	Dokumentacja Systemu Zarządzania Jakością	**ISO 9001:2015**
	Program edukacyjny w zakresie zdrowego stylu życia	
	Numer procedury: PJ71h /PL	**Strona** / **Wydanie**

Opracował: Lider procesu	**Sprawdził:** Pełnomocnik ds. SZJ	**Zatwierdził:** Dyrektor
Data: 16.09.2025	Data: 16.09.25	Data:
Podpis Beata Chruszcz-Kozak	podpis	Podpis: DYREKTOR Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Lublinie Jarosław Ostrowski
EGZEMPLARZ □ rejestrowany Nr..... /podlega aktualizacji/ □ informacyjny / nie podlega aktualizacji/		

Obowiązuje od: 10.12.2009r.

PRAWIDŁOWE ŻYWIENIE. ZAPOBIEGANIE OTYŁOŚCI.

Prawidłowe odżywianie się to dostarczanie organizmowi niezbędnych składników odżywczych, a tym samym energii i substratów potrzebnych do utrzymania zdrowia i wszystkich funkcji organizmu.

Składniki odżywcze to składniki pokarmowe niezbędne do odżywiania organizmu człowieka, zwłaszcza białko, węglowodany, tłuszcze, witaminy, składniki mineralne. Za niezbędne składniki odżywcze uznaje się te, których nie ma w organizmie człowieka lub są syntetyzowane w zbyt małych ilościach, a których obecność jest niezbędna do jego prawidłowego funkcjonowania – muszą więc być dostarczone w odpowiedniej ilości z pożywieniem. W zależności od swych podstawowych funkcji, składniki odżywcze dzielą się na:

- **energetyczne**: głównie węglowodany, tłuszcze;
- **budulcowe**: białko, składniki mineralne, kwasy tłuszczowe;
- **regulujące**: witaminy, składniki mineralne.

Podstawowe składniki odżywcze

Białka to główny *składnik budulcowy* naszych tkanek. W wyniku procesów trawiennych, spożywane w codziennej diecie białka, są rozkładane na poszczególne aminokwasy, wykorzystywane do budowy nowych tkanek i syntezy własnego białka organizmu. Wśród aminokwasów występują tzw. aminokwasy niezbędne (egzogenne), czyli te, które nie mogą być syntetyzowane w organizmie człowieka i muszą być dostarczone z pożywieniem. W przeciętnej diecie białko stanowi 10 - 15% wartości energetycznej. Zapotrzebowanie na białko zależy od płci, wieku, aktywności fizycznej. Źródłem białka są: mięso czerwone, wołowina, wieprzowina, baranina (najlepiej chude), mięso białe - drób, ryby, ser, soja, groch, fasola.

Węglowodany stanowią *materiał energetyczny* dla organizmu (powinny dostarczać ok. 55-60% dziennego zapotrzebowania kalorycznego. Węglowodany dzielą się na:

- *proste* (tzw. wolne cukry) - przyswajane w krótkim czasie po spożyciu. Szybko są wchłaniane i dzięki temu dają szybki, krótkotrwały „zastrzyk" energii;
- *złożone* - wchłaniane zdecydowanie wolniej i dostarczające energii w dłuższym okresie czasu.

Dobrym źródłem węglowodanów złożonych są: produkty zbożowe - pieczywo (najlepiej gruboziarniste), makarony, płatki śniadaniowe, kasze (gryczana, jęczmienna). W tej grupie jest także cukier , który jako źródło "pustych" kalorii, powinno się ograniczać.

Tłuszcze są przede wszystkim *źródłem energii* dla organizmu ze względu na najwyższą ze wszystkich grup pokarmowych kaloryczność (dostarczać powinny ok. 30% energii). Ponadto są niezbędne dla przyswajania niektórych witamin, tzw. witamin rozpuszczalnych w tłuszczach: A, D, E, K, a także do budowy błon komórkowych. W skład tłuszczów wchodzą kwasy tłuszczowe, które dzielimy na: nasycone i nienasycone. Szczególne znaczenie mają kwasy tłuszczowe nienasycone. Występują przede wszystkim w olejach roślinnych oraz rybach. Powinny stanowić przynajmniej 2/3 wszystkich spożywanych tłuszczów.

Witaminy to substancje, które są składnikami niezbędnymi w żywieniu człowieka dla prawidłowego wzrostu i rozwoju, przebiegu szeregu procesów metabolicznych zachodzących w jego tkankach i nie mogą być wytwarzane przez organizm. Z tego powodu muszą być dostarczane z pożywieniem. Dzielą się na rozpuszczalne w tłuszczach i rozpuszczalne w wodzie. Do witamin rozpuszczalnych w tłuszczach zaliczamy witaminy A, E, D, i K, a do rozpuszczalnych w wodzie witaminy z grupy B i witaminę C. Najlepszym źródłem witaminy C są surowe owoce i warzywa, witamin A, E, D: jaja, mleko, masło, ryby morskie, oleje roślinne; witamin z grupy B: gruboziarniste produkty zbożowe (ciemne pieczywo, naturalne płatki zbożowe, kasze) mleko, mięso, ryby, jaja, ciemnozielone rośliny liściaste oraz strączkowe.

Składniki mineralne to pierwiastki chemiczne niezbędne dla wielu reakcji zachodzących w tkankach, konieczne dla prawidłowego rozwoju organizmu. W tej grupie można wyróżnić makroelementy, czyli te pierwiastki, których dzienne zapotrzebowanie przekracza 100mg np. wapń, magnez, potas oraz mikroelementy, których dzienne zapotrzebowanie wynosi nie więcej niż 100mg np.: żelazo, cynk, miedź, jod. ***Wapń*** jest niezbędny do prawidłowej budowy kości i zębów. Najważniejsze jego źródło to mleko i jego przetwory. ***Magnez*** jest niezbędny do prawidłowego funkcjonowania układu nerwowego i mięśni. Dobrym jego źródłem są gruboziarniste produkty zbożowe, a także ciemnozielone warzywa liściaste, migdały, orzechy, gorzka czekolada. ***Żelazo*** jest konieczne do budowy czerwonych krwinek. Jego niedobór powoduje niedokrwistość (anemię). Najważniejsze źródło to czerwone mięso, żółtko jaja, (tzw. żelazo hemowe). Zielone warzywa np. natka pietruszki, szpinak zawierają spore ilości żelaza, ale w postaci trudno przyswajalnej

Nie istnieje produkt spożywczy, który zawierałby wszystkie niezbędne składniki odżywcze w odpowiednich, potrzebnych dla organizmu ilościach. Tylko wykorzystanie wielu różnych produktów pozwala na właściwe zbilansowanie diety.

Piramida zdrowego żywienia i aktywności fizycznej

jest to graficzny opis odpowiednich proporcji różnych, niezbędnych w codziennej diecie grup produktów spożywczych. Im wyższe piętro piramidy, tym mniejsza ilość i częstość spożywanych produktów z danej grupy żywności.

Aktywność fizyczna

u podstawy piramidy znajduje się aktywność fizyczna, rozumiana nie tylko jako typowy sport ale także: chodzenie po schodach, spacery, nordic walking, codziennie na aktywność powinniśmy poświęcić 30 – 45 minut.

Podstawa diety

produkty u podstawy diety powinny być spożywane częściej i w większej ilości, czym wyżej, spożycie powinno być rzadsze. Warzywa i owoce powinny być podstawą naszego żywienia. Dostarczają bowiem wielu bezcennych składników np. witamin,polifenoli.

Produkty zbożowe

na wyższym szczeblu znajdują się produkty zbożowe, rekomenduje się produkty pełnoziarniste.

Nabiał

dalej pojawia się nabiał np.. 2 szklanki mleka dziennie,które można zastąpicinnym produktem mlecznym.

Mięso

często nadużywamy spożycie mięsa. Warto aby zamiast czerwonego mięsa, które powinniśmy jeść sporadycznie – pojawiły się w diecie nasiona roślin strączkowych, ryby, jaja.

Tłuszcze

najwyżej znajdziemy tłuszcze. Odradza się spożywanie tłuszczy zwierzęcych, warto zastąpić je roślinnymi.

Co należy wyeliminować lub diametralnie ograniczyć w diecie: cukier, słodycze, sól.

Zasady zdrowego żywienia:

1. spożywaj posiłki regularnie(4-5 posiłków co 2-3 godziny).
2. Warzywa i owoce spożywaj jak najczęściej i w jak największej ilości. Pamiętaj o właściwych proporcjach: 3|4 warzywa, 1|4 owoce.
3. Spożywaj produkty zbożowe, zwłaszcza pełnoziarniste.
4. Codzienne spożywaj co najmniej 2 duże szklanki mleka. Możesz zastąpić je jogurtem i częściowo serem.
5. Ograniczaj spożycie mięsa, zwłaszcza czerwonego i przetworzonych produktów mięsnych do 0,5 kg/tyg.. jedz ryby, nasiona roślin strączkowych, jaja.
6. Ograniczaj spożycie tłuszczów zwierzęcych. Zastępuj je roślinnymi.
7. Unikaj spożycia cukru i słodyczy(zastępuj je owocami i orzechami).
8. Nie dosalaj potraw i kupuj produkty z niską zawartością soli. Używaj ziół.
9. Pamiętaj o piciu wody, co najmniej 1,5 l dziennie.
10. Nie spożywaj alkoholu.

Otyłość *(łac. obesitas)* – patologiczne nagromadzenie tkanki tłuszczowej w organizmie, przekraczające jego fizjologiczne potrzeby i możliwości adaptacyjne, mogące prowadzić do niekorzystnych skutków dla zdrowia. Najczęstszą przyczyną powstawania otyłości jest przekarmianie (zbyt duża wartość energetyczna pożywienia w stosunku do zapotrzebowania organizmu).

- ***czynniki genetyczne*** – mogą odgrywać rolę w powstaniu otyłości lub zwiększać podatność na jej rozwój. Istnieją genetycznie uwarunkowane zespoły chorobowe, w których dochodzi do nadmiernego gromadzenia się tkanki tłuszczowej w organizmie. Należą do nich: zespół Pradera-Williego, zespół Laurence'a-Moona-Biedla, zespół Cohena oraz zespół Carpentera.
- ***czynniki biologiczne*** – również odgrywają rolę w powstaniu otyłości. Uszkodzenie podwzgórza (proces zapalny lub nowotworowy) i jąder brzuszno-przyśrodkowych podwzgórza mogą powodować rozwój otyłości. Dochodzi wtedy do nadmiernego przyjmowania pokarmów oraz zaburzeń układu autonomicznego.

Badania wykazały również, że mózgi osób otyłych, podobnie jak mózgi osób uzależnionych, mają mniejszą gęstość tzw. receptorów dopaminowych typu 2. Prawdopodobnie jest to reakcja, mająca osłabić efekt częstych wyrzutów dopaminy, które są skutkiem częstego przyjmowania narkotyku lub pożywienia. Możliwe też, że ludzie ci od urodzenia mają zmniejszoną liczbę receptorów dopaminowych, a to wiąże się z większym ryzykiem wystąpienia uzależnienia. Do zaburzeń endokrynologicznych, w których dochodzi do rozwoju otyłości należą: niedoczynność tarczycy, zespół Cushinga, zespół policystycznych jajników, niedobór hormonu wzrostu, rzekoma niedoczynność przytarczyc, czy też hiperinsulinizm.

- ***czynniki farmakologiczne*** – do leków, których przyjmowanie może prowadzić do zwiększenia masy ciała należą leki przeciwdepresyjne (amitryptylina, doksepin), leki przeciwlękowe, leki psychotropowe (pochodne fenotiazyny), przeciwpadaczkowe (kwas walproinowy, karbamazepina), kortykosteroidy, niektóre beta-adrenolityki i insulina.
- ***czynniki środowiskowe*** – wśród których największe znaczenie ma aktywność fizyczna jako forma wydatkowania dostarczonych zasobów energetycznych. Na skutek postępu technologicznego możliwe stało się znaczące zmniejszenie wydatku energetycznego związanego z codzienną aktywnością. Równocześnie zwiększył się dostęp do żywności i jej konsumpcja. Wzrosła również wartość energetyczna łatwo dostępnego pokarmu, który jest dodatkowo ubogi w witaminy, sole mineralne i błonnik. Regularna aktywność fizyczna zapobiega nadwadze i otyłości.

- ***czynniki psychologiczne*** – takie jak zaburzenia nastroju mogą być przyczyną powstawania nadwagi. Osoby, u których występuje tendencja do przyrostu masy ciała, podczas każdego kolejnego nawrotu depresji zwiększają swoją masę ciała. Osoby chore uczą się, że jedząc mogą częściowo zmniejszać objawy depresji, poprzez dostarczenie krótkotrwałej przyjemności.

Otyłość jest najczęstszym zaburzeniem rozwoju występującym u dzieci i młodzieży – nadwaga i otyłość dotyczą w zależności od wieku 5-15% tej populacji, a częstość ich występowania wzrasta wraz z wiekiem. Otyłość zaburza wszystkie aspekty zdrowia (fizyczne, psychiczne i społeczne) młodego człowieka, ogranicza jego potencjał rozwojowy, możliwości życiowe i obniża jakość jego życia. Najczęstszą postacią otyłości jest tzw. *otyłość prosta*, w której powstawaniu, oprócz przyczyn genetycznych, ogromną rolę odgrywają czynniki środowiskowe: nieprawidłowy, utrwalony w rodzinie sposób żywienia oraz niska aktywność ruchowa – brak możliwości wydatkowania energii i jej magazynowanie w postaci tkanki tłuszczowej. Powstająca w okresie dzieciństwa otyłość prosta ma ścisły związek z otyłością w wieku dojrzałym, bowiem 50-80% dzieci otyłych pozostaje otyłymi dorosłymi.

Ocena stopnia nadwagi

Wskaźnikiem oceny stopnia nadwagi, często stosowanym zarówno u dorosłych, jak i dzieci jest tzw. **wskaźnik BMI** (*Body Mass Index*), wyrażony wzorem:

$$\frac{\text{masa ciała [kg]}}{\text{wysokość}^2\ \text{[m]}}$$

Im wyższy wskaźnik BMI - tym większa zapadalność na różne schorzenia. Dotyczy to szczególnie takich chorób jak: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, hiperlipidemia, cukrzyca typu II, zespół zaburzeń oddychania w czasie snu, niektóre nowotwory złośliwe (rak jelita grubego, rak piersi, rak trzonu macicy).

BMI nie jest wiarygodnym wskaźnikiem zagrożenia chorobami dla poniższych grup osób :

- kobiety ciężarne
- sportowcy oraz osoby o rozbudowanej tkance mięśniowej
- rosnące dzieci
- osoby w starszym wieku, u których trudno dokonać dokładnych pomiarów wzrostu

Klasyfikacja zaburzeń masy ciała	BMI (kg/m^2)	Ryzyko chorób towarzyszących otyłości
Niedowaga	<18,5	Niskie (ale zwiększone ryzyko innych problemów zdrowotnych)
Norma	18,5 - 24,9	Średnie
Nadwaga	>= 25	
Okres przed otyłością	25,0-29,9	Podwyższone
I° otyłości	30,0-34,9	Umiarkowanie podwyższone
II° otyłości	35,0-39,9	Wysokie
III° otyłości	>= 40,0	Bardzo wysokie

Klasyfikacja otyłości w zależności od BMI wg WHO, Report of a WHO "Consultation on Obesity", Genewa 1997

Obwód pasa

Obwód pasa stanowi także cenny wskaźnik stanu zdrowia. Badania przeprowadzone w ostatnich latach na grupie kilkunastu tysięcy dorosłych osób wykazały, że wysokie ciśnienie tętnicze, zaburzenia oddychania, wysoki poziom cholesterolu i cukrzyca występują częściej u mężczyzn z obwodem pasa powyżej 102 cm i u kobiet z obwodem pasa powyżej 88cm, w porównaniu do grupy osób szczupłych. Mężczyźni z obwodem talii powyżej 102 cm są 4,5 raza bardziej narażeni na występowanie cukrzycy insulinozależnej niż mężczyźni z obwodem pasa poniżej 94 cm. Podobnie kobiety z obwodem pasa powyżej 88 cm są 3,8 raza bardziej narażone na wystąpienie cukrzycy typu II niż kobiety z obwodem poniżej 80 cm

Profilaktyka otyłości polega na niedopuszczeniu do powstawania dodatniego bilansu energetycznego. Realizować to należy przez racjonalne odżywianie i zapewnienie odpowiednich wydatków energetycznych na ruch i wysiłek fizyczny.

Leczenie otyłości polega na skojarzonym postępowaniu: dietetycznym (dieta ubogoenergetyczna) i zwiększeniu jej wydatkowania (aktywność fizyczna). Czasami konieczna jest współpraca psychologa i lekarza.

PROPAGOWANIE AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

Stałą, właściwą masę ciała utrzymujemy, jeśli wydatki energetyczne dorównują poborowi energetycznemu. Oznacza to, że otyłość i związane z nią zagrożenia wynikają z niezrównoważonej diety albo niewystarczającej aktywności fizycznej, lub obydwu czynników naraz. Rzeczywiście, typowa europejska dieta, w której tłuszcze stanowią około 40% całkowitego spożycia, może prowadzić do przejadania się, szczególnie wśród osób prowadzących siedzący tryb życia. Zmniejszenie tej tendencji można osiągnąć poprzez wzrost spożycia węglowodanów zamiast tłuszczów. Bardzo ważna jest również pewna dawka aktywności fizycznej. Większość ludzi drży na myśl o ćwiczeniach. Taka myśl często wywołuje obawę przed wysiłkiem i trudem. Jednak badania pokazują, że jeśli średnio intensywna aktywność fizyczna zostanie włączona do codziennych zajęć, istnieje szansa, że stanie się ona sposobem na życie.

Co to jest aktywność fizyczna?

Aktywność fizyczna jest definiowana jako całkowita ilość energii zużywana na ruch. Nie ograniczamy jej jedynie do sportu. Tak naprawdę, badania pokazują, że aby osiągnąć efekt zdrowotny nie musimy wykonywać ciężkiej pracy fizycznej. Jak twierdzą specjaliści zajmujący się promocją zdrowia, najkorzystniejsza i dostępna dla każdego jest umiarkowana aktywność fizyczna, taka jak energiczne spacery.

Uznanie braku aktywności fizycznej za czynnik ryzyka utraty zdrowia zmobilizowało rządy krajów Europy do propagowania rozmaitych programów aktywizacji fizycznej. W przeciwieństwie do sposobu żywienia, w ostatnim dziesięcioleciu osiągnięto istotną poprawę w dziedzinie aktywności fizycznej wśród Europejczyków. Niewiele osób wykonuje tak intensywną pracę zawodową, która zaspokaja ich potrzebę ruchu. Z powodu rosnącej tendencji do prowadzenia siedzącego stylu życia, ryzyko otyłości w Europie wzrasta. Badania pokazują, że jedynie około 20-30% populacji jest wystarczająco aktywna, aby osiągać optymalne korzyści zdrowotne.

Korzyści z aktywności fizycznej.

Wzrost aktywności fizycznej przynosi dobroczynne efekty. Powoduje poprawę zdrowia fizycznego i psychicznego, zmniejsza ryzyko otyłości i chorób związanych z nadwagą. Rządy, ministerstwa zdrowia, szkoły, korporacje i przemysł odgrywają istotną rolę w zachęcaniu populacji do prowadzenia aktywnych stylów życia. Ludzie w każdym przedziale wiekowym odnoszą korzyści ze zwiększenia aktywności fizycznej: młodzież

powinna rozwijać właściwe nawyki zdrowotne; osoby w średnim wieku mogą uniknąć poważnych problemów zdrowotnych; osoby starsze mogą cieszyć się mobilnością, własną siłą i koordynacją, oraz prowadzić aktywne życie towarzyskie. Codzienny szybki spacer stanowi rozsądna dawkę aktywności fizycznej i jest w zasięgu zdolności większości ludzi.

Siedzący styl życia lub lenistwo ruchowe jest istotnym czynnikiem ryzyka chorób sercowo-naczyniowych oraz wielu innych chorób przewlekłych. Ponad 50% osób dorosłych w Polsce - podobnie jak w innych krajach - cechuje siedzący tryb życia. Problem niedostatecznej aktywności fizycznej i jej konsekwencji zdrowotnych dotyczy w coraz większym stopniu dzieci i młodzieży.

Zwiększone ryzyko sercowo-naczyniowe związane z niedostateczną aktywnością fizyczną dotyczy zarówno osób zdrowych, jak i pacjentów z chorobą wieńcową (zwłaszcza po ostrym zespole wieńcowym), niewydolnością serca, zespołem metabolicznym, nadciśnieniem tętniczym, po udarze mózgu i po operacjach kardiochirurgicznych. Wyraża się to zwiększoną umieralnością ogólną i umieralnością z powodu chorób sercowo-naczyniowych.

Systematyczny wysiłek fizyczny - jeden z najważniejszych czynników korzystnie wpływających na większość procesów fizjologicznych w organizmie człowieka - ma charakter plejotropowy. Warunkuje prawidłowy rozwój psychofizyczny, poprawia jakość życia i zapobiega występowaniu miażdżycy i jej powikłań, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, zespołu metabolicznego, chorób nowotworowych, depresji, czy osteoporozy. Osoby aktywne fizycznie żyją przeciętnie o 5-7 lat dłużej.

Propagowanie aktywności fizycznej powinno się zaczynać w okresie wczesnego dzieciństwa i trwać do okresu późnej starości. Wysiłek fizyczny dostosowany do wieku, sprawności fizycznej i stanu zdrowia stanowi ważny element promocji zdrowia.

Nadmiernie intensywna aktywność fizyczna, to znaczy nieracjonalna, niedostosowana do możliwości organizmu i warunków zewnętrznych, nawet u osoby mającej poczucie pełnego zdrowia może być niebezpieczna. Niektóre ćwiczenia fizyczne mogą prowadzić do urazów i przeciążeń układu ruchu oraz zwiększać ryzyko nagłych powikłań kardiologicznych (zawał serca, zatrzymanie czynności serca, nagły zgon sercowy). Podejmowanie intensywnej aktywności fizycznej odbiegającej od dotychczasowej, szczególnie zaś aktywności ekstremalnej lub sportu wyczynowego powinno być poprzedzone specjalistycznymi badaniami lekarskimi.

Zalecana aktywność fizyczna dla osób zdrowych: wysiłki o umiarkowanej intensywności wykonywane systematycznie (co najmniej 3 razy w tygodniu, a najlepiej

codziennie), trwające nie mniej niż 30 minut. Zalecane są: szybki marsz lub marszobieg, jazda rowerem, gimnastyka ogólnorozwojowa, pływanie. Wysiłki o mniejszej intensywności lub krótszym czasie trwania zawsze są lepsze niż lenistwo ruchowe.

Niedostateczna aktywność fizyczna z punktu widzenia profilaktyki pierwotnej i wtórnej chorób sercowo-naczyniowych to aktywność o zbyt małej intensywności i(lub) zbyt krótkim czasie trwania, nie powodująca wydatkowania więcej niż 500 kcal/tydzień, na przykład: aktywność w czasie wolnym od pracy ograniczona do codziennej toalety, ubierania, wykonywania prac domowych i lekkich ogrodowych, zajęć związanych z zabezpieczeniem funkcjonowania (zakupy, sprawy urzędowe itd.), lekkich wysiłków w ramach rekreacji (wolny spacer, wolna jazda na rowerze, łowienie ryb, bilard, kręgle); aktywność zawodowa ograniczona do siedzącego lub stojącego trybu pracy, prowadzenia samochodu, automatycznej obsługi maszyn i urządzeń.

Przeciwdziałanie skutkom niedostatecznej aktywności fizycznej polega na zachęcaniu do systematycznej, najlepiej codziennej, większej aktywności fizycznej (spacery, jazda rowerem, ćwiczenia sportowe, taniec itp.) oraz na propagowaniu unikania korzystania z ułatwień, jakie niesie postęp cywilizacyjny w życiu codziennym: ograniczenie korzystania z samochodu, unikanie windy i schodów ruchomych, rezygnacja z systemów zdalnego sterowania (np. piloty).

ZAPOBIEGANIE NAŁOGOM

Alkoholizm nazywany również toksykomanią alkoholową, chorobą alkoholową lub uzależnieniem od alkoholu polega na utracie kontroli nad ilością wypijanego alkoholu. Spożywanie dużej ilości alkoholu nie podlega woli osoby uzależnionej. Jest raczej spowodowane wewnętrzną potrzebą, która ma charakter psychiczny i fizyczny. Alkoholicy tracą kontrolę nad ilością wypijanego trunku. Występuje u nich *zespół abstynencyjny*, zwany również zespołem ostrej abstynencji, zespołem odstawienia alkoholu lub syndromem abstynencyjnym. Jego objawy trwają najczęściej około dwóch tygodni. Należy jednak uważać, żeby nie pomylić ich z kacem.

W chorobie alkoholowej wyróżniamy cztery podstawowe fazy:

- **wstępną**, która trwa od kilku miesięcy, czasem nawet do kilku lat; w tej fazie człowiek dostrzega, że picie alkoholu jest nie tylko przyjemne, ale też pozwala zapomnieć choć na chwilę o problemach i oderwać się od codziennych spraw; tolerancja na alkohol zaczyna w tej fazie wzrastać, choć osoba uzależniona jeszcze mocno tego nie odczuwa;
- **ostrzegawczą**, która rozpoczyna się, gdy obserwujemy coraz częstsze pojawianie się luk w pamięci lub całkowity zanik pamięci (palimpsest);
- **krytyczną**, kiedy tracimy zupełnie kontrolę nad piciem, nie wiemy, ile alkoholu spożyliśmy;
- **przewlekłą**, która charakteryzuje się występowaniem kilku lub kilkunastodniowych ciągów.

Walka z alkoholizmem jest bardzo ciężka. Polega ona na przebudowie stylu życia poprzez udział w spotkaniach grup AA (Anonimowych Alkoholików) oraz poszerzaniu swojej wiedzy z zakresu nałogów. Terapia taka trwa niekiedy nawet całe życie, a ponad 70% osób uzależnionych, które biorą w niej udział, nie jest w stanie zrezygnować na stałe ze spożywania alkoholu.

Nikotyna to substancja o bardzo silnych właściwościach trujących. Przyjęta w dawce 50 miligramów (2-3 papierosy doustnie) jest śmiertelna. Mimo to ogromna część populacji przyjmuje ją pod najróżniejszymi postaciami, zwłaszcza paląc papierosy. Wszyscy doskonale zdajemy sobie sprawę z tego, jak szkodliwe jest dla naszego zdrowia uzależnienie od nikotyny. Mimo to trudno nam zerwać z nałogiem. Wyleczenie się z nikotynizmu wymaga skupienia się na tym, co dzieje się w naszych głowach. Najważniejsza jest motywacja.

Jej źródła mogą być różne. Rzucając palenie możemy kierować się względami zdrowotnymi, estetycznymi, możemy to robić dla siebie lub dla kogoś innego (np. partnera, dzieci). Ważne, byśmy naprawdę chcieli zerwać z nałogiem. Często najskuteczniejsza jest motywacja zdrowotna. Jeśli paliliśmy nałogowo, nasz organizm będzie potrzebował nawet 15 lat, by wrócić do stanu, w jakim był zanim zaczęliśmy palić. Jednak już po kilku dniach pojawiają się pierwsze efekty. Ciśnienie krwi normalizuje się w ciągu doby od zaprzestania palenia. Potem znikają duszności, napady kaszlu, poprawia się wytrzymałość, znika przykry zapach z ust. Jest o co walczyć. Ważne jest, by palenie rzucać radykalnie. Dużo mniejszą szansę powodzenia mamy, kiedy próbujemy stopniowo ograniczać ilość wypalanych papierosów. Najczęściej kończy się to powrotem do stanu sprzed rzucania, a czasem nawet powoduje, że palimy więcej niż przedtem. Możemy próbować terapii behawioralnych, które próbują wzmocnić motywację oraz łagodzić objawy abstynencyjne. Są one jednak tylko pomocą. Nie wszystko zależy bowiem od terapii. Większość wysiłku musi podjąć sam palacz. Tu pojawia się kwestia samokontroli. Im lepiej potrafimy wyobrazić sobie zrezygnowanie z papierosa w momencie, w którym był on dla nas nieodłączny, tym większa szansa, że uda nam się zerwać z nałogiem. Jeśli nie radzimy sobie z chęcią zapalenia np., kiedy pijemy kawę – przestańmy ją pić. Przerwijmy zaklęty krąg uzależnienia. Jeśli nie starcza nam silnej woli, by samodzielnie uporać się z nałogiem, możemy sięgnąć po środki farmaceutyczne. Bywają one często ostatnią deską ratunku dla uzależnionych i w dodatku nierzadko przynoszą efekty. Na rynku dostępnych jest wiele terapii, które polegają na dostarczaniu organizmowi coraz mniejszych dawek nikotyny w sposób inny niż papierosy, aż do całkowitego jej odstawienia. Czasem podaje się też zamienniki nikotyny – leki antydepresyjne (np. Bupropion), które osłabiają objawy zespołu odstawienia. Dzięki temu łatwiej jest nam sobie poradzić ze stresem związanym z rzucaniem palenia. Rezygnacja z używania wyrobów tytoniowych to wielkie wyrzeczenie i jednocześnie wyzwanie, zwłaszcza dla nałogowych palaczy. Jednak tylko w ten sposób możemy wyzwolić się z uzależnienia od nikotyny, substancji, która jest dla nas bardziej szkodliwa, niż nam się wydaje.

Narkomania, zjawisko społeczne, zaliczane do patologicznych, które pojawia się po krótszym lub dłuższym zażywaniu środków uzależniających (np. leków psychotropowych, uspokajających oraz narkotyków). Kilku, a czasem kilkunastokrotne zażycie narkotyków wystarczy, żeby zostać narkomanem. Wyjątek stanowi heroina i kokaina, którą wystarczy wziąć raz, żeby się uzależnić. Wiele osób bagatelizuje to, myśląc, że ich ten problem nie dotyczy. Wydaje im się, że ich organizm jest bardziej odporny i że tak łatwo się nie uzależni.

Okazuje się jednak, że po przyjęciu narkotyku czują silną wewnętrzną potrzebę sięgnięcia po kolejną dawkę. Uzależniają się bowiem zarówno fizycznie, jak i psychicznie. Wtedy jednak nie jest łatwo zatrzymać tę „machinę". Można powiedzieć nawet, że zaczyna ona działać coraz szybciej, ponieważ narkoman z czasem zwiększa przyjmowane dawki. Wewnętrzna potrzeba przyjmowania środków odurzających jest tak duża, że narkoman jest w stanie zrobić wszystko, żeby je zdobyć. Fałszuje więc recepty, kradnie leki w aptekach, często również w szpitalach i popełnia wiele innych przestępstw. Jeśli to przestaje mu wystarczać, sam zaczyna produkować narkotyki. Dla osób uzależnionych zdobycie środka odurzającego jest dużo ważniejsze od przepisów prawa czy zasad moralnych. Oszukują nawet własną rodzinę i przyjaciół. Narkotyki tak zmieniają ich psychikę, że stają się oni nieczuli na krzywdę innych, obniża się bowiem ich wyższa uczuciowość, ich wola staje się coraz słabsza, a po kłamstwie nie mają najczęściej żadnych wyrzutów sumienia. Według władz wielu państw walka z narkomanią jest trudna. Handel narkotykami przynosi bowiem zbyt duże dochody producentom i przemytnikom, co powoduje, że mimo ostrych kar, nie chcą oni zrezygnować z nielegalnej działalności.

Słowo **pracoholizm** zostało użyte po raz pierwszy 35 lat temu przez Oatisa. Uzależnienie to, analogicznie jak w przypadku innych nałogów, oznacza trudność w kontroli czasu poświęcanego pracy, myślowe i emocjonalne zaabsorbowanie nią, a także niepokój w przypadku przymusowej „abstynencji" od obowiązków. Czym różni się osoba pracowita od pracoholika? Granica pozwalająca rozróżnić pracowitość od nałogu jest bardzo subtelna, łatwo ją przekroczyć nie zdając sobie z tego sprawy. O zagrożeniu pracoholizmem mówi się w odniesieniu do ludzi, którzy pracują więcej niż 50 godzin w tygodniu. Wynika z tego, iż mniej więcej co dwudziesty pracownik jest pracoholikiem. Polacy pracują tygodniowo średnio 41,6 godzin. Jest to najwyższy wskaźnik w Europie. Praca zaczyna być uzależnieniem, jeśli oprócz niej nie ma czasu na nic więcej. Pracoholizm ma różne oblicza i różne źródła, może być formą ucieczki od otaczającej rzeczywistości, od problemów, z którymi nie możemy lub nie chcemy sobie poradzić. Problem ten dotyka szczególnie osoby prowadzące własną działalność, pracowników wyższych szczebli: kierowników, menedżerów oraz osoby wykonujące wolne zawody. Pracoholikami często stają się perfekcjoniści, osoby które każde zadanie chcą wykonać idealnie, nie znające kompromisów, lubiące rywalizować i wygrywać, za wszelką cenę dążą do osiągnięcia sukcesu i prestiżu społecznego.

Objawy pracoholizmu w stadium początkowym:

- brak kontroli ilości czasu poświęcanego na pracę (nieodczuwalnie upływającego czasu podczas wykonywania obowiązków związanych z pracą, poczucie, że nieustanna obecność

w firmie jest wręcz konieczna, poczucie kontroli, praca kosztem snu, brak czasu dla rodziny i przyjaciół);

- nieumiejętne organizowanie czasu (ciągły pośpiech i bycie stale zajętym, odkładanie urlopu z uwagi na fakt, iż nieobecność mogłaby zaszkodzić firmie, zaniedbywanie siebie, brak czasu na hobby, uprawianie sportu, trudności z relaksowaniem się i zabawą);
- nagminne niedotrzymywanie terminów (częste odwoływanie prywatnych spotkań, niedotrzymywanie obietnic danych rodzinie i znajomym, ciągłe poczucie winy, wyrzuty sumienia).

W wyniku skrajnego zmęczenia i wyniszczenia organizmu może rozwinąć się wiele groźnych chorób. Pracoholizm może prowadzić nawet do śmierci!

Konsekwencje zdrowotne pracoholizmu:

- bóle głowy, kręgosłupa, brzucha,
- wyczerpanie,
- zaburzenia koncentracji,
- wrzody żołądka, dwunastnicy,
- trudności z zasypianiem, bezsenność, koszmary senne,
- nerwobóle,
- zaburzenia nerwicowe, lękowe, seksualne,
- anoreksja, bulimia,
- choroby układu krążenia,
- utrata przytomności,
- zawał.

Warto mieć świadomość, że zaangażowanie w pracę – dobre w intencji i społecznym widzeniu – może w skrajnej postaci powodować niepożądane, szkodliwe i krzywdzące konsekwencje. Pracoholizm można i należy leczyć. Jest to nałóg taki jak wszystkie inne i ciężko z nim walczyć samemu, dlatego też wskazana jest wizyta u terapeuty uzależnień.

Uzależnienie od leków to rodzaj toksykomanii, polegający na wewnętrznej potrzebie stałego lub okresowego zażywania leku w celu uzyskania oczekiwanego efektu lub uniknięcia pewnych doznań. Lekomanię określa się również jako lekozależność lub zależność lekową. Uzależnienie od leków to problem istniejący od dawna. Jednak wzrost zainteresowania lekomanią nastąpił dopiero w XX w., co mogło być spowodowane wzrostem spożycia leków. Lekomani przyjmują najczęściej tabletki nasenne, przeciwbólowe, euforyzujące oraz dopingujące. Zdarza się również, że kobiety nadużywają hormonów na

odchudzanie albo zahamowanie procesu starzenia. Skutki ich dłuższego zażywania mogą być nieodwracalne. Hormony na odchudzanie mogą być bowiem przyczyną problemów z tarczycą, a te na przedłużenie młodości – guza macicy. Działanie pozostałych leków również nie pozostaje obojętne dla ludzkiego organizmu. Im częściej i dłużej je przyjmujemy, tym większe dawki musimy zażywać. Organizm przyzwyczaja się bowiem i po pewnym czasie zażywania takiej samej ilości leku, możemy nie czuć jego działania. Zwiększanie dawki może wywołać wiele niepożądanych działań, np. zatrucie, a nawet śmierć.
Organizm tak bardzo przyzwyczaja się do leków, że odstawienie ich z dnia na dzień mogłoby skończyć się tragicznie. Okazuje się bowiem, że w miarę wydłużania się okresu zażywania leku, czynności somatyczne i psychiczne przestrajają się. Nagła zmiana, czyli przerwanie zażywania określonych substancji, mogłoby więc spowodować zaburzenia funkcjonowania organizmu (objawy abstynencji). Podczas regularnego przyjmowania leków zależność psychiczna wytwarza się najszybciej. Dopiero po pewnym czasie następuje fizyczne uzależnienie od przyjmowania leków, powodujące wiele zmian w organizmie. Odstawienie leków może więc powodować m.in. zaburzenia oddychania i ciśnienia krwi.

Niezależnie od tego, czy jest to alkoholizm, narkomania czy lekomania, wyróżniamy 4 etapy uzależnienia:

- **etap zapoznawczy** – w tym okresie sam środek, którego pożądamy, nie jest bardzo istotny; wynika to z faktu, że jego regularne zażywanie jest najczęściej nieprzyjemne, a reakcje organizmu są bolesne; przykładem może być tu spożywanie alkoholu w dużych ilościach, co powoduje złe samopoczucie, mdłości, często również wymioty; ważną rolę pełnią w tym etapie kontakty z osobami uzależnionymi;
- **etap przyjemności** – skutki przyjmowania środka odurzającego nie są już tak nieprzyjemne, jak w pierwszym etapie; wiele osób mówi nawet o przyjemności związanej z jego zażywaniem; dzieje się tak dlatego, ponieważ zwiększa się tolerancja organizmu na działanie tego środka; jednostka jednocześnie uzależnia się od niego coraz bardziej; osoba uzależniona zaczyna odczuwać, że substancje, które zażywa działają coraz słabiej, dlatego sięga po mocniejsze środki, zaczyna eksperymentować; środowisko, w którym przebywa daje jej natomiast możliwość zaspokojenia wielu potrzeb;
- **etap, w którym odurzenie jest najważniejszym celem** – odurzenie, to stan, do którego dąży uzależniona jednostka; etap ten można już nazwać uzależnieniem zaawansowanym; osoba uzależniona podporządkowuje wszystko swojemu nałogowi; zrywa

często kontakt z bliskimi i znajomymi, a jedyną grupą, z która chce spędzać swój czas, są inni nałogowcy;

- **etap, w którym odurzenie jest normą** – jest to najsilniejszy, ostatni stopień uzależnienia; środek, od którego jednostka jest uzależniona, staje się niezbędnym elementem w jej życiu; środki, które przyjmuje przestają powoli wywoływać euforię, dlatego osoba uzależniona zwiększa dawki, co może być groźne dla jej życia; organizm człowieka uzależnionego jest wyniszczony, zachodzą w nim zmiany, które mogą prowadzić nawet do śmierci.

Substancje psychoaktywne to substancje chemiczne oddziałujące na centralny układ nerwowy, bezpośrednio wpływające na pracę mózgu, wywołujące zmiany w postrzeganiu, świadomości, zachowaniu i nastroju. Są używane w medycynie (np. do łagodzenia bólu, leki przeciwdepresyjne), ale i prywatnie, w celu zmiany odczuwania (np. kawa, alkohol, narkotyki). Istnieje możliwość uzależnienia od substancji psychoaktywnych, które sprowadza się do kontynuowania ich przyjmowania ze szkodą dla własnego organizmu. Oczywistym jest prezentowanie przez rodziców, pedagogów i wychowawców postawy promowania wartości, mających zapobiegać możliwości rozwoju uzależnień u młodzieży, oraz profilaktyka uzależnień.

W szkołach organizowane są programy, koncentrujące się na informacyjności, kształceniu umiejętności psychologicznych, i w założeniu – dojrzałej postawy wobec problemu uzależnień. Statystyki są jednak nieubłagane i wskazują na obniżanie się wieku inicjacji alkoholowej, zwiększa się także liczba uczniów sięgających po narkotyki. Odpowiednie wychowanie powinno się zaczynać w domu rodzinnym, a jego brak jest jednym z podstawowych powodów niepowodzenia profilaktyki szkolnej. Innym jest negatywny charakter jej założeń.

Modele profilaktyki

Profilaktyka negatywna jest nastawiona na zakazy. Wyróżnia się w niej 4 modele:

- **model moralizujący** – przenoszący ciężar odpowiedzialności za następstwa sięgania po środki psychoaktywne na wychowanka, który „wiedział co robi";
- **model intelektualizujący** – głównym celem w tej koncepcji jest dostarczenie największej liczby informacji przy przekonaniu, że to ich brak jest przyczyną sięgania przez młodzież po substancje psychoaktywne;
- **model biologizujący** – zakłada, że problemy z uzależnieniem mają osoby o genetycznych predyspozycjach;

mieć pewność, że informacje przez niego udzielone pozostaną zachowane w tajemnicy. Każdego chorego należy poinformować o szkodliwości spożywania alkoholu. Jednakże chory musi mieć poczucie współpracy z pielęgniarka i lekarzem. Jeśli rozmowa będzie miała charakter tylko pouczający pacjent będzie się „bronił" przed zmianą przyzwyczajeń lub zerwaniem z nałogiem.

Wskazówki dla pacjenta obciążonego nałogiem i rodziny pacjenta w chwili wypisu ze szpitala:

- zalecenie udziału w grupach wsparcia np. Anonimowych Alkoholików samego uzależnionego jak i członków jego rodziny;
- zalecenie zorganizowania wsparcia psychologicznego;
- zalecenie stosowania środków farmaceutycznych np. zamienników nikotyny;
- zalecenie stosowania technik relaksacyjnych;
- pacjent powinien znaleźć sobie hobby będące zamiennikiem nałogu i zajmujące wolny czas, który mógłby skłonić pacjenta do zerwania abstynencji;
- stosowanie aktywności fizycznej dostosowanej do stanu zdrowia pacjenta, która pomoże zniwelować negatywne skutki odstawienia środka uzależniającego;
- wsparcie psychiczne członków rodziny dla uzależnionego;
- pełne zrozumienie rodziny istoty problemu uzależnienia i idące za tym rozumienie i tolerowanie wszystkich objawów odstawienia środka uzależniającego;
- dostosowanie stylu życia do faktu leczenia z nałogu np. zaprzestanie picia kawy jeśli była ona nieodłączna z paleniem papierosów, ograniczenie spotkań towarzyskich jeśli towarzyszy im spożywanie alkoholu będące nałogiem pacjenta;
- zainteresowanie się pacjenta korzyściami zaprzestania stosowania środka uzależniającego;

- **model psychologizujący** – stara się wskazać na nieodłączne powiązanie negatywnych, bolesnych emocji z ryzykiem sięgania po alkohol czy narkotyki; jest nastawiony na wsparcie emocjonalne.

Jak uczynić nowoczesną profilaktykę bardziej skuteczną? Prócz moralizujących poleceń powinna być bogata w racjonalną i szeroko pojętą wiedzę o substancjach i uzależnieniach, która pozwoli wykształcić prawidłową postawę wobec szkodliwych środków. Powinna uwzględniać całościową sytuację pacjenta, zaangażować środki przekazu medialnego, odpowiedzialnie potraktować zadanie, przed jakim stoi. Przede wszystkim jednak liczą się wartości, jakie prezentują jednostki. Każdy z nas, jako członek rodziny, może wpływać na jej charakter i kształtować wspólnie pozytywne wzorce i wartości. Każdy nauczyciel, pedagog, lekarz czy pielęgniarka może stać się wzorem moralnym, uczyć swoim zachowaniem i postawą dojrzałości, obejmującej nie tylko stosunek do ryzyka uzależnień, ale i do świata.

Podczas leczenia szpitalnego personel medyczny ma za zadanie zdiagnozować u pacjenta problemy pielęgnacyjne, którymi są także nałogi. Pielęgniarka musi rozpoznać sytuację, tzn. czy pacjent palący (papierosy, cygara lub fajkę) jest zdecydowany podjąć próbę zaprzestania palenia, czy nie chce zwalczyć nałogu. Od tego bowiem zależy jej dalsze postępowanie. Jeśli pacjent jest zdecydowany walczyć z nałogiem należy pomóc mu w ułożeniu planu odzwyczajania od palenia. A więc trzeba z chorym ustalić konkretny dzień, w którym pacjent całkowicie zaprzestanie palenia. Powinno to nastąpić oczywiście jak najszybciej. Należy przygotować chorego oraz rodzinę pacjenta na trudności, które mogą wystąpić w najbliższych tygodniach, a więc m. in. zespół odstawienia nikotyny. Rolą pielęgniarki jest udzielenie praktycznych wskazówek (nauka praktycznych umiejętności i sposobów radzenia sobie z problemami). Należy zachęcić pacjenta do ograniczenia lub zaprzestania spożywania alkoholu, ponieważ alkohol zwiększa ryzyko powrotu do palenia papierosów. Zachęcić pacjenta do skorzystania z leczenia farmakologicznego (np. plastry i gumy do żucia zawierające nikotynę). Część pacjentów uważa, że po zaprzestaniu palenia wzrośnie u nich masa ciała. Jest to prawdą, ale należy poinformować pacjenta, iż np. gumy do żucia z nikotyną opóźniają przyrost wagi, poza tym należy opracować z pacjentem zestaw ćwiczeń fizycznych i odpowiednią dla niego dietę. Jeśli mamy do czynienia z pacjentem, który nie chce zaprzestać palenia, należy mu przedstawić zagrożenia, szczególnie te, które mogą stać się najistotniejsze dla niego, oraz korzyści wynikające z niepalenia.

Pacjenci mający problem z alkoholem często nie chcą tego powiedzieć, dlatego rozmawiając z taką osobą należy stworzyć warunki serdeczności i przyjaźni. Pacjent musi

KONTROLA STANU ZDROWIA

Zdrowie według Światowej Organizacji Zdrowia to pełny dobrostan społeczny, psychiczny i biologiczny. Zdrowie jednostki i populacji uwarunkowane jest wieloma czynnikami, które można podzielić na cztery podstawowe grupy:

- *styl życia*, na który składają się między innymi takie elementy jak aktywność fizyczna, sposób odżywiania się, umiejętności radzenia sobie ze stresem, stosowanie używek (nikotyna, alkohol, środki psychoaktywne), zatrudnienie, czynniki ryzyka zdrowotnego i zawodowego, sposób rekreacji czy zachowania seksualne;
- *środowisko fizyczne:* czyste powietrze, woda, zdrowa i bezpieczna szkoła oraz zakład pracy. Negatywne oddziaływanie środowiska na zdrowie wynika w znacznym stopniu z degradacji środowiska naturalnego, promieniowania jonizującego, hałasu, szkodliwych substancji chemicznych oraz czynników biologicznych.
- *czynniki genetyczne*
- *opieka zdrowotna,* jej struktura, organizacja, funkcjonowanie czy też dostępność do świadczeń medycznych i ich jakość, samo leczenie i rehabilitacja (droga i żmudna rehabilitacja często nie byłaby potrzebna, gdyby zadbano o zdrowie wcześniej).

Profilaktyka zdrowotna to działania mające na celu zapobieganie chorobom, poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie. W szerszym ujęciu „profilaktyka to proces, który wspiera człowieka w prawidłowym rozwoju i zdrowym życiu". Jest także jednym ze sposobów reagowania na rozmaite zjawiska społeczne, które oceniane są jako szkodliwe i niepożądane. Ocena skłania do traktowania takich zjawisk w kategoriach zagrożeń i podejmowania wysiłków w celu ich eliminacji lub choćby ograniczania. Powszechnie uważa się, że skuteczna profilaktyka jest optymalnym sposobem hamowania rozwoju lub ograniczania skali zjawisk uznanych za dolegliwe społecznie. Głównie z tego względu jest znacznie bardziej opłacalna niż kosztowne działania zaradcze konieczne w sytuacji, gdy wzrasta skala niepożądanych zjawisk.

W profilaktyce zdrowotnej wyróżniamy następujące fazy:

- *profilaktyka wczesna* - mająca na celu utrwalenie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia i zapobieganie szerzeniu się niekorzystnych wzorców zachowań, w odniesieniu do osób zdrowych;

- *profilaktyka pierwotna (I fazy)* - mająca na celu zapobieganie chorobie poprzez kontrolowanie czynników ryzyka, w odniesieniu do osób narażonych na czynniki ryzyka;
- *profilaktyka wtórna (II fazy)* - zapobieganie konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie (przesiewowe badania skriningowe mające na celu wykrycie osób chorych);
- *profilaktyka III fazy,* której działania zmierzają w kierunku zahamowania postępu choroby oraz ograniczeniu powikłań.

W zakresie profilaktyki wtórnej znaczącą rolę odgrywają *przesiewowe badanie skriningowe.* Są to zorganizowane działanie polegające na wczesnym wykryciu w populacji chorób lub stanów patologicznych za pomocą stosowanych masowo prostych, bezpiecznych i wiarygodnych testów diagnostycznych. Badania skriningowe prowadzone są w odniesieniu do chorób stanowiących znaczny problem zdrowotny danej populacji, charakteryzujących się częstym występowaniem stadiów przedklinicznych, dość długim okresem między pierwszymi oznakami choroby a jej pełnym obrazem i możliwością wyleczenia.

Prowadzenie szeroko zakrojonych działań profilaktycznych przynosi w krótszej lub dłuższej perspektywie czasowej wymierne korzyści dla społeczeństwa w postaci:

- poprawy świadomości zdrowotnej populacji,
- poprawy stanu zdrowia ludności,
- zmniejszenia ilości osób z powikłaniami chorób i trwałym inwalidztwem,
- zmniejszenia liczby zachorowań i zgonów,
- zwiększenia wykrywalności chorób we wczesnym stadium rozwoju,
- zwiększenia odsetka wyleczeń,
- zmniejszenia absencji chorobowej,
- obniżenia kosztów leczenia,
- mniejszych strat finansowych (zasiłki chorobowe, straty produkcyjne).

Na każdym etapie działań profilaktycznych znaczącą rolę odgrywa **edukacja zdrowotna** - proces, w trakcie którego ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i innych osób. Koncentruje się ona na uświadamianiu związków między zdrowiem człowieka a jego stylem życia oraz środowiskiem fizycznym i społecznym. Edukacja zdrowotna obejmuje głównie działania informacyjne, których bezpośrednim celem jest ukształtowanie sprzyjających zdrowiu przekonań motywacji i umiejętności, a co za tym idzie postaw zdrowotnych jednostki, które powinny prowadzić do realizacji zachowań służących zdrowiu.

W profilaktyce ważną rolę odgrywa **promocja zdrowia.** Jest ona procesem umożliwiającym ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem, jego poprawę i utrzymanie. Pierwsza Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia odbyła się w 1986 roku w Ottawie. Podczas niej określono działania promocyjne w sferze zdrowia takie jak:

- budowanie prozdrowotnej polityki społecznej,
- tworzenia środowisk sprzyjających zdrowiu,
- wzmacnianie działań zbiorowych,
- rozwijanie umiejętności indywidualnych,
- reorientacja służby zdrowia.

Reorientacja ta powinna iść w kierunku profilaktyki i docenienia szerszego spektrum metod, w tym terapii naturalnych i podejścia holistycznego. Natomiast umiejętności indywidualne, to m.in.: wiedza o tych metodach oraz propedeutyka higieny, wiara w możliwości organizmu, sposoby niwelacji/osłabiania stresu, życzliwość, pogoda ducha.

Profilaktyka, zwana też prewencją, należy do bardzo rozbudowanych dziedzin medycyny. Badania profilaktyczne, inaczej przesiewowe (screeningowe), przeprowadza się w celu jak najwcześniejszego wykrycia ewentualnych objawów danej choroby. Tego typu badania wykonuje się w całej populacji lub tylko w tzw. grupach wysokiego ryzyka (dotyczy to np. profilaktyki cukrzycy, nowotworów piersi). Wbrew pozorom temat ten należy do kontrowersyjnych. Wiele badań stosowanych kiedyś jako badania przesiewowe, obecnie - w świetle najnowszych światowych doniesień - nie pełni już takiej roli. Lekarze także zajmują różne stanowiska wobec problemu profilaktyki. Trzeba również podkreślić fakt, że profilaktyka chorób jest na ogół mocno osadzona w realiach danego kraju. Dlatego też jest uzależniona od warunków zdrowotnych, rodzaju chorób, jakie najczęściej tam występują, oraz oczywiście od nakładu środków finansowych. Inaczej przedstawia się to w krajach np. Europy Zachodniej, inaczej w państwach afrykańskich. W Polsce na świadomość tego, jakie badania są zaliczane do profilaktycznych, duży wpływ mają wieloletnie przyzwyczajenia, dawna struktura służby zdrowia, brak rzetelnych informacji o celach i znaczeniu danego rodzaju diagnostyki. Niektóre badania są mało specyficzne i prowadzą do niepotrzebnej, stresującej pacjenta i kosztownej diagnostyki. Inne z kolei wiążą się ze skutkami ubocznymi (np. napromieniowanie), które też należy brać pod uwagę.

Zakres badań profilaktycznych

	Mężczyźni	Kobiety
Badanie stomatologiczne	co 6 miesięcy	
Badanie rentgenowskie klatki piersiowej	W przypadku osób palących po 40. roku życia raz w roku	
Badanie ciśnienia	co rok	
Badanie okulistyczne	co 3-5 lat, po 40 roku życia raz w roku (lub gdy wystąpi ból, zaczerwienienie oczu, pogorszenie widzenia)	
Badanie krwi w kale	raz w roku u osób po 40. roku życia	
Morfologia krwi z rozmazem, badanie OB	co rok	
Badanie poziomu glukozy w surowicy krwi	raz na 3 lata	
Badanie poziomu elektrolitów we krwi (sód, potas, magnez, wapń, fosfor)	raz na 3 lata	
Poziom cholesterolu i trójglicerydów w surowicy krwi - tzw. lipidogram	mężczyźni w wieku 30-40 lat raz na 5 lat, potem co 3 lata	od 45. roku życia co 3 lata
EKG	co 3 lata do 50. roku życia, później raz w roku	
USG jamy brzusznej	co 3-5 lat do 50. roku życia, później co 2-3 lata	
Oznaczenie stężenia hormonów tarczycy (TSH i tyroksyny) we krwi	corocznie powyżej 50. roku życia.	
Badanie słuchu	co 5 lat pomiędzy 30. a 40. rokiem życia, między 40. a 50. rokiem życia – co 3 lata, powyżej 50 lat – raz na 2 lata.	
Badanie densytometryczne kości	po 65. roku życia jedno badanie	10 lat po przebyciu menopauzy jedno badanie
Badanie prostaty	po 50. roku życia co roku	
Test PSA (wczesne wykrywanie raka prostaty)	co kilka lat po 50. roku życia	

Oznaczenie stężenia androgenów (hormonów płciowych) we krwi	co kilka lat po 50. roku życia	
Cytologia		co rok
Badanie ginekologiczne ogólne		co najmniej raz w roku
Badanie mammograficzne		co kilka lat po 40. roku życia
Samobadanie piersi		co miesiąc, najlepiej zaraz po miesiączce
USG piersi		co roku u kobiet w wieku rozrodczym, po 50. roku życia – co 2-3 lata
Oznaczenie stężenia gonadotropin (hormonów płciowych) we krwi		kilka lat po 40. roku życia

Bibliografia do procedury PJ 71h \ PL:

1. G. Jurkowska, K. Łagoda. Pielęgniarstwo internistyczne. PZWL, Warszawa 2021

2.L. Kłosiewicz, M. Jarosz. Otyłość: zapobieganie i leczenie. PZWL. Warszawa 2019

3.H. Ciborowska, A. Ciborowski. Dietetyka żywienie zdrowego i chorego człowieka. PZWL,Warszawa 2021

4.A. Payra, H.M.Baker. Dietetyka i żywienie kliniczne. PZWL. Warszawa 2013