowotnej i profilaktyki palenia tytoniu zawarte w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015.

Edukacja zdrowotna w nowej podstawie programowej

Zapis w podstawie programowej kształcenia ogólnego, dotyczący ważnego zadania szkoły w odniesieniu do edukacji zdrowotnej, nadał edukacji zdrowotnej wysoką rangę wśród zadań podejmowanych przez szkołę. W podstawie tej

¹Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenie ogólnego w poszczególnych typach szkół Dz. U. 2009, Nr 4, poz. 17.

zapisano również, iż treści nauczania-wymagania szczegółowe dotyczące bezpośrednio lub pośrednio edukacji zdrowotnej są uwzględnione w wielu przedmiotach. Zapisano także, iż wychowanie fizyczne pełni wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej. W klasach I-III, IV-VI szkoły podstawowej oraz w gimnazjum i szkołach ponadgimnazjalnych, wychowanie fizyczne jest przedmiotem o dużej liczbie wymagań szczegółowych dotyczących bezpośrednio lub pośrednio edukacji zdrowotnej. W klasach IV-VI szkoły podstawowej innymi przedmiotami o dużej liczbie wymagań jest język obcy nowożytny, przyroda oraz wychowanie do życia w rodzinie. W gimnazjum przedmiotami o dużej liczbie wymagań jest również język obcy nowożytny, wychowanie do życia w rodzinie, biologia oraz edukacja dla bezpieczeństwa. W szkołach ponadgimnazjalnych do przedmiotów tych poza wychowaniem fizycznym zalicza się także język obcy nowożytny, przyroda, wychowanie do życia w rodzinie, biologia oraz edukacja dla bezpieczeństwa. Należy podkreślić, iż treści na temat zdrowia zawarte w wielu przedmiotach z wiodącym przedmiotem wychowanie fizyczne jest modelem zalecanym przez Światową Organizację Zdrowia.

Na I etapie edukacyjnym jest wyodrębniony obszar „wychowanie fizyczne i edukacja zdrowotna”. Wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej w II, III, i IV etapie edukacyjnym pełni wychowanie fizyczne. Wiodąca rola oznacza między innymi przejęcie przez nauczyciela wychowania fizycznego roli szkolnego lidera edukacji zdrowotnej. Natomiast na III i IV etapie edukacyjnym jest wyszczególniony blok tematyczny „edukacja zdrowotna”. W bloku tym zawarte są wymagania dotyczące zdrowia psychospołecznego i umiejętności życiowych, które są konieczne w realizacji edukacji zdrowotnej na temat szkodliwości palenia tytoniu.

W podstawie programowej wychowania fizycznego dla gimnazjum wymieniono,² wśród wymagań szczegółowych dotyczących edukacji zdrowotnej: „uczeń omawia szkody zdrowotne i społeczne związane z paleniem tytoniu., wyjaśnia, dlaczego i w jaki sposób należy opierać się presji oraz namowom do używania substancji psychoaktywnych i innych zachowań ryzykownych”.

Rolę szkolnych koordynatorów edukacji zdrowotnej powinien pełnić nauczyciel lub pedagog szkolny, który jest nią zainteresowany i wykazuje się gotowością do stałego uczenia się oraz rozszerzania własnych kompetencji. Woynarowska (2011) podkreśla, iż byłoby korzystnie, aby rolę tę stopniowo podejmowali nauczyciele wychowania fizycznego.

Ponadto w podstawie programowej biologii³ umieszczono treści, które znajdują się w podstawie innych przedmiotów, np. wychowania fizycznego, czy też w założeniach szkolnego programu profilaktyki, dotyczące zapobiegania używaniu substancji psychoaktywnych. W realizacji biologii wśród wymagań szczegółowych z podstawy programowej, które można zastosować w edukacji zdrowot-

²Ministerstwo Edukacji Narodowej. 2009. Podstawa programowa z komentarzami. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum. T. 8 s. 30.

³ Ministerstwo Edukacji Narodowej. 2009. Podstawa programowa z komentarzami. Edukacja przyrodnicza w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum. T. 5. s. 76-80.

nej to: „...uczeń przedstawia negatywny wpływ na zdrowie człowieka niektórych substancji psychoaktywnych (tytoń)”. Ważna jest współpraca nauczyciela biologii z nauczycielami wychowania fizycznego, pedagogiem szkolnym, wychowawcami klas i pielęgniarką szkolną.

Program wychowawczy i program profilaktyki w szkole

Według podstawy programowej kształcenia ogólnego⁴ działalność edukacyjna szkoły jest określona przez szkolny zestaw programów nauczania, program wychowawczy szkoły i szkolny program profilaktyki dostosowany do potrzeb rozwojowych uczniów oraz potrzeb danego środowiska, obejmujący wszystkie treści i działania o charakterze profilaktycznym. Każda szkoła ma obowiązek opracowania i realizowania szkolnego programu profilaktyki. Treści, jak i strategia realizacji edukacji zdrowotnej, zgodna jest ze strategią tworzenia szkolnego programu profilaktyki. Program wychowawczy i program profilaktyki w szkole powinny być poprzedzone diagnozą, w wyniku której zostaną określone występujące problemy i zagrożenia związane z paleniem tytoniu.

Szkolny program profilaktyki to projekt systemowych rozwiązań w środowisku szkolnym, który uzupełnia wychowanie i jest ukierunkowany na wspomaganie uczniowi w radzeniu różnych trudności, ograniczanie i likwidowanie czynników ryzyka oraz inicjowanie i wzmacnianie czynników chroniących, sprzyjających prawidłowemu rozwojowi ucznia, a także jego zdrowemu stylowi życia (Gaś 2003).

Należy podkreślić, że przy podejmowaniu działań związanych z profilaktyką zjawiska palenia papierosów przez uczniów, szkoła powinna współpracować z rodzicami, samorządem uczniowskim oraz ze strategicznymi podmiotami publicznymi i niepublicznymi w środowisku lokalnym. Zakres działań z zakresu profilaktyki palenia tytoniu podejmowanych przez szkoły odbywa się najczęściej we współpracy z terenowymi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi i organizacjami pozarządowymi, których cele statutowe wpisują się w cele programu. Resort edukacji duży nacisk kładzie na kształtowanie u uczniów postaw zdrowotnych, które już w swoim założeniu służą upowszechnianiu zdrowego stylu życia i dokonywaniu racjonalnych wyborów, szczególnie w odniesieniu do substancji psychoaktywnych. Szkolny program profilaktyki obejmuje różnorodne działania skierowane na potrzeby w środowisku szkolnym.

Program profilaktyki problemów dzieci i młodzieży⁵ uwzględnia różne obszary działań szkoły, cele główne i operacyjne oraz osoby odpowiedzialne za ich realizację. Wśród obszarów działań wymienia się zdrowie, życie społeczne, tolerancję i profilaktykę uzależnień. Celem głównym obszaru profilaktyki uza-

⁴ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół Dz. U. 2009 r. Nr 4, poz. 17).

⁵ Założenia opisano w oparciu o Program profilaktyki problemów dzieci i młodzieży Szkoły Podstawowej w Piekarach k. Krakowa, rok szkolny 2012/2013 udostępniony przez dyrektora szkoły.

leżnień jest ochrona młodego człowieka przed negatywnymi wpływami zagrożeń cywilizacyjnych, natomiast wśród celów operacyjnych podkreśla się: uczeń zna rodzaje uzależnień, uczeń wie u kogo w szkole w sytuacji zagrożenia może szukać pomocy i z jakimi instytucjami pomagającymi w sytuacji zagrożeń może współpracować. Osobami odpowiedzialnymi za realizację przedstawionych działań są: wychowawcy klas, pedagog oraz nauczyciel przyrody. Do planowanych zadań zaliczono wyposażenie uczniów w podstawową wiedzę dotyczącą uzależnień, dostarczenie rodzicom i nauczycielom informacji o instytucjach i miejscach pomocy w sytuacji zagrożenia, otoczenie opieką ucznia u którego występują zachowania ryzykowne oraz organizowanie przez szkołę różnych form spędzania wolnego czasu. Wśród działań zwrócono uwagę na prowadzenie prelekcji, spotkania z rodzicami, rozmowy z uczniami oraz organizowanie zawodów sportowych, turniejów i wycieczek.

Szkoła w oparciu o program wychowawczy⁶ przygotowuje uczniów do życia w społeczeństwie, koncentrując działania wychowawcze na indywidualizacji i socjalizacji poprzez realizację treści z następujących tematów: wychowanie dla siebie, dla innych, regionalne, dla ojczyzny, dla świata oraz komunikowanie się. Na I etapie edukacyjnym (klasy I-III) oraz II (klasy IV-VI) wśród zadań i treści zawartych w programie wychowawczym szkoły wymieniono rozwijanie dbałości o własny wygląd i zdrowie. Za realizację programu odpowiedzialni są wychowawcy klas i nauczyciele przedmiotów ściśle ze sobą współpracujący, którzy są zobowiązani do wykorzystania treści programowych w celu realizacji programu wychowawczego. Realizacja zadań wychowawczych w szkole przebiega we współpracy z rodzicami, która polega na systematycznym kontaktowaniu się rodziców ze szkołą oraz obowiązkowym udziale rodziców w zebraniach szkolnych w tym połączonych z pedagogizacją. Nadzór nad realizacją programu wychowawczego sprawuje dyrektor szkoły. Program wychowawczy stanowi wytyczne do pracy wychowawczej dla dyrektora szkoły, wychowawców klas, nauczycieli przedmiotów, pedagoga szkolnego, samorządu uczniowskiego, pracowników niepedagogicznych, a także organizacji i instytucji, które wspomagają pracę szkoły. Wszyscy nauczyciele wprowadzają do tematyki realizowanego przedmiotu elementy programu wychowawczego szkoły. Wszystkie też zajęcia szkolne uwzględniają założenia programu wychowawczego.

Szkolna interwencja profilaktyczna wobec palenia papierosów przez uczniów

Szkolna interwencja profilaktyczna jest propozycją działań dla nauczycieli i pedagogów, którzy stają wobec problemu używania substancji psychoaktywnych przez uczniów (Borucka i wsp. 2005). Interwencja profilaktyczna jest jednym ze sposobów na zatrzymanie niewłaściwego zachowania uczniów oraz pomocą

⁶ Zadania opisano w oparciu o Program wychowawczy Szkoły Podstawowej w Piekarach k. Krakowa, rok szkolny 2012/2013 udostępniony przez dyrektora szkoły.

w trudnej jego sytuacji. W przypadku nawet tylko podejrzenia, iż dziecko sięga po substancje psychoaktywne, konieczna jest pomoc ze strony osób dorosłych. Według auterek prewencja profilaktyczna spełnia dwa podstawowe cele. Jeden z nich polega na udzielaniu wsparcia przez szkołę i pomocy rodzicom w rozwiązywaniu problemu w przypadku dzieci stosujących substancje psychoaktywne. Drugi natomiast cel podejmowanych działań interwencyjnych, skierowanych do wszystkich uczniów, dotyczy zapobiegania problemom związanym z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych (w tym palenia papierosów). Interwencja profilaktyczna może być stosowana na każdym etapie edukacji, gdyż mogą zdarzać się przypadki sięgania przez uczniów po substancje psychoaktywne. Składa się z czterech elementów: diagnozy, porady, kontraktu i monitorowania. Poszczególne elementy interwencji profilaktycznej są realizowane w cyklu kilku spotkań z uczniem i rodzicami. Spotkania te obejmują rozmowę indywidualną z uczniem, rozmowę indywidualną z rodzicami, wspólne spotkanie z uczniem i rodzicami oraz monitorowanie realizacji podpisanego kontraktu, czyli umowy pomiędzy szkołą, uczniem a jego rodzicami.

Nauczyciel powinien również znać procedurę postępowania w przypadku stwierdzenia prawdopodobieństwa palenia papierosów przez ucznia w szkole. Sprawę tę regulują obowiązujące akty prawne⁷, statut szkoły, zarządzenia dyrektora szkoły i zapisany kontrakt z rodzicami i uczniami. W przypadku, gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że uczeń palił papierosy na terenie szkoły, nauczyciel ma obowiązek zgłoszenia tego faktu wychowawcy, a w przypadku jego nieobecności dyrektorowi lub pedagogowi szkolnemu. Jeżeli zdarzenie ma miejsce po raz pierwszy w przypadku tego ucznia, w obecności nauczyciela oraz wychowawcy odbywa się rozmowa wstępna. Wychowawca informuje rodziców ucznia o zdarzeniu. Jeśli natomiast zdarzenie to ma miejsce po raz kolejny w przypadku tego ucznia, nauczyciel-wychowawca informuje rodziców, uczeń otrzymuje karę statutową na piśmie za naruszenie regulaminu szkoły. Rodzice i uczeń podpisują kontrakt indywidualny, zawierający dalsze zasady współpracy stron (Wrona-Wolny 2009).

Założenia i cele Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 w odniesieniu do edukacji zdrowotnej i profilaktyki palenia tytoniu

Wśród celów operacyjnych dotyczących czynników ryzyka i działań w zakresie promocji zdrowia wyszczególnionych w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015, cel 1 uwzględnia zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu (Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015). Uzasadnieniem wyboru tego celu było uznanie palenia tytoniu za jeden z najważniejszych, poddających się

⁷ Ustawa z 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. W dniu 15 listopada 2010 r. nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

redukcji czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów, układu oddechowego oraz zdrowia noworodków. Oczekiwanymi efektami do roku 2015 jest między innymi eliminowanie palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży oraz wzrost liczby szkoleń dla osób, które realizują działania profilaktyczne w tym zakresie w szkołach i innych placówkach oświatowych i kulturalnych.

Wśród zadań zwrócono uwagę na ochronę zdrowia oraz rozwoju dzieci i młodzieży przed narażeniem na dym tytoniowy przez eliminowanie palenia tytoniu wśród kobiet ciężarnych. Konieczne jest również upowszechnianie programów edukacyjnych zapobiegających paleniu tytoniu przez dzieci i młodzież. Ważnym też zadaniem jest tworzenie i upowszechnianie programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży, nauczycieli i rodziców. Zadania zawarte w NPZ przewidują ponadto zwiększenie kompetencji nauczycieli, pedagogów oraz psychologów w zakresie profilaktyki problemów dzieci i młodzieży, w tym profilaktyki problemów nikotynowych.

Wśród oczekiwanych korzyści zdrowotnych, podkreślono zmniejszenie częstości występowania szkód zdrowotnych u dzieci, wynikających z wymuszonego narażenia na dym tytoniowy. Do wskaźników w monitorowaniu i ewaluacji prowadzonych działań zalicza się poziom wiedzy dotyczącej szkodliwości palenia tytoniu, ocenę skuteczności realizowanych programów edukacyjnych i interwencyjnych oraz poziom zagrożeń związanych z paleniem tytoniu przez dzieci i młodzież.

Kompetencje nauczycieli w zakresie profilaktyki problemów nikotynowych

Nauczyciel jest kluczową postacią w szkolnej edukacji zdrowotnej. Tworzy on wzorce zachowań zdrowotnych dla uczniów i rodziców. W komentarzu do podstawy programowej wychowania fizycznego na III i IV etapie edukacyjnym zapisano, że nauczyciele powinni uzyskać nowe kompetencje (Wojnarowska i Sokołowska 2012). Na skuteczność realizowanej edukacji zdrowotnej, szczególnie decydujący wpływ mają kompetencje nauczyciela. Bielski (2001,s.13) kompetencjami określa „zbiór wiedzy, umiejętności, dyspozycji oraz postaw i wartości niezbędnych do skutecznej realizacji założonych zadań”.

W odniesieniu do problematyki palenia papierosów, nauczyciel powinien dysponować odpowiednią wiedzą o stylu życia i zachowaniach zdrowotnych z uwzględnieniem szkodliwości palenia tytoniu oraz profilaktyki problemów nikotynowych.

Umiejętności, jakimi powinien dysponować nauczyciel to diagnozowanie wiedzy uczniów na temat szkodliwości palenia tytoniu, tworzenie środowiska sprzyjającego zdrowiu bez dymu tytoniowego, kształtowanie umiejętności psychospołecznych dla zapobiegania palenia tytoniu w środowisku młodzieży oraz planowanie edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem problematyki szkodliwości palenia papierosów.

Nauczyciele należą do grupy społeczno-zawodowej, bardzo znaczącej w procesie wychowywania, jak i kształtowania postaw abstynencyjnych u dzieci

i młodzieży. Postawę nauczycieli powinna więc cechować gotowość do tworzenia wzorców prozdrowotnych zachowań dla uczniów oraz do działań w zakresie tworzenia zdrowego środowiska bez dymu tytoniowego. Właściwy przykład ze strony nauczyciela jest najlepszą metodą wychowawczą. Zawód ten łączy się z większymi oczekiwaniami społecznymi i ma charakter opiniotwórczy, ciągle poddawany jest ocenie zewnętrznej. Pałacy tytoń nauczyciele budzą szczególnie niepokój i bywają oceniani jako hipokryci, gdyż pomimo posiadanej wiedzy na temat szkodliwości uzależnień nie wprowadzają tego we własne życie. Wczesna inicjacja tytoniowa przez młodych ludzi skłania do podejmowania uprzedzających działań w ramach tzw. profilaktyki pierwszorzędowej. Znajomość uczniów oraz sprawdzone możliwości oddziaływań implikują zrozumiały wzrost oczekiwań odnośnie podejmowania działań wśród młodzieży przez nauczycieli. Wymaga to stałego pogłębiania kompetencji w zakresie merytorycznym i metodycznym. Jednakże wiedza i umiejętności dydaktyczne nie wystarczą, gdy nie będą poparte przykładem własnej abstynencji nikotynowej. Tylko nauczyciel wolny od uzależnień może być autorytetem dla ucznia. Właściwe pełnienie funkcji wychowawczej przez nauczyciela, wymaga nie tylko posiadania określonych kompetencji ale i spełnienia uwarunkowań osobowościowych. Cechy osobowości można rozpatrywać według kryteriów etycznych, psychologicznych, pedagogicznych i socjologicznych. Wśród walorów moralnych, to poczucie odpowiedzialności nauczyciela za stan swojego zdrowia i innych, będzie też wyznacznikiem w podejmowanych działaniach w kierunku profilaktyki zjawiska palenia tytoniu wśród uczniów.

Podsumowanie

Mając na uwadze pilną potrzebę zapobiegania paleniu tytoniu przez młodzież, ważna jest realizacja edukacji zdrowotnej przez nauczycieli, z przypisaniem wiodącej roli nauczycielowi wychowania fizycznego w celu podjęcia zadań określonych w podstawie programowej.

Jednocześnie ważnym postulatem związanym z wdrażaniem edukacji zdrowotnej w szkole jest realizowanie założeń szkolnego programu wychowawczego oraz profilaktyki, a także celów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 ukierunkowanych na prewencję zjawiska palenia tytoniu. Rozwiązania dotyczące edukacji zdrowotnej, przyjęte w nowej podstawie programowej kształcenia ogólnego wspierają realizację programu wychowawczego i programu profilaktycznego szkoły, szczególnie przez włączenie wymagań dotyczących umiejętności psychospołecznych (życiowych), których kształtowanie i wzmacnianie u młodzieży wpływa na ograniczenie palenia tytoniu, co potwierdzają wyniki wielu badań.

Piśmiennictwo:

- Bielski J. 2001. *Kompetencje ucznia i kompetencje nauczyciela*. Lider, 2, s.13-15.
- Borucka A., Pisarska A., Okulicz-Kozaryn K. 2005. *Szkolna interwencja profilaktyczna*. (W:) red. B. Kamińska-Buśko, J. Szymańska, Profilaktyka w szkole. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa.
- Gaś Z.B. 2003. *Szkolny program profilaktyki: istota, konstruowanie, ewaluacja*. MENiS, Warszawa.
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 – 2015. Załącznik do Uchwały Rady Ministrów Nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 r. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, Warszawa.
- Szyborski J. 2012. *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce. Zarys diagnozy i kierunków poprawy*. (W:) J. Szyborski (red.), Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa, Tom II.
- Williams T. 1988. *Szkolne wychowanie zdrowotne w Europie*. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 7-8, s. 195-197.
- Woynarowska B. 2008. *Edukacja zdrowotna w nowej podstawie programowej kształcenia ogólnego w szkole – szansa i wyzwanie*, Lider, 11.
- Woynarowska B. 2010. *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Woynarowska B.(red.). 2011. *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.
- Woynarowska B.(red.). 2012. *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli gimnazjum*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.
- Wrona-Wolny W. 2008. *Kompetencje kreatorów edukacji zdrowotnej we współczesnej szkole*. (W:) red. T. Lisicki, T. Frołowicz, *Nauczyciel wychowania fizycznego wobec wyzwań edukacji*. AWFIS Gdańsk 2008.
- Wrona-Wolny W. 2009. *Styl życia z perspektywy praktyki nauczyciela*. (W:) J. Drabik, M. Resiak (red.), *Nauczyciel jako pedagog i promotor zdrowia*, AWFIS, Gdańsk.

Weronika Wrona-Wolny

Streszczenie

Realizacja edukacji zdrowotnej przez nauczycieli, z przypisaniem głównej roli nauczycielowi wychowania fizycznego w celu podjęcia zadań określonych w podstawie programowej, jest istotnym elementem programów zapobiegania paleniu tytoniu przez młodzież. Z wdrażaniem edukacji zdrowotnej w szkole związane jest realizowanie założeń szkolnego programu wychowawczego oraz profilaktyki, a także celów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 ukie-
runkowanych na prewencję palenia tytoniu. Wyniki wielu badań potwierdzają, że przyjęte w nowej podstawie programowej kształcenia ogólnego rozwiązania dotyczące edukacji zdrowotnej, wspierają realizację programu wychowawczego i programu profilaktycznego szkoły, szczególnie przez włączenie wymagań dotyczących umiejętności psychospołecznych (życiowych), których kształtowanie i wzmacnianie u młodzieży wpływa na ograniczenie palenia tytoniu.

Abstract

The running of health education programmes by teachers in schools, mainly PT teachers, in order to carry out the tasks defined in the curriculum constitutes a vital element in young people tobacco smoking prevention projects. Introduction of health education in schools is connected with fulfilling the prerequisites of the school educational and prevention programme, as well as the aims of the National Health Programme for the years 2007-2015 all designed with a view to tobacco smoking prevention. Results of extensive research confirm the fact that the solutions adopted in the new general education curriculum concerning health education support the carrying out of the education and prevention programme offered by schools, especially through inclusion of requirements concerning the psycho-social (life) skills, the shaping and strengthening of which, brings a cut down on tobacco smoking by young people.

Bożena Makowska

Czynniki sprzyjające paleniu tytoniu przez gimnazjalistów ze wsi i z miasta

Wstęp

Podjęmowanie zachowań ryzykownych przez dorastającą młodzież jest typowym zjawiskiem, bowiem w tym wieku nastolatek poszukuje własnej tożsamości, autonomii, sprawdza swoje możliwości i sposoby radzenia sobie z różnymi trudnościami (Oblacińska, Woynarowska 2006). Najczęściej pierwszym zachowaniem ryzykownym jest palenie tytoniu (Szymańska, 2005).

Palenie tytoniu jest coraz bardziej rozpowszechnionym zjawiskiem wśród dzieci i młodzieży. Papierosy mogą spełniać różne funkcje np. redukować napięcie, poprawiać samopoczucie, wzmacniać samoocenę oraz kształtować poczucie własnej wartości. Najczęstszymi motywami palenia papierosów przez młodzież jest: potwierdzenie własnej dorosłości, chęć uzyskania uspokojenia w sytuacjach stresogennych, poszukiwanie przyjemności, frustracja potrzeb psychicznych i itp. (Cekiera 2005).

Z głównych czynników wpływających na eksperymentowanie i rozwój uzależnienia od tytoniu jak podaje Bętkowska-Korpała i wsp. (2009), wyróżnia się czynniki indywidualne oraz środowiskowe. Najczęściej rozpoczynane jest palenie papierosów, gdy kształtują się przyzwyczajenia i gdy młodzi ludzie podejmują coraz więcej samodzielnych decyzji dotyczących swojego życia. Eksperymentowanie, poznawanie nowych rzeczy jest naturalne w okresie dojrzewania (Ostaszewski, 2008). Niektórzy mogą kończyć palenie na etapie eksperymentowania, ale u części osób regularne palenie może prowadzić do uzależnienia.

Druga grupa czynników dotyczy społecznych wpływów, które mogą hamować palenie tytoniu u dzieci i młodzieży, ale też mogą sprzyjać sięganiu po papierosa i rozwojowi uzależnienia. Dorośli modelują zachowania młodych ludzi traktując palenie, jako element stylu życia, nie dopuszczając myśli o szkodliwości takiej postawy w środowisku życia dzieci i młodzieży. Ponadto środowiskiem eksperymentowania z paleniem tytoniu i regularnym paleniem wśród młodzieży jest przede wszystkim grupa rówieśników, dla której normą może być stosowanie tej używki (Bętkowska-Korpała i wsp., 2009).

W szkole istnieje obowiązek prowadzenia systematycznej, zaplanowanej edukacji zdrowotnej, a istotną jej częścią jest zapobieganie używaniu środków psychoaktywnych w tym paleniu tytoniu. Edukacja zdrowotna jest prawem każdego dziecka, tak jak nauka czytania i pisanie, gdyż umożliwia dziecku uzyskiwanie

kompetencji do ochrony i doskonalenia zdrowia własnego oraz innych ludzi. Sprzyja pozytywnej adaptacji do zmian rozwojowych i wyzwań codziennego życia oraz budowania zasobów dla zdrowia w dzieciństwie, młodości i w dalszych latach życia, zapobieganiu zaburzeniom i zachowaniom ryzykownym (np. używanie substancji psychoaktywnych (Woynarowska, 2008).

We współczesnej edukacji zdrowotnej dominującymi metodami nauczania/uczenia się powinny być metody aktywizujące. Można je zdefiniować, jako sposób nauczania/uczenia się, w którym nauczyciel nie przekazuje gotowej wiedzy, ale stwarza warunki do samodzielnego uczenia się. Dzięki zastosowaniu tych metod uczniowie bardziej angażują się w proces uczenia się, aktywniej zdobywają wiedzę i łatwiej przyswajają sobie nowe treści, rozwijają swe zainteresowania i wiele umiejętności psychospołecznych, koniecznych do radzenia sobie z rozmaitymi życiowymi wyzwaniami (Woynarowska, 2012).

Cel pracy

Przeanalizowanie czynników środowiska rodzinnego i szkolnego sprzyjającego paleniu tytoniu przez młodzież ze wsi i z miasta.

Określenie na podstawie odpowiedzi uczniów poziomu realizacji zajęć z edukacji zdrowotnej pod kątem profilaktyki antytytoniowej.

Materiał i metody

W roku szkolnym 2011/2012 przeprowadzono badania wśród 197 gimnazjalistów z województwa małopolskiego w tym było 113 dziewcząt i 84 chłopców. Wieś reprezentowało 40 dziewcząt i 45 chłopców a 73 dziewcząt i 39 chłopców miasto. Młodzież była w wieku od 14-16 lat z klas II i III.

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem anonimowego kwestionariusza ankiety.

Wyniki badań i ich omówienie

Akceptacja samego siebie, zdawanie sobie sprawy zarówno ze swoich ograniczeń jak i możliwości a także radzenie sobie z negatywnymi emocjami jest jednym z kryteriów pozytywnego zdrowia psychicznego (Woynarowska, 2008). Z przeprowadzonych badań wynika, że co czwarta z dziewcząt z miasta (26%) i 12,5% ze wsi ma trudności z opanowaniem emocji i także 17,8% chłopców ze wsi i 7,7% z miasta nie radzi sobie z nimi (tab. I.). Natomiast większość dziewcząt ze wsi (70%) niż z miasta (53,4%) jest zadowolona z siebie, a w przypadku chłopców podobnym odsetku zarówno gimnazjaliści ze wsi (75,5%) jak i z miasta (76,9%) są zdecydowanie zadowoleni z siebie (ryc.1).

Relacje z rodzicami odgrywają bardzo ważną rolę w rozwoju psychospołecznym dziecka. Są one źródłem emocjonalnego wsparcia, miłości, jak też reguł, wartości i wzorów do naśladowania (Tabak, 2006). Z przeprowadzonych badań wynika, że młodzież ze wsi ma znacznie lepsze relacje ze swoimi rodzicami niż

uczniowie z miasta. Co czwarta dziewczyna ze wsi (25%) i co piąta z miasta (20,5%) oraz co trzeci chłopiec ze wsi (33,3%) i co siódmy z miasta (15,4%) dużo rozmawia ze swoimi rodzicami. Dziewczęta (19,2%) oraz chłopcy (12,8%) z miasta częściej kłócą się ze swoimi rodzicami niż dziewczęta (15%) i chłopcy (6,7%) ze wsi (tab. II).

W okresie dojrzewania rówieśnicy w największym stopniu determinują zachowania zdrowotne. Może to mieć wpływ pozytywny lub negatywny – zachęcanie, stwarzanie okazji do zachowań ryzykownych dla zdrowia. Z opinii badanych uczniów wynika, że zdecydowana większość kolegów, koleżanek ze wsi (67,5% dziewcząt i 86,7% chłopców) jak i z miasta (71,2% dziewcząt i 71,8% chłopców) pali papierosy (ryc. 2).

W badaniach gimnazjalistów przeprowadzonych w 2007 roku w Białymstoku wykazano, że paliło 13,6% dziewcząt i 17,1% chłopców (Kanicka i Szpak, 2008). W ramach badań HBSC przeprowadzonych w Polsce w 2006 r., stwierdzono, że paliło tytoń z różną częstością około jednej czwartej (22,6%) badanej młodzieży 15-letniej, w tym 12,4% codziennie, 3,9% co najmniej 1 raz w tygodniu, (ale nie codziennie), a 6,4% rzadziej niż raz w tygodniu¹

Z badań własnych wynika, że 7,5% dziewcząt i 17,8% chłopców ze wsi i 2,7% dziewcząt i 12,8% chłopców z miasta paliło papierosy codziennie oraz 5% dziewcząt i 11,1% chłopców ze wsi i 1,4% dziewcząt i 2,6% chłopców z miasta kilka razy w tygodniu (tab. III).

Porównując badania przeprowadzone przez Mazur, Woynarowską i Kowalewską (2000) na grupie 15 – 16 letnich uczniów gdzie 14% dziewcząt i 22% chłopców paliło papierosy codziennie stwierdza się, że gimnazjaliści z małopolski w mniejszym zakresie podejmowali palenie codziennie.

Dzieci są doskonałymi obserwatorami, dlatego ważnym jest zgodność głoszonych poglądów z własnym zachowaniem. Naśladownictwo połączone z głębokim emocjonalnym kontaktem prowadzi do identyfikacji, a identyfikacja z rodzicami ułatwia przyswojenie norm etycznych i społecznych. (Lulek, 2000). Więzy emocjonalne z rodzicami mają wpływ na kształtowanie się poczucia własnej wartości, dają poczucie, bezpieczeństwa, wsparcie, a także są czynnikiem chroniącym przed zaburzeniami psychoemocjonalnymi. Kontrola ze strony rodziców spełnia ważną rolę, może zapobiegać m.in. występowaniu zachowań antyspołecznych czy ryzykownych. (Tabak, 2006).

Czasami rodzice, pomimo podejrzeń lub wiedzy o tym, że ich dziecko pali papierosy, nie reagują. Ten brak reakcji może być spowodowany tym, że rodzice sami palą papierosy, a palenie stanowi normę rodzinną. Niekiedy rodzice nie wiedzą, jak podjąć temat palenia tytoniu, aby rozmowa wzmacniała ich wzajemną relację, a nie przyczyniła się do zwiększenia konfliktu. Palenie papierosów przez rodziców może wpływać na to, że ich dzieci palą papierosy (Bętkowska-

¹ Mazur J., red. *Status materialny rodziny i otoczenia a samopoczucie i styl życia młodzieży 15-letniej*, Instytut Matki i Dziecka Warszawa, 2007

Korpała i wsp., 2009). W rodzinach badanych gimnazjalistów zaledwie niespełna, co druga z dziewcząt zarówno ze wsi (47,5%) jak i z miasta (42,5%) podała, że ich rodzice nie palą papierosów, natomiast zdecydowanie więcej ojców pali papierosy dziewcząt ze wsi (30%) niż z miasta (15,1%), a w przypadku matek zdecydowanie więcej palących wskazywały dziewczęta z miasta (16,4%) niż ze wsi (7,5%). Wśród ojców chłopców palił papierosy, co trzeci tata ze wsi (35,5%) jak i z (30,8%) miasta (tab. IV).

Analizowano także (tab. V), jakie propozycje propagowania niepalenia papierosów wśród młodzieży mają badani gimnazjaliści. I tak 52,5% dziewcząt ze wsi i niespełna, co druga z miasta (43,8%) uważa, że powinny być prowadzone regularne zajęć w szkole na temat palenia papierosów, ale z zaangażowaniem samych uczniów oraz spotkania z psychologami w szkołach. Natomiast najwięcej chłopców ze wsi zaznaczyło, aby organizować spotkania z psychologami w szkołach (37,8%). Na kolejnym miejscu wskazywali na prowadzenie regularnych zajęć w szkole związanych z paleniem papierosów, ale z uczestnictwem w lekcji samych uczniów (22,2%).

Przebywanie dzieci w środowisku dorosłych palących stanowi nie tylko bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia, ale i zwiększa się dla dziecka dostępność papierosów (Bętkowska-Korpała i wsp., 2009). W ramach kampanii „Miesiąc Odpowiedzialnej Sprzedaży – Małopolska 2006” ok. 97% małopolskich sprzedawców sprzedabyłoby papierosy osobom wyglądającym na niepełnoletnie². W świetle przeprowadzonych badań młodzież twierdziła, że ma łatwy dostęp do papierosów, zarówno ze wsi (41,7% dziewcząt i 38,1% chłopców) jak i z miasta (35% dziewcząt i 72,7% chłopców) i bez problemu je kupują. Tylko, co trzeciemu uczniowi ze wsi (33,3% dziewcząt i 36% chłopców) i co drugiej uczennicy (55%) oraz 27,3% uczniów z miasta sprzedawca tylko czasami odmawiał sprzedaży papierosów, a 33,3% dziewczętom i 16% chłopcom ze wsi oraz 30% dziewczętom i 63,6% chłopcom z miasta nigdy nie odmówiono sprzedaży papierosów (tab. VI).

Interesowano się czy młodzież w ramach zajęć szkolnych realizuje tematykę palenia tytoniu (tab. VII). I tak 40% dziewcząt ze wsi i 16,4% z miasta odpowiedziało, że raczej nie było prowadzonych zajęć na temat szkodliwości palenia papierosów, a 7,5% dziewcząt ze wsi i 21,9% z miasta twierdziło, że zdecydowanie nie było takich lekcji. Podobnie odpowiadali chłopcy z miasta i ze wsi (31,1% chłopców ze wsi i 38,5% z miasta), że zdecydowanie nie odbywały się zajęcia z zakresu profilaktyki antytytoniowej.

Jak podają gimnazjaliści lekcje na temat szkodliwości palenia papierosów prowadzone są według 47,8% dziewcząt i 42,1% chłopców ze wsi w formie dyskusji uczniów z nauczycielem, a dla większości młodzieży z miasta przede wszystkim w formie pokazu filmów i slajdów. Co piąta uczennica z miasta (20,8%) zaznaczyła, że uczniowie przygotowywali na zajęcia tylko referaty (tab. VIII).

We wprowadzonej w 2008 r. podstawie programowej kształcenia ogólnego

²www.małopolskie.pl *Małopolskie samorządy razem przeciw dostępowi niepełnoletnich do papierosów.*

zmienił się status i miejsce edukacji zdrowotnej. Zapisano, że „ważnym zadaniem szkoły jest edukacja zdrowotna, której celem jest kształtowanie u uczniów nawyku dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu”³. Zatem można stwierdzić, że szkoły badanych uczniów nie wywiązały się z zadań nałożonych na nie przez MEN. W stadium adolescencji udział młodego człowieka w ochronie przed nałogiem zwiększa się, a zatem im więcej będzie wiedział o sobie samym, znał swoje słabe i mocne strony, tym lepiej poradzi sobie z chęcią wspomagania się papierosami (Bętkowska-Korpała i wsp., 2009).

Wnioski

- Gimnazjaliści ze wsi częściej palą papierosy niż młodzież z miasta. Co trzecia uczennica ze wsi i z miasta oraz 46,7% chłopców ze wsi i 28,2% z miasta pali papierosy, w tym codziennie 7,5% dziewcząt i 17,8% chłopców ze wsi oraz 2,7% dziewcząt i 12,8% chłopców z miasta.
- Wszyscy badani potwierdzili łatwy dostęp do papierosów, w tym możliwość samodzielnego ich kupowania.
- Z czynników indywidualnych sprzyjających paleniu tytoniu wyróżnia się między innymi postrzeganie przez młodzież swojego stanu emocjonalnego tj. szczególnej drażliwości przez chłopców ze wsi i trudności z opanowaniem emocji dziewcząt z miasta, które też najczęściej wskazywały, że nie są zadowolone z siebie.
- Z czynników środowiska rodzinnego wymienia się przede wszystkim palących rodziców, (co trzeci palący ojciec młodzieży ze wsi i częściej palące matki gimnazjalistów z miasta).
- Z czynników środowiska szkolnego postrzeganie przez badanych w dużym odsetku palących rówieśników. Według opinii 67,5% dziewcząt i 86,7% chłopców ze wsi jak i 71,2% dziewcząt i 71,8% chłopców z miasta ich koledzy i koleżanki z klasy palą papierosy.
- W ocenie badanych w szkole nie są realizowane systematycznie zajęcia z edukacji zdrowotnej dotyczące profilaktyki antytytoniowej szczególnie na wsi.
- W zakresie propagowania niepalenia papierosów wśród młodych osób badani wymieniali: prowadzenie regularnych zajęć w szkole na temat palenia papierosów, ale z zaangażowaniem przede wszystkim samych uczniów oraz organizowanie spotkań z psychologami w szkołach.

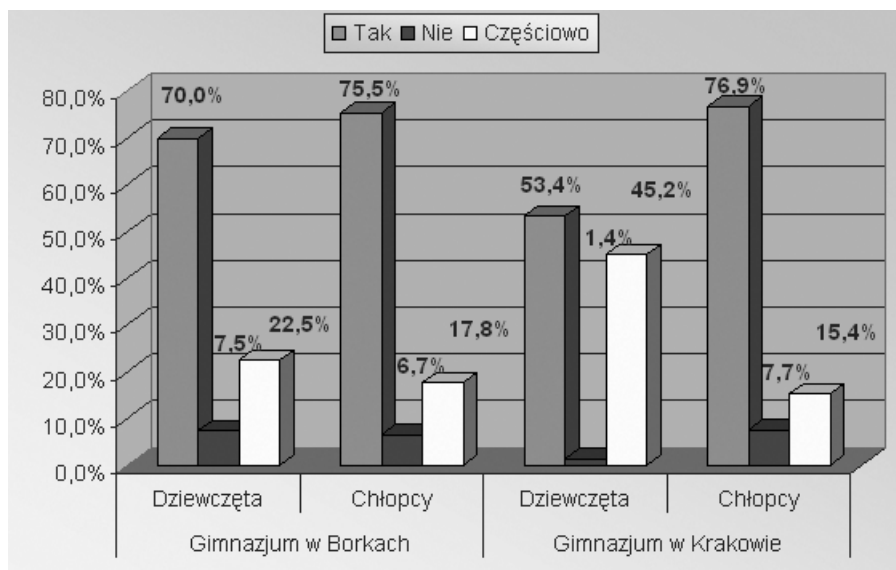
Piśmiennictwo

Bętkowska-Korpała, B., Piasecka B., Ryniak J., (2009), *Jak uchronić dziecko przed biernym i czynnym paleniem tytoniu? Poradnik dla rodziców i wychowawców*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa.

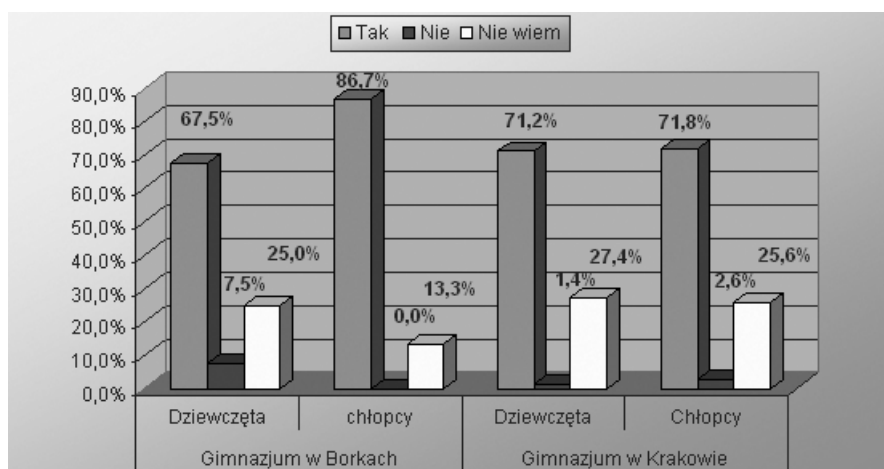
Cekiera C., (2005), *Tytoń, Uzależnienia, Fakty i Mity*. Wydawnictwo KUL, Lublin, s. 73,

³ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Rozporządzenie opublikowane w Dzienniku Ustaw z dnia 15 stycznia 2009 r. Nr 4, poz. 17).

- Kanicka M., Szpak A. (2008), *Rozpowszechnienie i uwarunkowania środowiskowe palenia tytoniu wśród młodzieży gimnazjalnej* w Białymstoku, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 89 (3), 423-426
- Lulek B., *Rodzina i szkoła wobec rozwoju osobowości dziecka*, Wyd. Impuls, Kraków, 2000, s. 28-29
- Mazur J., Woynarowska B., Kowalewska A., (2000), *Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce. Palenie tytoniu*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.
- Oblacińska A., Woynarowska B., red., (2006), *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów Szkół Ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 25.
- Ostaszewski K., (2008), *Zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych* [w:] B. Woynarowska (red.). *Edukacja zdrowotna*. Podręcznik akademicki, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa s. 483.
- Szymańska J. (2005), *Profilaktyka w szkole. Poradnik dla nauczyciela*. Wyd. CMPPP, Warszawa
- Świderska-Kopacz J., Marcinkowski J.T. (2007), *Zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej i ich wybrane uwarunkowania*. Cz. I. Palenie tytoniu. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 88(4), 441-445
- Tabak I., (2006), *Struktura rodzin*, [w:] Oblacińska A., Woynarowska B., *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa
- Woynarowska B., (2008), *Edukacja zdrowotna*. Podręcznik akademicki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Woynarowska B., (2012), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole*. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli gimnazjum, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa



Ryc. 1. Zadowolenie uczniów z siebie



Ryc. 2. Palenie papierosów przez kolegów i koleżanki z klasy w ocenie badanych

Tabela I. Samoocena stanu emocjonalnego badanych uczniów

Zdrowie emocjonalne	Gimnazjum w Borkach				Gimnazjum w Krakowie				Razem			
	Dziewczeta		Chłopcy		Dziewczeta		Chłopcy		Dziewczeta		Chłopcy	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bardzo dobre	6	15,0	15	33,3	13	17,8	11	28,2	19	16,8	26	30,9
Dobre	20	50,0	18	40,0	32	43,9	14	35,9	52	46,0	32	38,1
Mam trudności z opanowaniem emocji	5	12,5	8	17,8	19	26,0	3	7,7	24	21,3	11	13,1
Czuję szczególną drażliwość	3	7,5	3	6,7	3	4,1	7	17,9	6	5,3	10	11,9
Trudno powiedzieć	6	15,0	1	2,2	6	8,2	4	10,3	12	10,6	5	6,0
Razem	40	100	45	100	73	100	39	100	113	100	84	100

Tabela II. Relacje uczniów z rodzicami

Relacje uczniów z rodzicami	Gimnazjum w Borkach				Gimnazjum w Krakowie				Razem			
	Dziewczęta		Chłopcy		Dziewczęta		Chłopcy		Dziewczęta		Chłopcy	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nie rozumieją mnie	4	10,0	4	8,9	7	9,6	6	15,4	11	9,7	10	11,9
Nie mają dla mnie czasu	0	0	1	2,2	3	4,1	0	0	3	2,7	1	1,2
Często się kłócimy	6	15,0	3	6,7	14	19,2	5	12,8	20	17,7	8	9,5
Dużo rozmawiamy ze sobą	10	25,0	15	33,3	15	20,5	6	15,4	25	22,1	21	25,0
Są dla mnie autorytetem	7	17,5	8	17,8	9	12,3	6	15,4	16	14,1	14	16,7
Nie potrafię ocenić	11	27,5	14	31,1	18	24,7	14	35,9	29	25,7	28	33,3
Inne	2	5,0	0	0	7	9,6	2	5,1	9	8,0	2	2,4
Razem	40	100	45	100	73	100	39	100	113	100	84	100

Tabela III. Palenie papierosów przez badane dziewczęta i chłopców ze wsi i z miasta

Częstość palenia papierosów	Gimnazjum w Borkach				Gimnazjum w Krakowie				Razem			
	Dziewczęta		Chłopcy		Dziewczęta		Chłopcy		Dziewczęta		Chłopcy	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Codziennie	3	7,5	8	17,8	2	2,7	5	12,8	5	4,4	13	15,5
Kilka razy w tygodniu	2	5,0	5	7,5	1	1,4	1	2,6	3	2,7	6	7,1
Przy okazji np. spotkanie, dyskoteka	3	7,5	3	5,0	7	9,6	1	2,6	10	8,8	4	4,8
Sporadycznie	3	7,5	5	7,5	10	13,7	4	10,2	13	11,5	9	10,7
Nie częściej niż raz w tygodniu	0	0	0	7,5	0	0	0	0	0	0	0	0
Kilka razy w miesiącu	1	2,5	0	0	0	0	0	0	1	0,9	0	0
Nie palę	28	70,0	24	53,3	53	72,6	28	71,8	81	71,7	52	61,9
Razem	40	100	45	100	73	100	39	100	113	100	84	100

Tabela IV. Rodzice gimnazjalistów palący papierosy

Rodzice palący papie- rosy	Gimnazjum w Borkach				Gimnazjum w Krakowie				Razem			
	Dziewczęta		Chłopcy		Dziewczęta		Chłopcy		Dziewczęta		Chłopcy	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Obydwoje nie palą	19	47,5	14	31,1	31	42,5	11	28,2	50	44,2	25	29,8
Ojciec pali	12	30,0	16	35,5	11	15,1	12	30,8	23	20,4	28	33,3
Matka pali	3	7,5	3	6,7	12	16,4	6	15,4	15	13,3	9	10,7
Obydwoje palą	3	7,5	5	11,1	10	13,7	5	12,8	13	11,5	10	11,9
Palili w przeszłości	3	7,5	7	15,6	9	12,3	5	12,8	12	10,6	12	14,3
Razem	40	100	45	100	73	100	39	100	113	100	84	100

Tabela V. Sposoby zdobywania papierosów przez gimnazjalistów

Pozyskiwanie papierosów przez uczniów	Gimnazjum w Borkach				Gimnazjum w Krakowie				Razem			
	Dziewczęta		Chłopcy		Dziewczęta		Chłopcy		Dziewczęta		Chłopcy	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kupuję sam/ sama	5	41,7	8	38,1	7	35,0	8	72,7	12	37,5	16	50,0
Kupuje mi starszy kolega na moją prośbę	3	25,0	7	33,3	4	20,0	0	0	7	21,9	7	21,9
Proszę o kupienie przypadko- wego przechodnia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Koledzy częstują, nie kupuję	4	33,3	6	28,6	7	35,0	2	18,2	11	34,4	8	25,0
Od brata/ siostry	0	0	0	0	1	5,0	0	0	1	3,1	0	0
Od rodziców	0	0	0	0	1	5,0	1	9,1	1	3,1	1	3,1
Razem	12	100	21	100	20	100	11	100	32	100	32	100

Tabela VI. Propozycje młodzieży propagowania niepalenia papierosów wśród młodych osób

Propozycje Działań	Gimnazjum w Borkach				Gimnazjum w Krakowie				Razem			
	Dziewczęta		Chłopcy		Dziewczęta		Chłopcy		Dziewczęta		Chłopcy	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Spotkania z psychologami w szkołach	12	30	17	37,8	15	20,5	6	15,4	27	23,9	23	27,4
Nakłaniać rodziców do rozmów z dziećmi	7	17,5	7	15,6	12	16,4	6	15,4	19	16,8	13	15,5
Regularne zajęcia w szkole z udziałem uczniów	21	52,5	19	22,2	32	43,8	10	25,6	53	46,9	29	34,5
Mówić o tym w mediach	8	20	8	17,8	14	19,2	9	23,1	22	19,5	17	20,2
Informowanie o szkodliwości palenia w prasie, na bilbordach	3	7,5	1	2,2	5	6,8	4	10,3	8	7,1	5	6
Nie wiem	4	10	10	22,2	16	21,9	23	59	20	17,7	23	27,4

Tabela VII. Realizacja w szkole zajęć dotyczących szkodliwości palenia papierosów w ocenie uczniów

zajęcia na temat palenia Tytoniu	Gimnazjum w Borkach				Gimnazjum w Krakowie				Razem			
	Dziewczęta		Chłopcy		Dziewczęta		Chłopcy		Dziewczęta		Chłopcy	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Tak, systematycznie	1	2,5	0	0	0	0	1	2,5	1	0,9	1	1,2
Tak, czasami	11	27,5	7	15,6	30	41,1	6	15,4	41	36,3	13	15,5
Raczej nie	16	40	15	33,3	12	16,4	9	23,1	28	24,8	24	28,6
Zdecydowanie nie	3	7,5	14	31,1	16	21,9	15	38,5	19	16,8	29	34,5
Nie pamiętam	9	22,5	9	20	15	20,6	8	20,5	24	21,2	17	20,2
Razem	40	100	45	100	73	100	39	100	113	100	84	100

Tabela VIII. Formy prowadzenia zajęć w szkole na temat szkodliwości palenia papierosów

Formy prowadzenia zajęć	Gimnazjum w Borkach				Gimnazjum w Krakowie				Razem			
	Dziewczeta		Chłopcy		Dziewczeta		Chłopcy		Dziewczeta		Chłopcy	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Wykład nauczyciela	7	30,4	8	42,1	14	26,4	6	28,6	21	27,6	14	35
Film, slajdy	0	0	3	15,8	21	39,6	6	28,6	21	27,6	9	22,5
Spotkanie ze specjalistą, higienistką	1	4,4	1	5,3	0	0	1	4,8	1	1,3	2	5,0
Referaty uczniów	0	0	0	0	11	20,8	4	19,0	11	14,5	4	10,0
Dyskusja uczniów z nauczycielem	11	47,8	7	36,8	5	9,4	4	19,0	16	21,1	11	27,5
Udział uczniów w przygotowaniu zajęć	4	17,4	0	0	2	3,8	0	0	6	7,9	0	0

Bożena Makowska**Streszczenie**

Wprowadzenie. W szkole istnieje obowiązek prowadzenia systematycznej, zaplanowanej edukacji zdrowotnej, a istotną jej częścią jest zapobieganie używaniu środków psychoaktywnych w tym paleniu tytoniu. **Cel pracy.** Przeanalizowanie czynników środowiska rodzinnego i szkolnego sprzyjającego paleniu tytoniu przez młodzież ze wsi i z miasta oraz ocena realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej pod kątem profilaktyki antytytoniowej. **Materiał i metody.** W roku szkolnym 2011/2012 objęto badaniami 197 gimnazjalistów w wieku 14 – 16 lat, w tym 113 dziewcząt i 84 chłopców ze wsi i z miasta. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem anonimowego kwestionariusza ankiety. **Wyniki.** Co trzecia uczennica ze wsi i z miasta oraz 46,7% chłopców ze wsi i 28,2% z miasta pali papierosy, w tym codziennie 7,5% dziewcząt i 17,8% chłopców ze wsi oraz 2,7% dziewcząt i 12,8% chłopców z miasta. Zdaniem, co drugiego gimnazjalisty istotnym sposobem propagowania niepalenia papierosów wśród młodzieży jest prowadzenie regularnych zajęć szkolnych, ale z zaangażowaniem uczniów oraz spotkań z psychologami. Najczęściej chłopcy i dziewczeta ze wsi deklarowali, że zajęcia na temat szkodliwego działania palenia na zdrowie zdecydowanie nie są prowadzone w szkole. **Wnioski.** Gimnazjaliści ze wsi częściej palą papierosy niż z miasta i jak sami wskazywali w ich rodzinach nałogowo pali, co trzeci ojciec.

Ponadto częściej w szkołach uczniów ze wsi nie podejmuje się w ramach zajęć problematyki w zakresie szkodliwego działania palenia na zdrowie człowieka.

Słowa kluczowe:

palenie tytoniu, gimnazjaliści, edukacja zdrowotna, palący rodzice

Abstract

Introduction: Schools are under the obligation to provide systematic, planned health education programmes, the vital part of which is prevention of using psychoactive agents, including tobacco smoking. Aim of paper: Analysis of family and school circles factors conducive to smoking tobacco by teenagers in the country and in towns, and assessment of the effectiveness of school health education as regards nicotine prevention. Materials and methods. In the school year 2011/2012 research was carried out on 197 secondary school pupils, aged 14-16, 113 girls and 84 boys in the country and in towns. The method was that of a diagnostic survey and an anonymous questionnaire form. Results: Every third schoolgirl in the country and in town and 46.7% boys in the country and 28.2% boys in town smoke cigarettes, of them everyday: 7.5% girls and 17.8 boys in the country and 2.7% girls and 12.8% boys in the town. In the opinion of the every second secondary school pupil, regular classes with participation of pupils and meetings with psychologists would be an important way to popularize non-smoking among young people. Boys and girls living in the country most often declared that there were definitely no classes on the subject of tobacco smoking harm and its detrimental influence on health. Conclusions: Secondary school pupils in the country smoked cigarettes more often than those in towns and, as they declared themselves, in their families every third father was addicted to tobacco smoking. Also, more often schools in the country did not take up in class the subject of harmful influence of smoking on human health.

Keywords

tobacco smoking, secondary school pupils, health education, smoking parents

Bożena Makowska, doktor nauk o kulturze fizycznej, starszy wykładowca w Zakładzie Higieny i Wychowania Zdrowotnego w Katedrze Społecznych Podstaw Rehabilitacji Wydziału Rehabilitacji Ruchowej w Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie. Ukończyła w 1981 roku studia w Akademii Medycznej im. Mikołaja Kopernika w Krakowie na Wydziale Pielęgniarskim. Specjalista I stopnia w zakresie medycyny społecznej.

Rozdział 4

Streszczenia posterów i innych wystąpień

Anna Kozieł

Biuro WHO w Polsce

Wyzwania stojące przed Polską w obszarze działań walki z epidemią tytoniu

Z przeprowadzonej w 2009 roku oceny polskiej sytuacji w obszarze działań antytytoniowych przez Światową Organizację Zdrowia wynika, że konieczne jest podjęcie strategicznych działań na rzecz walki z epidemią tytoniu. Do nich należą między innymi stworzenie Agencji koordynującej i monitorującej działania antytytoniowe oraz zwiększenie funduszy na te działania.

Zwiększenie funduszy na działania antytytoniowe oraz utworzenie w ramach MZ specjalnej agencji lub wydziału do spraw kontroli rynku wyrobów tytoniowych, którego wyspecjalizowane jednostki zajmowałyby się strategicznymi obszarami polityki antynikotynowej (np. podatki na tytoń, miejsca wolne od dymu- legislacja, monitorowanie epidemii, edukacja, współpraca ze środowiskiem lekarskim, itp.) obejmującymi określone problemy. Dzięki temu wzmocniona zostałaby pozycja i rola Ministerstwa Zdrowia, powstałby również sprawny mechanizm koordynujący proces wdrażania narodowych planów działania zgodny z postanowieniami WHO FCTC.

Konieczne jest także opracowanie jednoznacznej procedury, zgodnie z którą fundusze przewidziane w obecnych przepisach antynikotynowych – równowartość 0,5% dochodów z akcyzy na tytoń – będą przeznaczane na działania zmierzające do ograniczenia spożycia tytoniu. W chwili obecnej nie istnieje jedna, silnie umocowana i finansowana jednostka odpowiadająca za szeroko rozumianą politykę antytytoniową.

Bardzo ważnym elementem działań jest także systematyczne i znaczące podwyższanie podatków na wyroby tytoniowe. Nie należy także zapominać o takich szczegółowych kwestiach jak wprowadzenie dużych ostrzeżeń obrazkowych czy też nowelizacji obecnie istniejącego prawa o zdrowotnych następstwach używania tytoniu. Wiele z obecnych zapisów nie funkcjonuje prawidłowo.

Wioleta Tomczak

Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych

Co dalej z ograniczaniem zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Unii Europejskiej?

– głos w dyskusji

Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych jest organizacją pozarządową wywodzącą się z gdańskiego środowiska akademickiego. Od 2005 r. tworzy oraz realizuje efektywne programy zdrowotne. Jednym z obszarów działań PTPZ jest dążenie do ograniczenia użycia tytoniu oraz kontrola rynku wyrobów tytoniowych w Polsce, które realizuje zgodnie z naukowymi standardami oraz wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia.

Celem wystąpienia jest zwrócenie uwagi na przyszłość polskiego prawodawstwa w zakresie ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, w nawiązaniu do unijnych przepisów.

Prace nad nowelizacją Dyrektywy o Produktach Tytoniowych zostały wstrzymane w związku z podaniem się do dymisji Unijnego Komisarza ds. Zdrowia – Johna Dalli’ego. Nie należy zapominać, że dwie dekady temu, to właśnie Polska była liderem w kreowaniu polityki zdrowia publicznego w Europie. W 1995 r. wprowadzone zostały pierwsze przepisy regulujące użycie oraz kontrole rynku wyrobów tytoniowych. I choć teraz Polska znajduje się w unijnych strukturach wytyczających kierunki działań prozdrowotnych, to nic nie stoi na przeszkodzie, by wprowadzić rozwiązania wskazujące na naszą determinację w ograniczeniu epidemii używania wyrobów tytoniowych. Do tych rozwiązań powinno należeć m.in. wprowadzenie licencjonowanych punktów sprzedaży wyrobów tytoniowych. To zastosowanie ograniczyłoby szarą strefę, a także zmniejszyłoby dostępność papierosów wśród nieletnich, ponieważ sprzedawcy obawialiby się utraty zezwolenia na sprzedaż, jako konsekwencji złamania przepisów.

Polskie prawo ograniczające użycie tytoniu powinno również uregulować sprzedaż wyrobów tytoniowych przez internet, ponieważ system ten obecnie nie zmniejsza możliwości zdobycia wyrobów tytoniowych dzieciom i młodzieży.

Coraz większym zagrożeniem staje się także prawne nieuregulowanie e-papierosów, które po pierwsze można klasyfikować jako produkt tytoniowy, jeżeli zawierają nikotynę syntetyzowaną z liści tytoniu, a po drugie imitują wyrób tytoniowy ze względu na to, że są łudząco podobne do zwykłych papierosów. Należy także wprowadzić całkowity zakaz palenia we wszystkich miejscach publicznych, bez możliwości stworzenia palarni lub sali do palenia, ponieważ

żadne systemy wentylacyjne nie chronią w 100% osób niepalących przebywających w niedalekiej odległości od tych pomieszczeń od narażenia na wdychanie szkodliwego dymu tytoniowego, czyli przed biernym paleniem.

Polska również powinna dążyć do jak najszerzej edukacji społecznej przed negatywnymi skutkami związanymi z użyciem wyrobów tytoniowych. Dlatego też, jak najszybciej powinny zostać wprowadzone duże ostrzeżenia obrazkowe informujące o konsekwencjach palenia tytoniu.

W polskim prawie antytytoniowych należy również wprowadzić kilka zmian technicznych, które doprowadziłyby do lepszego obowiązywania przepisów zakazujących reklamy i promocji wyrobów tytoniowych, a także sponsoringu przez przemysł tytoniowy.

Nie powinniśmy się obawiać wprowadzenia tych i innych potrzebnych zmian. Służą one dobru publicznemu. Jeżeli blisko 20 lat temu się to udało, dlaczego nie miałoby się to udać teraz? Naszym zadaniem jest stworzenie społecznego poparcia dla tych zmian.

Leon Kośmider^{1,2}, Maciej Łukasz Goniewicz³, Jakub Knysak²,
Ewa Słodczyk², Patryk Bębenek², Andrzej Sobczak¹

¹Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego, Sosnowiec. Polska; ²Śląski Uniwersytet Medyczny, Sosnowiec, Polska; ³Queen Mary University of London

Czy nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu skutkom palenia tytoniu wpłynęła na sprzedaż preparatów stosowanych w leczeniu uzależnienia od nikotyny?

Wprowadzenie

Głównym celem nowelizacji ustawy o zapobieganiu negatywnym skutkom palenia tytoniu była ochrona osób niepalących przed niekorzystnymi skutkami zdrowotnymi spowodowanymi biernym paleniem, jednak mogła ona także wpłynąć na ograniczenie liczby osób palących papierosy czynnie poprzez podejmowanie przez nich próby zerwania z nałogiem nikotynizmu. **Cel pracy.** Celem pracy było zbadanie zmiany trendu sprzedaży środków Nikotynowej Terapii Zastępczej (NTZ) oraz leków stosowanych w leczeniu uzależnienia od nikotyny, tj. bupropionu (Zyban), warenikliny (Champix), oraz cytyzyny (Tabex).

Metodyka

W badaniach przeanalizowano dane ze sprzedaży wybranych preparatów uzyskane z bazy Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia (OSOZ). Analizie poddano dane dotyczące miesięcznej ilości oraz wartości sprzedaży wybranych preparatów w okresie od listopada 2009 roku do września 2011 roku.

Wyniki

Średnia ilość sprzedawanych leków w analizowanych aptekach w miesiącach poprzedzających wprowadzenie nowelizacji wynosiła (średnia $\pm$ SD): plastry nikotynowe 36 109 $\pm$ 13 155, gumy nikotynowe 66 701 $\pm$ 10 909, Champix 20 883 $\pm$ 3 706, Zyban 684 $\pm$ 222, oraz Tabex 2 216 $\pm$ 823, natomiast po wprowadzeniu ustawy średnia sprzedarza tych preparatów przedstawiała się następująco: plastry nikotynowe 28 382 $\pm$ 8 314, gumy nikotynowe 53 042 $\pm$ 10 999, Champix 19 128 $\pm$ 2 203, Zyban 599 $\pm$ 110, oraz Tabex 2 952 $\pm$ 1 290. Nie zaobserwowano istotnych zmian w sprzedaży tych farmaceutyków w ciągu jednego roku po wprowadzeniu nowelizacji ustawy ($p<0,05$).

Wnioski

Uzyskane wyniki wskazują na brak zależności między wprowadzoną nowelizacją ustawy ograniczającą zakaz palenia w miejscach publicznych a sprzedażą środków wspomagających zerwanie z nałogiem nikotynizmu. Monitorowanie sprzedaży tych farmaceutyków wydaje się pomocnym narzędziem w ocenie efektywności polityki antynikotynowej w Polsce.

Słowa kluczowe

polityka antynikotynowa, leczenie nikotynizmu, nikotynowa terapia zastępcza, apteki

B. Jaworska, Instytut Kardiologii w Warszawie

S. McCarthy, Międzynarodowe Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych

L. Sarna, University of California, LA, USA

S.A. Bialous, Tobacco Policy International

K. Przewoźniak, K. Janik-Konieczny, W. Zatoński, Fundacja Promocja Zdrowia

Jak pielęgniarki mogą pomóc palaczom rzucić palenie? Program działań w Europie Wschodniej

Palenie tytoniu w krajach Europy Środkowo-Wschodniej należy do najczęstszych na świecie, a wskaźniki zaprzestania palenia pozostają wciąż na niskim poziomie. Wynika to m.in. z ograniczonego dostępu do poradni odwykowych

oraz niewielkiego zaangażowania personelu medycznego w leczenie uzależnienia od tytoniu. Obok lekarzy rodzinnych, pielęgniarki są tą grupą zawodową, która może być optymalnie wykorzystana w tego typu terapii. Leczenie uzależnienia od tytoniu i szkolenie terapeutów odbywa się coraz częściej drogą pośrednią, z wykorzystaniem poradnictwa telefonicznego, a także sms-ów i e-maili.

Długofalowym celem niniejszego projektu jest zmniejszenie zagrożenia nowotworami złośliwymi poprzez zaangażowanie większej liczby pielęgniarek w działania wspomagające palaczy w rzuceniu palenia. Celem operacyjnym jest natomiast ocena użycia e-learningu jako metody przeszkolenia i zaangażowania pielęgniarek w leczenie uzależnienia od tytoniu. Program będzie pilotowany w Polsce w grupie około 300 pielęgniarek, a następnie wdrożony w szerszej skali w innych krajach regionu. W tym celu zostaną opracowane specjalne materiały szkoleniowe, uruchomiona strona internetowa, wyłonione osoby kierujące programem, przeprowadzone dwa 30-minutowe szkolenia online. W wyniku realizacji programu zakłada się istotny wzrost liczby pielęgniarek, które będą pytały swoich pacjentów czy palą o doradzały, aby zaprzestali palenia. Efekty programu będą ewaluowane za pomocą techniki pre- i post-testu. Program będzie realizowany w Polsce przez Fundację „Promocja Zdrowia” we współpracy z Międzynarodowym Stowarzyszeniem Pielęgniarek Onkologicznych.

Irena Przepiórka

Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia wśród pacjentów Centrum Onkologii poprzez leczenie Zespołu Uzależnienia od Tytoniu

Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Centrum Onkologii-Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie

Pacjenci uzależnieni od tytoniu stanowią znaczny odsetek ogólnej populacji chorych na nowotwory. Tymczasem aktywne biologicznie substancje dymu tytoniowego wpływają nie tylko na inicjację procesu nowotworowego, ale mają znaczący wpływ na wiele procesów fazy rozwoju nowotworu i przebieg jego leczenia. Doniesienia naukowe wskazują, że krytyczny jest wpływ palenia na przebieg leczenia chirurgicznego, radio- i chemioterapii w aspekcie efektu terapeutycznego, przebiegu leczenia i powikłań.

Palenie tytoniu przez pacjentów onkologicznych leczonych chirurgicznie ma negatywny wpływ na częstość występowania powikłań, w tym:

- problemy anestezyjologiczne i kardiologiczne w czasie zabiegu;

- przebieg leczenia pooperacyjnego – częsta u osób palących niewydolność oddechowa (POCHP, rozedma) niekorzystnie wpływa na przebieg leczenia pooperacyjnego;
- problemy pielęgnacyjne – częstsze występowanie zapalenia płuc, wydłużenie czasu gojenia rany pooperacyjnej i wzrost częstości występowania zakażeń.

Palenie tytoniu przez pacjentów leczonych radioterapią negatywnie wpływa na:

- tolerancję napromieniania i jej toksyczność- częściej występują wczesne i późne odczyny popromienne;
- powstawanie nowotworów wtórnych (jako powikłań);
- ryzyko nawrotów choroby;
- ocenę jakości życia (m. in. silniejsze odczuwanie dolegliwości bólowych, przedłużenie gojenia ran po radioterapii).

Palenie tytoniu przez pacjentów leczonych chemioterapią wpływa negatywnie na skuteczność niektórych rodzajów zastosowanego leczenia. Składniki dymu tytoniowego wdychane przez osoby kontynuujące palenie obniżają stężenie a tym samym skuteczność zastosowanej terapii.

Jedynym sposobem ograniczenia tych problemów jest potraktowanie zaprzestania palenia jako jednego z ważnych zaleceń dla pacjenta z rozpoznanym nowotworem i zdiagnozowanym Zespołem Uzależnienia od Tytoniu (ZUT) – F 17.2. Leczenie Zespołu Uzależnienia od Tytoniu jako leczenie współistniejącej, poddającej się leczeniu choroby winno stać ważnym elementem kompleksowego postępowania onkologicznego.

Niestety w Polsce dostęp do specjalistycznego poradnictwa związanego z leczeniem ZUT jest bardzo ograniczony. Realizowany jest wyłącznie w ramach Profilaktyki chorób odtyniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc oraz sporadycznie w ramach profilaktyki uzależnień. Nie ma ustanowionych procedur ani systemowych rozwiązań związanych z oferowaniem leczenia ZUT wszystkim pacjentom z chorobą onkologiczną. Negatywny wpływ kontynuacji palenia na proces leczenia onkologicznego jest pomijany, a uzależnienie od tytoniu nie jest traktowane jako problem medyczny.

Konieczne jest więc, wprowadzenie programu leczenia ZUT jako standardu pracy i jednego z podstawowych elementów kompleksowej opieki nad uzależnionym od tytoniu chorym z chorobą onkologiczną.

W oparciu o doświadczenia Poradni Pomocy Palącym funkcjonującej od wielu lat przy COI w Warszawie i prowadzącej leczenie ZUT również wśród pacjentów onkologicznych wprowadzany jest Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu Wśród Pacjentów Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Podstawowe cele Programu to:

- poprawa wyników leczenia i jakości życia pacjentów;
- zmniejszenie występowania powikłań związanych z paleniem tytoniu u pacjentów leczonych chemioterapią, radioterapią oraz operacyjnie;

- stworzenie standardów leczenia ZUT pacjentów z chorobą onkologiczną;
- prowadzenie badań naukowych i obserwacji klinicznych;
- implementacja Programu w innych placówkach prowadzących leczenie nowotworów.

Podstawowym zadaniem Programu jest oferowanie możliwości podjęcia specjalistycznego leczenia ZUT wszystkim uzależnionym od tytoniu pacjentom COI ze zdiagnozowaną chorobą onkologiczną, tak by profesjonalne leczenie ZUT stało się stałym elementem nowoczesnego postępowania wobec wszystkich chorych na nowotwory.

Program adresowany jest do dwóch grup odbiorców.

1. Pacjenci Centrum Profilaktyki Nowotworów objętych programem badań przesiewowych bez skierowania na leczenie onkologiczne, ze stwierdzonym Zespołem Uzależnienia od Tytoniu.
2. Leczenie ZUT oferowane w ramach programu Profilaktyki chorób odtytoniowych.
3. Pacjenci Przychodni i Klinik COI ze stwierdzonym Zespołem Uzależnienia od Tytoniu.

Leczenie ZUT oferowane jako część leczenia onkologicznego (porada onkologiczna przygotowująca do leczenia chirurgicznego, chemio lub radioterapeutycznego).

Wszyscy pacjenci COI, u których stwierdzony zostanie Zespół Uzależnienia od Tytoniu otrzymają skierowanie na specjalistyczne leczenie i objęci zostaną procedurami wypracowanymi przez Poradnię Pomocy Palącym.

Ważnym elementem Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu Wśród Pacjentów COI w Warszawie jest prowadzenie badań naukowych i obserwacji klinicznych w celu:

- określenia skali problemu – częstości palenia i kontynuowania palenia u chorych z rozpoznaną chorobą onkologiczną;
- określenia skuteczności podejmowanego leczenia ZUT pacjentów z chorobą onkologiczną - liczonej jako liczbę pacjentów rzucających palenie i ograniczających palenie;
- określenia skuteczności leczenia onkologicznego u pacjentów po rzuceniu palenia (liczonego w latach przeżywalności, częstotliwości występowania powikłań, występowania wznów, przerzutów i nowych lokalizacji).

Wprowadzany Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu Wśród Pacjentów COI w Warszawie jest rozwiązaniem nowatorskim, dotychczas nie stosowanym w placówkach onkologicznych w Polsce. Program ma charakter pilotażowy, a jego realizacja pozwoli on na opracowanie procedur i określenie warunków implementacji Programu w innych placówkach onkologicznych w Polsce.

Wioleta Tomczak¹, Łukasz Balwicki^{1,2}, Mateusz Boike¹

¹ Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych, ² Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Szkoły wolne od dymu tytoniowego. Kampania skierowana do dyrektorów gdańskich szkół

Wprowadzenie

W listopadzie 2010 r. Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych rozpoczęło projekt tworzenia miejsc wolnych od dymu tytoniowego na terenie województwa pomorskiego. Obowiązująca od 15 listopada 2010 r. nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych uolniła szeroką przestrzeń publiczną od dymu tytoniowego, zobowiązując m.in. dyrektorów placówek oświatowych do całkowitego wprowadzenia na terenie ich szkół zakazu palenia tytoniu.

Wydział Edukacji Urzędu Miejskiego w Gdańsku wraz z wprowadzeniem nowych regulacji, zaangażował się w kreowanie polityki antytytoniowej. Na organizowane co pół roku spotkania z dyrektorami szkół ponadgimnazjalnych zaprosił przedstawicieli Polskiego Towarzystwa Programów Zdrowotnych (PTPZ), którzy ukazywali korzyści i wskazywali kierunki dla uwalniania szkół od dymu tytoniowego. Podczas spotkań, które odbyły się w marcu i grudniu 2011 r. oraz sierpniu 2012 r., uczestnicy brali udział w badaniach sondażowych.

Cel. Głównym celem tych spotkań było skierowanie kampanii edukacyjno-informacyjnej do dyrektorów gdańskich szkół dotyczącej uwalniania placówek oświatowych od dymu tytoniowego. Celem pobocznym było zbadanie postaw dyrektorów tych szkół względem znowelizowanego prawa antytytoniowego i jego przestrzegania w ich szkołach.

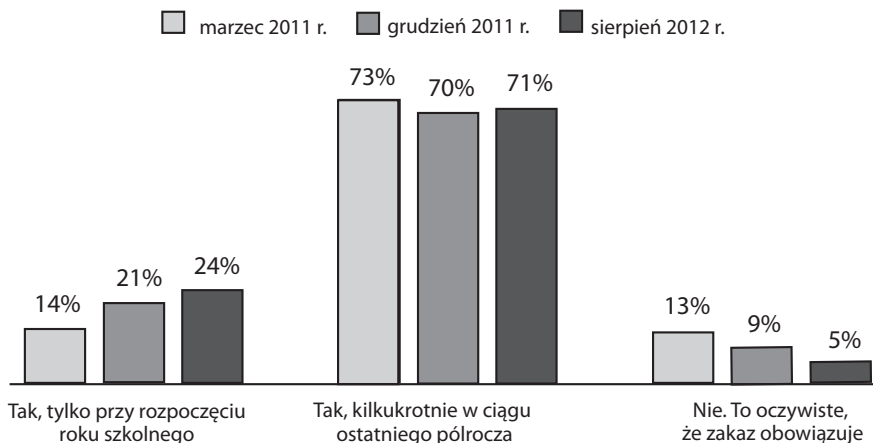
Materiał i metody

Przedstawiciele PTPZ podczas trzech spotkań z dyrektorami gdańskich szkół zapoznali przedstawicieli środowiska edukacyjnego z obowiązującymi regulacjami prawnymi z zakresu ograniczenia użycia tytoniu, korzyściami z nimi związanymi oraz metodami uczynienia szkół całkowicie wolnych od dymu tytoniowego, które zawarte są w wydanym przez nich poradniku „Szkoły wolne od dymu tytoniowego”. Podczas spotkań również przeprowadzono badanie metodą sondażu diagnostycznego. W spotkaniach brała udział ta sama grupa dyrektorów szkół ponadgimnazjalnych. Wywiadu pisemnego dot. postaw wobec palenia tytoniu oraz stosowania prawa na terenie placówek oświatowych udzieliło w marcu 2011 r. 68 dyrektorów, w grudniu 2011 r. 70 dyrektorów i w sierpniu 2012 r. 62 dyrektorów. Uzyskane wyniki zostały poddane analizie statystycznej.

Wyniki

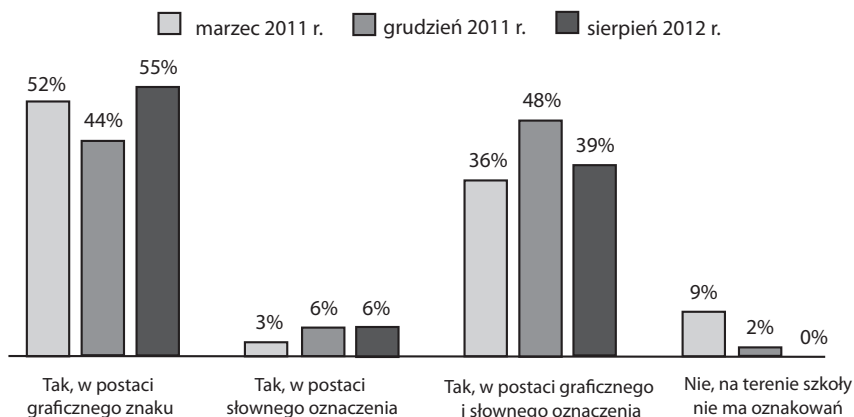
Tylko 5% dyrektorów odpowiadających w sierpniu 2012 r. nie informowało podczas rozpoczęcia roku szkolnego oraz w ciągu jego trwania o obowiązującym na terenie szkoły zakazie palenia. Jest to spadek o 8% w porównaniu z wynikami pierwszego badania sondażowego.

Czy uczniowie i personel szkoły jest informowany o zakazie palenia na terenie szkoły?



Wykres 1. Informowanie personelu i uczniów o obowiązującym na terenie szkół zakazie palenia tytoniu przez dyrektorów szkół ponadgimnazjalnych w Gdańsku.

Czy na terenie Pani/Pana szkoły istnieją oznakowania mówiące o zakazie palenia ?



Wykres 2. Oznakowanie znakami zakazów palenia w gdańskich szkołach ponadgimnazjalnych

Wszyscy dyrektorzy szkół w sierpniu 2012 r. wskazywali, że na terenie ich szkół znajdują się znaki zakazu palenia. 55% z nich wskazywało, że są one w postaci graficznej. W marcu 2011 r. 9% dyrektorów przyznawało się do tego, że na terenie ich szkół nie ma znaków zakazu palenia.

Podsumowanie. Sukcesywna edukacja prowadzona wśród dyrektorów gdańskich szkół przynosi pozytywne efekty w postaci pełniejszego wdrożenia prawa uwalniającego szkoły od dymu tytoniowego.

Zielińska-Danch Wioleta¹, Goniewicz Maciej Łukasz², Jan Czogała¹

¹Zakład Chemii Ogólnej i Nieorganicznej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Tobacco Dependence Unit, Queen Mary University of London, UK

Ocena narażenia na pył respirabilny i tlenek węgla z drugiej ręki z dymu generowanego podczas palenia fajki wodnej

Wprowadzenie

Rosnąca w ostatnich latach popularność palenia fajki wodnej zwłaszcza wśród młodzieży sprawia, że konieczne jest prowadzenie badań dotyczących oceny biernego narażenia na ten rodzaj dymu tytoniowego. Istnieją nieliczne badania dotyczące oceny efektów zdrowotnych palenia fajki wodnej wśród jej użytkowników, brak jednak danych dotyczących efektów biernego narażenia, w tym toksycznego działania tlenku węgla i stanowiącego zagrożenie nowotworowe pyłu respirabilnego RSP emitowanego podczas [palenia fajki wodnej do otoczenia (narażenie „z drugiej ręki”).

Cel. Celem pracy była ocena biernego narażenia młodzieży na wybrane toksyczne i kancerogenne składniki dymu powstający podczas palenia fajki wodnej.

Materiał i metody

W badaniu uczestniczyło 30 osób (15 kobiet) w wieku 19-27 lat, które w ciągu 30 dni przed badaniem nie używały tytoniu i przez 48h nie były biernie narażone na dym tytoniowy. Badane osoby były narażone biernie na dym z fajki wodnej w rzeczywistych warunkach (podczas spotkań towarzyskich) przez jedną godzinę. Podczas eksperymentów kontrolowano stężenie CO w pomieszczeniu doświadczalnym oraz w powietrzu wydychanym przez badane osoby. Ponadto oceniano narażenie badanych osób na RSP z wykorzystaniem indywidualnych mierników.

Wyniki

Stężenie CO w powietrzu wydychanym przez badane osoby w wyniku biernego narażenia na dym z fajki wodnej wzrosło dwukrotnie od $2,72 \pm 2,33$ ppm do $4,55 \pm 2,89$ ppm ($p < 0,05$). W tym samym czasie stężenie CO w powietrzu pomieszczenia wzrosło o 7,90 ppm, a stężenie RSP wzrosło średnio aż 27-krotnie.

Wnioski

Palenie fajki wodnej, stanowi istotne źródło narażenia „z drugiej ręki” na toksyczne i nowotworowe składniki dymu, wśród niepalącej młodzieży.

Słowa kluczowe

młodzież, fajka wodna, dym tytoniowy, pył respirabilny, tlenek węgla

Magdalena Sternik

Główny Inspektorat Sanitarny

Realizacja ogólnopolskiego projektu pn. Odświeżamy nasze miasta TOB3CIT (Tobacco Free Cities)

Wprowadzenie

Od 1 października 2011 r. do 30 września 2013 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna (PIS) realizuje drugą edycję projektu Odświeżamy nasze miasta. TOB3CIT (Tobacco Free Cities), którego głównym zadaniem jest poprawa egzekwowania i wzrost przestrzegania postanowień ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Przedsięwzięcie finansowane jest przez Międzynarodową Unię ds. Walki z Gruźlicą i Chorobami Płuc (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease) oraz Światową Fundację ds. Walki z Chorobami Płuc (World Lung Foundation), które zrzeszone w ramach Inicjatywy Bloemberga.

Cel

W ramach projektu do 2013 roku organizowane są szkolenia dla funkcjonariuszy PIS, Policji i Straży Miejskiej, odpowiedzialnych za egzekucję zapisów ustawy w zakresie przestrzegania zakazu palenia i oznakowania stref bezdymnych, a także przygotowany został podręcznik dla pracowników PIS, sprawujących bieżący nadzór nad realizacją obowiązków wynikających z ww. ustawy. W celu wzmocnienia przestrzegania ustawy przeprowadzono kampanię medial-

ną pn. Miasta wolne od dymu informującą o obowiązujących regulacjach w zakresie miejsc wolnych od dymu tytoniowego oraz organizowane są liczne lokalne eventy na poziomie lokalnym.

Materiał i metody

Materiały opracowano na podstawie sprawozdań kwartalnych z realizacji projektu z okresu październik 2011 r. – wrzesień 2012 r., które przygotowane zostały przez 16 Wojewódzkich Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych (WSSE).

Wyniki

Do września 2012 r. zorganizowano 54 szkolenia dla Policjantów i Strażników Miejskich oraz 16 szkoleń dla Regionalnych Koordynatorów Projektu z WSSE i PSSE. W ramach kampanii społecznej zorganizowano ponad 700 punktów edukacyjno-informacyjnych, 69 wystaw, 18 konkursów i 365 szkoleń poświęconych tematyce antytytoniowej.

Informacje dla czytelników

Dostępność. Na stronie www.wszechnicapolska.edu.pl dostępne są monografie w wersji elektronicznej. Wersje papierowe dostarczane są zgodnie z rozdzielnikiem Redakcji.

Prawa autorskie. Wszystkie prawa autorskie są zarezerwowane dla Wszechnicy Polskiej Szkoły Wyższej w Warszawie. Artykuły ani żadne ich fragmenty nie mogą być kopiowane i rozpowszechniane w żadnej formie (tradycyjnej czy elektronicznej) bez uzyskania pisemnej zgody Wydawcy.

Zgoda na przedruk (powielanie). Korespondencję dotyczącą przedruku lub powielania artykułów lub jakichkolwiek ich części należy kierować na adres Wydawcy. Opinie zawarte w artykułach opublikowanych w czasopiśmie nie muszą pozostawać w zgodzie z opiniami Redakcji i Wydawcy. Wydawca nie ponosi również żadnej odpowiedzialności za treść reklam umieszczanych na łamach kwartalnika.

Informacje dla autorów

Do publikacji w półroczniku ZDROWIE PUBLICZNE. Monografie, przyjmowane są artykuły oryginalne, pogładowe, kazuistyczne oraz listy do redakcji. Ponadto publikowane są artykuły redakcyjne, zalecenia/stanowiska ekspertów, artykuły z zakresu szkolenia podyplomowego, materiały konferencyjne, recenzje książek. Prace oryginalne i kazuistyczne są opiniowane przez recenzentów, natomiast pogładowe i inne są akceptowane przez Radę Naukową. Pracę na dyskietce oraz wydruk pracy w 2 egzemplarzach należy przysyłać na adres Redakcji. Redakcja zastrzega sobie prawo do dokonywania skrótów i poprawek nie wpływających na treść merytoryczną pracy. Prace nie odpowiadające wymaganiom będą odsyłane autorom do poprawienia bez rozpatrzenia merytorycznego.

Prawa autorskie. Każdy manuskrypt musi zawierać podpisane przez wszystkich autorów oświadczenie: „Oświadczamy, że artykuł jest oryginalny, nie narusza praw autorskich ani innych praw własności stron trzecich; nie jest złożony do publikacji w innym czasopiśmie i nie był uprzednio publikowany. Po ukazaniu się publikacji podpisany(i) autor(rzy) przekazuje(a) wydawnicze prawa autorskie pracy (tytuł artykułu) Wszechnicy Polskiej Szkole Wyższej w Warszawie.

Manuskrypt powinien być przygotowany w wersji pisemnej i elektronicznej. Objętość prac oryginalnych i pogładowych nie powinna przekraczać 15 stron, innych prac nie więcej niż 7 stron maszynopisu (standardowa strona – 1800 znaków). Przedstawione limity nie obejmują piśmiennictwa, rycin, tabel i streszczeń. Prace powinny być pisane na papierze formatu A-4, z zachowaniem 1,5 odstępu pomiędzy wierszami, pismem wielkości 12 punktów Times New Roman. Na prawym marginesie należy zaznaczyć miejsce druku tabel i rycin. Dodatkowe informacje i podziękowania można zamieścić po zakończeniu tekstu, przed wykazem piśmiennictwa.

Strona tytułowa powinna zawierać: tytuł w języku polskim i angielskim, imiona i nazwiska autorów oraz ich tytuły naukowe, nazwę i adres instytucji, w których zatrudnieni są autorzy, skróconą wersję tytułu, wykaz skrótów oraz adres autora do korespondencji, jego e-mail, telefon i fax. Tytuł pracy powinien być zwięzły i jasny, nie powinien przekraczać 120 znaków. Prace przyjmowane są w języku polskim lub angielskim. W przypadku prac w języku angielskim należy dołączyć tytuł, streszczenie i słowa kluczowe w języku polskim.

Streszczenia przygotowane w języku polskim i angielskim powinny zawierać do 250 słów. Streszczenia prac oryginalnych powinny zawierać wyszczególnienie następujących części: wprowadzenie, cel, materiał i metody, wyniki, wnioski.

Słowa kluczowe (w języku polskim i angielskim) – nie więcej niż 7 słów kluczowych.

Tekst manuskryptu powinien być napisany w sposób zwięzły i komunikatywny, poprawny językowo, pozbawiony żargonu medycznego lub naukowego. W tekście artykułów oryginalnych wyszczególnione powinny być następujące działy: materiał i metody, wyniki, dyskusja. Nazwiska, nazwy łacińskie, np. drobnoustrojów, oraz wyrazy obcojęzyczne należy wyróżnić kursywą.

Skróty, symbole i jednostki. Bez objaśnień dopuszczalne są tylko powszechnie znane skróty. Skróty i symbole mało znane (ewentualnie tworzone przez autorów) muszą być przy pierwszym użyciu poprzedzone opisem (w nawiasie). Skrótów nie należy stosować w tytule pracy. Zaleca się stosowanie jednostek miar zgodnych z układem SI; dopuszczalne są również powszechnie używane inne jednostki (l, min., h, C, Da, cal).

Ryciny (rysunki, zdjęcia) – jeżeli zostały zaczerpnięte z publikowanych źródeł, autorzy muszą uzyskać zgodę właściwego wydawcy na ich wykorzystanie oraz zaznaczyć na końcu podpisu z jakiego źródła pochodzą. Druk rycin kolorowych jest możliwy, ale musi być każdorazowo uzgodniony z Wydawcą. Nie należy umieszczać rycin przestrzennych. Rysunki powinny być wykonane z wykorzystaniem narzędzi istniejących w edytorach tekstu, w programie Excel lub edytorów specjalistycznych, np. Illustrator, CorelDraw. Dopuszcza się wykonanie rysunków techniką kreślarską na białym papierze. Zdjęcia muszą być najwyższej jakości.

Tabele powinny być ponumerowane liczbami rzymskimi, po których następuje krótki tytuł. Pod tabelą należy zamieścić wyjaśnienie skrótów używanych w tabeli. Powinny one uzupełniać, a nie powtarzać informacje zawarte w tekście.

Piśmiennictwo należy cytować podając w tekście kolejne numery w nawiasach (1,2) Informacje niepublikowane można przytaczać podając źródła informacji w tekście (w nawiasie). Kolejność pozycji piśmiennictwa powinna być zgodna z porządkiem alfabetycznym. Skróty tytułów cytowanych czasopism muszą być zgodne z Index Medicus. Każda pozycja piśmiennictwa powinna zawierać: Nazwiska i inicjały imion autorów (jeżeli praca ma więcej niż trzech autorów należy dodać „i wsp.”), Tytuł artykułu pisany kursywą, Tytuł lub skrót tytułu czasopi-

sma, Rok publikacji, Numer tomu (ew. numer zeszytu): Numery stron (początkowy i końcowy).

Przykład:

1. Zatoński W., Didkowska J., *Closing the gap: Cancer In Central and Eastern Europe*, European Journal of Cancer, 2008, 44: 1425-1437.

Pozycje książkowe powinny zawierać w kolejności: Nazwiska i inicjały imion autorów (książki lub rozdziału). Tytuł rozdziału. [w:] Tytuł książki. Nazwiska i inicjały imion redaktora (red.), Wydawnictwo, Miejsce wydania Rok, Numer tomu: Numery stron.

Przykłady:

1. Wojtyniak B., Goryński P. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008.

2. Zatoński W., Didkowska J., *Epidemiologia nowotworów*, [w:] *Onkologia Kliniczna*, Krzakowski M. (red.), Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2006, Tom I: 28-52.

INFORMACJE O KONFERENCJACH I SZKOLENIACH

Introductory Course in Epidemiology and Biostatistics

General information

The course is intended for persons with no previous experience of epidemiological methods and focuses on four areas: Disease measurement; Epidemiological study design; Basic statistical analysis as applied to epidemiological research; Understanding Epidemiological literature. The course will be in English and run by the University of Aberdeen (UK), in collaboration with the Health Promotion Foundation and the Higher School of the Universal Education, Warsaw (Poland).

It will provide attendees with the knowledge to undertake basic epidemiological studies, understand classical analyses and to interpret epidemiological literature. Each session will involve a lecture but emphasis is placed on exercises and group work for solving problems as well as practical sessions on statistical analysis.

Detail

Dates	Tuesday 2nd – Friday 5th July, 2013	
Venue	Palace of Culture and Science, 1 Defilad Square, Warsaw, Poland	
Cost	<i>Full price</i>	£850 - includes all course materials, accommodation, and most meals.
	<i>Early bird</i>	£700 - if booked by Tuesday 30th April 2013
	<i>Local</i>	£550 for local attendees not requiring accommodation.
	<i>Note</i>	1. Payment must be made in full for a reservation to be accepted. 2. Payment can be accepted by Credit Card, or by Bank Transfer (BACS). Please note that payment via Bank Transfer (BACS) will cost an additional £20 to cover increased processing costs. 3. Accommodation is provided from Tuesday to Friday night.
Cancellations	Delegates may cancel their booking by email to toepidemiology@abdn.ac.uk , however the first £150 of any booking fee is non-refundable. Cancellations after the 1st May 2013 are non-refundable.	

Bursary

There are a small number of part-bursaries available.

General Bursary

A small number of bursaries, covering part of the course costs, are available for persons who would otherwise be unable to attend. Click [here](#) to download the General Bursary Application Form.

Timetable

The course timetable is currently in development.

Accommodation

Residential accommodation is provided at Hotel Metropol Accommodation is provided in the centrally located 3* Hotel Metropol, from Tuesday 2nd July (arrival) – Friday 5th July (departure). The hotel is situated at ul. Marszalkowska 99a, 00-693 Warsaw, and is a 5 minute walk from the course venue. Breakfast is included. Further details of the hotel are available at www.hotelmetropol.com.pl

Course venue is at The Palace of Culture and Science The Palace of Culture and Science (Palac Kultury i Nauki) is the tallest building in Poland at 231 metres. It has 42 floors and includes exhibition space, a conference hall, a multiplex cinema, three theatres and a museum.

How do I book?

Our Online Store is currently being prepared in order to accept payment.

Travel to Warsaw

National and International flights serve Warsaw (Frederic Chopin) airport with connections from all major hub airports in Europe. The airport is situated 10km from the city centre and there is a direct rail link to the city centre.

