

Doktor



BIULETYN INFORMACYJNY OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W ZIELONEJ GÓRZE

nr 4 (158) rok 36

Zielona Góra, PAŹDZIERNIK • LISTOPAD • GRUDZIEŃ 2025 rok

ISSN 1426-1162

Wojewódzki
Ośrodek Terapii
Uzależnień i Współ-
uzależnienia
w Zielonej
Górze



TYTUŁ PRZEWODNI

Polska pije



*Szanowni Państwo,
Koleżanki i Koledzy*

Tym razem spotykamy się na łamach naszego biuletynu w okresie jesienno-zimowym. Aura związana ze zmianami klimatycznymi w bieżącym roku nas

boli wysokość wynagrodzeń. Nikt jednak nie zwraca uwagi, że na wysokość wynagrodzenia składa się czas poświęcony na pracę, zmęczenie, rozłąka z rodziną. I tak można byłoby mnożyć koszty związane z zarobkami.

Jest jeszcze inny aspekt. Ograniczenie wysokości wynagrodzeń będzie się wiązało ze skróceniem czasu pracy lekarza. To z kolei wpłynie na systematyczne wydłużanie się kolejek pacjentów oczekujących na wizytę, zabieg. A to z kolei na ograniczanie dostępu pacjentów do opieki zdrowotnej.

Zapewne niedługo przekonamy się o wynikach takich działań.

W ostatnim felietonie zacytowałem tezę, która miała przyświecać Pani Minister „Minister zdrowia ma działać tak, aby „dobrze żyło się pacjentom, a nie lekarzom”. Czy to jednak w tę stronę dąży? Czy na pewno pacjentom będzie żyło się lepiej?

W naszym środowisku też nie brakuje nam podniesionego poziomu emocji.

mogli Państwo przeczytać w felietonie przewodniczącego okręgowej komisji wyborczej – dra Antoniego Ciacha. Jednak w tym miejscu chciałbym serdecznie podziękować każdemu z Państwa, którzy zaangażowali się w proces wyborczy. Dziękuję wszystkim osobom, które zgłosiły się na kandydatów na delegatów. Jest to niezmiernie budujące, że wielu z nas leży na sercu dobro naszego samorządu. Dziękuję pięknie za wspieranie okręgowej komisji wyborczej w promocji samorządu i promocji wyborów. Dziękuję pięknie każdemu z Państwa, którzy wzięliście czynny udział w głosowaniu. Dziękuję za każdy głos, który oddaliście na swoich kandydatów. To bardzo ważne, aby wybrani delegaci czuli oparcie i wsparcie z Waszej strony. Marzyłem o tym, aby każdy zaproponowany przez okręgową komisję wyborczą rejon mógł się poszczycić wyborem swojego przedstawiciela. I udało się.... Z każdego rejonu mamy delegatów. To bardzo dobry znak, który pozwoli

Prezesowe konteksty

rozpieszcza. Mimo że w momencie, w którym redaguję swój felieton, jest już listopad (kilkadziesiąt lat temu w okresie Wszystkich Świętych kroczyliśmy niejednokrotnie po kolana w śniegu) dziś temperatura na poziomie +14/+16 stopni wpływa pozytywnie na nasz nastrój.

Gorącą atmosferę otaczającej przyrody podgrzewają dodatkowo emocje związane z proponowanymi kierunkami reform, które przynosi ze sobą ministerstwo zdrowia. Ogromny deficyt finansów Narodowego Funduszu Zdrowia i wiążąca się z tym jednoznacznie konieczność ograniczania dostępności do świadczeń zdrowotnych nie są pozytywnymi wiadomościami dla naszych pacjentów. Nie są to również pozytywne wieści dla nas. Braki strukturalnych decyzji skłaniają władze do powrotu do starych propozycji na reformę systemu. W tych trudnych sytuacjach najważniejszy pomysł ministerstwa zdrowia na reformę systemu to redukcja wynagrodzeń lekarzy. Jak zawsze jest to temat zastępczy, którym próbuje się zaczerować otaczającą nas rzeczywistość. Większość społeczeństwa

Na pierwszym planie pojawia się radość z powiększającej się systematycznie liczby lekarzy i lekarzy dentyków, którzy rozpoczynają swoją drogę zawodową. We wrześniu powitaliśmy w naszym samorządzie lekarzy i lekarzy dentyków, którzy od października rozpoczynają staż podyplomowy. W trakcie uroczystości rozdania praw wykonywania zawodu naszym młodszym Koleżankom i Kolegom również nasi seniorzy otrzymali po raz kolejny odznaczenia Ministra Zdrowia „Za zasługi dla ochrony zdrowia”. Bardzo się cieszę, że udaje się już po raz kolejny w trakcie jednej uroczystości uhonorować lekarzy, którzy dopiero rozpoczynają swoją pracę i tych, dla których ich zawodowe życie było realizacją powołania i pasji. Serdecznie gratuluję wszystkim Państwu.

Jak zapewne Państwo wiecie, jesteśmy w trakcie akcji wyborczej nowych władz samorządu lekarskiego, które rozpoczną swoją pracę na rzecz naszego środowiska od marca przyszłego roku. O procesie wyborczym będziecie

na przepływ informacji i aktywności władz samorządowych w celu wspierania każdego lekarza i lekarza dentystry. Dziękuję również członkom komisji wyborczych, komisji skrutacyjnych, którzy poświęcili mnóstwo zaangażowania, czasu, pracy, aby w zgodzie z regulaminem wyborów przeprowadzić wybory w rejonach wyborczych. Proszę pozwolić, że podziękuję również naszym pracownikom za zaangażowanie i ich pracę, wielokrotnie ponadwymiarową, w godzinach wieczornych i nocnych, aby mogły do nas dotrzeć na czas pakiety wyborcze i byśmy mogli zrealizować swój demokratyczny przywilej. Dziś mogę już powiedzieć, że mimo wielu piętér schodów i problemów, które musieliśmy pokonać – udało nam się w pierwszej turze wybrać skład nowego okręgowego zjazdu lekarzy. Gratulując wszystkim wybranym i już dziś zapraszam na obrady LXIII sprawozdawczo – wyborczego okręgowego zjazdu lekarzy, który odbędzie się 14.03.2026 r.

Wspominając o naszych problemach w trakcie wyborów, pragnę przywołać

apel okręgowej rady lekarskiej z dnia 3.11.2025 r., w którym okręgowa rada lekarska przypomina, iż relacje pomiędzy naczelną a okręgowymi izbami lekarskimi powinny mieć charakter partnerski, oparty na zasadach autonomii izb okręgowych w ramach jedności organizacyjnej samorządu. ORL podkreśliła, iż nie zgadzamy się na działania sugerujące hierarchiczne podporządkowanie się izb okręgowych izbie naczelnej. Rada podkreśla, że organy okręgowych izb lekarskich działają samodzielnie i niezależnie w ramach powierzonych im ustawowych kompetencji. Jednocześnie okręgowa rada lekarska apeluje o głęboką refleksję nad naszą jednością i powrót do ideałów przyświecających powstaniu samorządu.

Szanowni Państwo, jeszcze nie poculiśmy, że zakończyły się wybory w rejonach wyborczych, a już zbliżamy się do II Interdyscyplinarnej Konferencji Naukowej pod hasłem „Lubuska Medycyna dziś i jutro”. Już za kilkanaście dni 14-15 listopada w salach gościnnych Urzędu Marszałkowskiego odbędzie się święto lubuskiej medycyny. W dwóch panelach, ogólnolekarskim i stomatologicznym, będziemy mogli poznać możliwości lubuskiej medycyny. Ubiegłoroczna konferencja spotkała się z ogromnym zainteresowaniem i gorącym przyjęciem. Mam nadzieję, że z roku na rok będzie nam szło coraz lepiej. Dziękuję wszystkim, którzy włączyli się w organizację i prezentację podczas sesji tematycznych. Serdecznie zapraszam do udziału w wykładach w roku bieżącym i mam nadzieję - w przyszłych edycjach.

24.11.2025 r. odbędzie się uroczystość wręczenia wszystkim lekarzom i lekarzom denty stom, którzy ukończyli staż podyplomowy, stałych praw wykonywania zawodu lekarza i lekarza denty stom. W tym pięknym dniu rozpoczęcia przez Państwa Waszej samodzielnej przygody z Medycyną pragniemy być z Wami i Wam towarzyszyć. Już dziś zapraszam też Państwa do aktywnego udziału w proponowanych przez samorząd aktywnościach. Najbliższe z nich to mikołajki dla dzieci, które odbędą się 5.12.2025 r. w Sali zabaw. Podobnie jak w roku ubiegłym będzie mnóstwo zabawy, animacji, spotkanie z Mikołajem i oczywiście prezenty dla dzieci.

Zapraszam również naszych seniorów na coroczne spotkanie wigilijne.

Odbędzie się ono 15.12. 2025 r. w naszej siedzibie. Spotkajmy się razem. Mam nadzieję, że podobnie jak w latach ubiegłych oprócz wspólnej wigilii będziemy mogli cieszyć się swoją obecnością, spotkać przyjaciół, z którymi może już dłuższy czas się nie widzieliśmy, odnowić i wzmocnić nasze relacje.

Podczas ostatniego posiedzenia okręgowa rada lekarska zmieniła zapisy regulaminów komisji socjalnej i komisji kształcenia. Dzięki temu od 1.01.2026 r. podniesione zostają środki, z których możemy skorzystać w ramach dofinansowania szkoleń specjalizacyjnych, bonu szkoleniowego na kształcenie, dofinansowania do szkoleń. Możemy również skorzystać z dofinansowania szczepień ochronnych, zapomogi losowej dla lekarzy w trudnej sytuacji zdrowotnej, materialnej oraz tzw. becikowego. Cieszę się bardzo, że w ten sposób część z wpłacanych przez nas składek może z powrotem do nas wrócić.

Pragnę przypomnieć, że możemy również skorzystać z podstawowego ubezpieczenia OC z tytułu wykonywania zawodu, opieki prawnej Lex Secure, pomocy psychologicznej w kryzysie. Zachęcam Państwa do zapoznania się z kryteriami uzyskania tych świadczeń i korzystania z nich.

Pragnę jednak przypomnieć, iż zgodnie z ustawą o izbach lekarskich, aby wykonywać zawód lekarza i lekarza denty stom, należy być członkiem samorządu lekarskiego. Oprócz wielu przywilejów z tego wynikających występują

również pewne obowiązki. Jednym z nich jest konieczność uiszczania składki członkowskiej. O wysokości składki możecie Państwo przeczytać w osobnej rubryce w każdym naszym biuletynie. W związku z występowaniem zaległości w regulowaniu składek na rzecz samorządu lekarskiego przez niektórych z lekarzy uprzejmie proszę o systematyczne uiszczanie składek członkowskich. Informacje o stanie swojego konta można uzyskać, kontaktując się z księgowością Okręgowej Izby Lekarskiej i Panią księgową, Teresą Gontowicz.

Zbliżają się Święta Bożego Narodzenia. Z tej okazji w imieniu własnym i okręgowej rady lekarskiej pragnę złożyć Państwu najpiękniejsze życzenia: Święt Bożego Narodzenia pełnych Miłości, Radości i Nadziei na pokonanie przez rodzącą się w Betlejemskim żłóbku Miłość wszelkiego smutku i zła. Święt wypełnionych zapachem choinki, nutami wspólnie śpiewanej kolędy, ciepłem zgromadzonych wokół świątecznego stołu kochających serc Najbliższych. Życzę, aby w Nowym 2026 Roku spełniły się wszystkie, nawet najszybsze marzenia i pragnienia. Abyśmy mogli w spokoju realizować nasze powołanie. I abyśmy mogli poświęcić swoim Najbliższym jak najwięcej cudownych chwil.

I z tą pozytywną energią i nadzieją pozostawiam Państwa do naszego kolejnego spotkania.

dr n. med. Jacek Kotuła –
Wasz prezes



Z okazji nadchodzących Świąt Bożego Narodzenia składamy Państwu serdeczne życzenia wszelkiej pomyślności, niepowtarzalnej atmosfery ciepła oraz obfitości wszelkich dóbr.

Niech radość i pokój Świąt Bożego Narodzenia, poczucie prywatnego i zawodowego spełnienia towarzyszą Państwu przez cały następny rok.

Redakcja



Zdaniem redaktor naczelnej

REDAKTOR NACZELNA

JUSTYNA RAJKIEWICZ

LEKARZ SPECJALISTA CHOROÓB
WEWNĘTRZNYCH I MEDYCYNY RODZINNEJ

Koleżanki i Koledzy!

W imieniu całej redakcji serdecznie dziękuję za słowa wsparcia i gratulacje. Pozytywny odbiór poprzedniego, „kosmicznego” numeru Biuletynu, to dla nas najlepsza gratyfikacja! Dziś otrzymujecie Państwo w swoje ręce ostatnie w tym roku wydanie. Podejmujemy w nim trudny i wciąż niedostatecznie rozwiązany problem zdrowia publicznego, jakim jest alkoholizm w Polsce. Chcieliśmy spojrzeć na niego z wielu stron. Już dziś serdecznie dziękuję za współpracę ze wszystkimi Koleżankami i Kolegami, którzy podjęli wyzwanie przekazania Państwu swoich doświadczeń, opinii i wiedzy. Skala problemu jest ogromna, a my

jesteśmy zwykle pierwszymi, którzy zauważają skutki nadmiernego picia – zdrowotne, socjalne, rodzinne, osobiste. W naszej ocenie jest to temat, o którym wciąż mało mówimy. Przyglądamy się problemowi alkoholizmu z różnych perspektyw w nadziei, że przyczyni się to do szerszej, potrzebnej nam debaty o zdrowiu i odpowiedzialności. Być może tematyka stanie się inspiracją dla Państwa do podjęcia walki o zdrowie pacjentów, swoje czy swoich bliskich.

Jeszcze w jesiennej aurze, ale już myślami przy końcu roku, życzę Państwu spokojnych, rodzinnych Świąt Bożego Narodzenia. Niech kończący się rok będzie kolejną okazją do weryfikacji osiągnięć i możliwości, a nadchodzący 2026 – pełen spokoju, równowagi i siły, by w codziennym zmaganiu z wyzwaniami współczesnej medycyny nie zatracić siebie – pasji, empatii i wiary w dobro.

SPIS TREŚCI

Prezesowe konteksty	2
Zdaniem redaktor naczelnej	4
◆ CO NOWEGO W IZBIE	
Wybory delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy	6
Odznaczenia, odznaczenia, odznaczenia...	7
Prawa Wykonywania Zawodu – rozdane	8
◆ TEMAT NUMERU - „Polska pije”	
Czy wśród używek alkohol dominuje u młodzieży?	7
O terapii, motywacji i pokonywaniu granic –wywiad	10
Alkoholizm – problem medyczny i społeczny	12
Nietrzeźwość obciąża SOR, ludzi i system	14
Polska pije	14
Mamo, czy kupiłeś mi już alkotubkę?	14
Wyzwalająca wolność	14
◆ INTERDYSCYPLINARNIE	
Nasz serwis	15
Nasze szpitale	18
◆ DAWKA WIEDZY	
Pediatrica ambulatoryjna	
Czynnościowe zaburzenia przewodu pokarmowego	20
Nowości pediatryczne: Nowatorska terapia WZW typu C i lipidogram w bilansie 6-lątka	22
Niezdrowe zależności: otyłość i rak	24
Redukcja fenomenologiczna pojęcia schizofrenii	24
◆ WIELCY, ZASŁUŻENI, ZNANI	
Zbigniew Pieniężny i Albin Bandurski” (przedruk artykułu z GL)	24
Wielcy myśliciele o picu wina	26
◆ Z KART KODEKSU ETYKI LEKARSKIEJ	
Między etyką a uzależnieniem	32
◆ ORZECZNICTWO W PRAKTYCE	
Słów kilka o rencie, która nie istnieje...	40
◆ CO WARTO WIEDZIEĆ	
Bon szczepionkowy	34
Oil-zgora.org	36
◆ PO GODZINACH	
Lubuscy Samarytanie 2025	39
XIII Lubuska Konferencja Neurologiczna za nami!	40
Wydarzenia Tenisa Ziemnego	42
USG w POZ	44
II Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa „Lubuska Medycyna dziś i jutro”	45
◆ PAMIĘTAMY	46



Kilka słów o wyborach

DR ANTONI CIACH

PRZEWODNICZĄCY

OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ

Szanowni Państwo, bieżący rok jest początkiem wyborów X kadencji naszego samorządu. Obecnie zakończyliśmy fazę głosowania w rejonach wyborczych. Dzięki Państwa zaangażowaniu zgłoszono 102 kandydatów na delegatów w 12 rejonach wyborczych. Zostali oni zgłoszeni w każdym rejonie wyborczym. Zgodnie z uchwałą Okręgowej Rady Lekarskiej podjętą na podstawie uchwały i wniosku okręgowej komisji wyborczej mieliśmy do obsadzenia 96 mandatów. W trakcie wyborów ekspektatywę mandatu delegata uzyskało 85 lekarzy i lekarzy dentystów.

W bieżących wyborach każdy z członków Okręgowej Izby Lekarskiej mógł oddać swój głos w jednym z trzech trybów:

1. Głosowaniu w trybie korespondencyjnym;
2. Głosowaniu w trybie elektronicznym;
3. Głosowaniu osobistym w lokalu wyborczym.

W bieżącej kadencji Krajowa Komisja Wyborcza pod przewodnictwem dra Jacka Kotuły przygotowała nowy regulamin wyborów oraz nowy i innowacyjny system głosowania drogą elektroniczną w samorządzie lekarskim.

W głosowaniu osobistym wzięła udział tylko 1 osoba ze wszystkich 12 rejonów wyborczych. Zarówno wybory elektroniczne, jak również wybory korespondencyjne, cieszyły się podobnym zainteresowaniem.

W trakcie głosowania pojawiło się kilka problemów.

Pierwszym z nich były nieprawidłowo wygenerowane karty do głosowania, które dotarły do Państwa w białych kopertach. Niestety, chochlik drukarski w błędny sposób wygenerował z systemu FINN (Centralnego Rejestru Lekarzy) liczbę mandatów w poszczególnych rejonach wyborczych. Taka sytuacja byłaby podstawą do zgłoszenia protestu wyborczego, który wymusiłby cofnięcie

wyborów do początku. Widząc swój błąd, okręgowa komisja wyborcza podjęła uchwałę o wycofaniu z obiegu białych kart do głosowania, wydrukowaniu kart w kolorze niebieskim z prawidłowymi liczbami mandatów i ponownego wysłania pakietów wyborczych do członków okręgowej izby lekarskiej w rejonach, gdzie doszło do pomyłki. Tym samym OKW zmieniła terminy głosowania w 11 z 12 rejonów wyborczych.

Problemy leżące po stronie głosujących związane były z brakiem pieczętki lub podpisu na zewnętrznej kopercie. To sprawiało, że taki odesłany pakiet nie mógł być uwzględniony przy podliczeniu głosów, głos był nieważny.

Mimo wielu tak przesłanych pakietów osiągnęliśmy wymagane kwora wyborcze w każdym rejonie. Każda z kandydatur uzyskała wymagane 5% głosów, aby mogła objąć mandat delegata na OZL.

Dziękuję bardzo za aktywne uczestnictwo w tym etapie wyborów i skorzystanie ze swojego zarówno czynnego, jak również biernego prawa wyborczego.

Kolejny etap wyborów, w którym wezmą udział wybrani delegaci, odbędzie się 14.03.2026 r. podczas Okręgowego Zjazdu Lekarzy. Wybierzemy wówczas nowe władze i poszczególne organy okręgowej izby lekarskiej na X kadencję oraz delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy.

Lista wyborcza



W siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej, dnia 22 września 2025 roku, miała miejsce uroczystość wręczenia odznak **Zasłużony dla Ochrony Zdrowia**. Odznaczenia przyznane zostały przez Panią Minister Zdrowia Jolantę Sobie-rzańską-Grendę wybitnym postaciom lubuskiej medycyny.

W tym roku wyróżniono Pana doktora **Hieronima Górnego**, doktora **Jerzego Lubiszewskiego** i Panią doktor **Jadwigę Mróz-Bugajską**.

Serdecznie gratulujemy!

Redakcja



Odznaczenia „Zasłużony dla Ochrony Zdrowia”



Odznaczenie Medalem Pleno Titulo „Gloria Medicinae” dla Prezesa OIL w Zielonej Górze!



W dniu 25 października 2025 r. w Sali Wielkiej Zamku Królewskiego w Warszawie odbyła się uroczysta Gala Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. W trakcie uroczystości prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Zielonej Górze **dr n. med. Jacek Kotuła** został uhonorowany Medalem Pleno Titulo „Gloria Medicinae”. Dekoracji dokonali: Kanclerz Kapituły prof. dr hab. Marek Krawczyk, honorowy Kanclerz Kapituły prof. Jerzy Woy-Wojciechowski, prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego prof. dr hab. Waldemar Kostewicz oraz sekretarz Kapituły prof. dr hab. Tomasz Trojanowski. „Medal Gloria Medicinae” nadawany jest za wybitne zasługi dla medycyny. Jest on przyznawany tylko 10 lekarzom w świecie w ciągu jednego roku. Medal jest symbolem wdzięczności dla tych, których życie, czyny i dzieła przepełnione są pragnieniem pomocy ludziom i ulżenia ich cierpieniom. Serdecznie gratulujemy!

Redakcja

Prawa Wykonywania Zawodu – wydane



W dniu 22 września 2025 roku odbyło się uroczyste rozdanie Prawa Wykonywania Zawodu lekarzom i lekarzom denty stom Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze. Podczas uroczystości Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej, dr n. med. Jacek Kotuła, skierował do uczestników słowa uznania i refleksji nad istotą medycyny jako powołania.

W swoim wystąpieniu zwrócił się szczególnie do młodych adeptów zawodu, podkreślając wyjątkowość tej chwili: „Dzisiejszy dzień wkraczacie w pełni na nową drogę Waszego życia. Drogę, która nie jest jedynie wykonywaniem zawodu, ale również – a może przede wszystkim – realizacją powołania i misji niesienia pomocy drugiemu człowiekowi”.

Prezes OIL przypomniał, że wejście do wspólnoty lekarskiej to zarówno zaszczyt, jak i odpowiedzialność. Odwołał się także do potrzeby stałego rozwoju i uczenia się. Nie zabrakło odniesienia do wartości osobistych i pasji: „Jedynym sposobem na prawdziwą satysfakcję z pracy jest robienie tego, w czego wielkość się wierzy. A jedynym sposobem na robienie rzeczy wielkich jest miłość do tego, co się robi”. Podkreślił także swoją rolę rzecznika środowiska lekarskiego: „Obiecałem, że będę starał

się występować do władz na wszelkich szczeblach o dostrzeżenie zasług dla społeczności Ziemi Lubuskiej poszczególnych członków stanu lekarskiego”.

Na zakończenie zwrócił się ponownie do młodych lekarzy: „Dziś rozpoczynacie swoją drogę zawodową. Niech będzie ona pełna pasji, poczucia sensu i dumy. Niech każdy pacjent, którego spotkacie na Waszej drodze, utwierdza Was w przekonaniu, że dokonaliście najlepszego wyboru na całe życie”.

Redakcja



Czy wśród używek alkohol dominuje u młodzieży?



MARIAN KRAWCZYŃSKI

PROF. ZW. DR HAB. N. MED.
AKADEMIA MEDYCZNA W POZNANIU

Alkohol to napój mający w składzie etanol – czyli substancję psychoaktywną, należącą do kategorii depresantów. Jako napój alkoholowy, ustawa definiuje każdy produkt zawierający 0,5% alkoholu etylowego. Zatem w tym pojęciu znajdują się: spirytus, wódki, nalewki, likiery, wina, piwa, koktajle alkoholowe (połączenie alkoholu z sokami).

Alkohol odgrywa istotną rolę w kontaktach międzyludzkich, np. spotkań towarzyskich, koleżeńskich i biznesowych. To jeden z najczęściej spożywanych środków psychoaktywnych. Ilość i sposób jego konsumowania regulują normy kulturowo-moralne. Znaczne rozpowszechnienie picia alkoholu przez młodzież, m.in. jako elementu rozrywki, jest wynikiem rozwoju kultury młodzieżowej, u podstaw której znajdują się przemiany społeczno-obyczajowe drugiej połowy XX wieku.

Wakacje to czas wolny – młodzież eksperymentuje: przede wszystkim pije alkohol, bierze narkotyki: stymulatory, depresanty (1). Dzieci preferują energetyki. Piją dużo i za często. Badania

przeprowadzone na terenie Warszawy w 2015 roku (2) wykazały, że aż 90% 17-latków i 69% 15-latków piło alkohol kiedykolwiek w życiu. Dziewczeta z młodszej grupy wiekowej (15 lat) częściej niż chłopcy przyznawały się do spożywania alkoholu kiedykolwiek w życiu (73% do 65%).

Również autorzy raportu „Młodzież 2018” (3) alkohol to „ulubiony”, najczęściej wybierany przez nieletnich środek psychoaktywny. Polska młodzież najczęściej pije piwo (74%) i nie stroni od wódki (62%). Mniej popularne jest wino – sięga po nie 43% młodzieży. W miesiącu poprzedzającym badanie, raz upiło się aż 44% polskich nastolatków, a 13% upiło się co najmniej trzy razy. W 2018 roku uczniowie najczęściej sięgali po piwo w drugiej kolejności – po wódkę, wino i inne mocne alkohole (3). Piwo stało się praktycznie stałym elementem spędzania wolnego czasu przez młodzież – na biwakach, na prywatkach, na dyskotekach.

Piwo i napoje „zero procent” są promowane jako „niewinne”. Reklamy w telewizji, internecie i przestrzeni publicznej kierowane są zwłaszcza w kierunku młodszych osób. Niestety, nastolatki łatwo im ulegają. Piwo stanowi ponad połowę (53,8%) całkowitego spożycia alkoholu w Polsce (4). Utrata koncesji na alkohol najczęściej ma miejsce na skutek sprzedawania go niepełnoletnim (1). Promocja tego produktu prowadzi do wzrostu konsumpcji, szczególnie wśród młodszych grup społecznych.

Co gorzej, w odbiorze potocznym, niekiedy nawet rodziców, piwo to nie jest alkohol. 44% młodszych nastolatków uważa piwo za „bardzo łatwe do zdobycia”, a trzeba wiedzieć, że „tylko” jedno piwo działa silniej u nastolatka niż u dorosłego. Wówczas, nawet pływanie może okazać się niebezpieczne, jazda rowerem niemożliwa, a nauczanie się czegoś bardzo trudne (4). Zaburzeniu ulega zdolność oceny rzeczywistości, refleks i koordynacja ruchowa. Słabnie

kontrola zachowań, częściej ulegają oni urazom i uczestniczą w wypadkach komunikacyjnych. Mimo to, odrzucono projekt zakazu reklamy piwa, czego domagali się eksperci.

Wśród motywów picia dzieci i młodzieży wyróżnia się grupy powodów (4):

1. „ucieczkowe” – w celu poprawy nastroju, zmniejszenia lęku (obaw), odprężenia się, być „spoko”, na luzie, a może nawet – sprowokować, zwrócić na siebie uwagę – oni przede wszystkim potrzebują pomocy;
2. „społeczne” – dla towarzystwa – dzieci czują się samotne, piją by uniknąć izolacji z grupy, nie być odmieńcem, pozbyć się napięcia, niepewności, zwłaszcza w stosunku do płci przeciwnej;
3. „w poszukiwaniu przyjemności” – dobrze się bawić, aby nie było nudno lub dla efektów działania alkoholu (zakazany owoc pociąga), by uciec przed presją dorosłych.

Kępiński (wg 4) wyróżnił jeszcze inne style picia, częściowo mieszczące się w powyższych motywach: „neurasteniczny”, „kontaktywny”, „dionizyjski” (oszołomienie, ucieczka od rzeczywistości), „heroiczny” (poczucie mocy) oraz „samobójczy”.

Badania ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) prowadzone są od 1995 roku, co 4 lata w różnych krajach europejskich. Ich celem jest analiza rozmiarów używania substancji psychoaktywnych. Ostatnie badania wykonane w 2024 roku w Polsce, opublikowane w marcu 2025 (5) wykazują, że alkohol kiedykolwiek w życiu spożywało 73% 15/16-latków oraz 91% – 17/18-latków. Średni wiek inicjacji alkoholowej pozostaje w przedziale 12-16 lat (najczęściej 13-14 lat), co zwiększa ryzyko uzależnienia. Nadal problemem pozostaje łatwa dostępność alkoholu. Dla młodzieży jest on osiągalny bez większego problemu – nie tylko w sklepach, ale także w domach rodziców. 40% młodzieży w grupie

15-16 lat nie napotyka ze strony rodziców bezwarunkowego zakazu picia alkoholu (5).

Szczególnie niebezpieczna jest inicjacja alkoholowa przed 15. r.ż. Picie alkoholu w młodym wieku osłabia pamięć, zaburza koncentrację i reakcje emocjonalne, ogranicza elokwencję, pogarsza umiejętności poznawcze, co skutkuje trudnościami w nauce. Zmiany mogą być trwałe, ponieważ ośrodkowy układ nerwowy 15-lątka wciąż dojrzewa, jego osobowość nadal kształtuje się. Uzależnienie może wystąpić już po kilku miesiącach picia, podczas gdy przy inicjacji alkoholowej między 20 a 25 r.ż. potrzeba na to średnio ok. 3-4 lata. Wówczas cztery razy częściej występuje też uzależnienie od alkoholu w wieku dorosłym, niż u osób, które zaczęły pić po 20 r.ż. życia (4).

Im wcześniej bierzemy, tym szybciej uzależniamy się, podkreśla dr Eryk Matuszkiewicz, toksykolog ze Szpitala Miejskiego im. Franciszka Raszei w Poznaniu (1). Odwrotnie, z każdym rokiem późniejszej inicjacji alkoholowej prawdopodobieństwo uzależnienia spada o 14%, a ryzyko nadmiernego spożywania alkoholu zmniejsza się o 8% (5).

Jeśli matka pije w czasie ciąży, największe zagrożenie występuje dla płodu. Negatywne skutki dla rozwoju dziecka w postaci alkoholowego zespołu płodowego (FAS - Fetal Alcoholic Syndrome, FASD - Fetal Alcoholic Spectrum Disorder) mają miejsce nawet przy zwykłych „niewinnych” drinkach, pitych dla odprężenia. Płód rozwija się nieprawidłowo. Występują zaburzenia rozwojowe: hipotrofia, małowłowie, dysmorfia twarzy, wady kończyn, opóźnienie lokomocji. W wieku szkolnym (szkoła specjalna) charakterystyczne są znaczne zaburzenia pamięci. Dziecko wymaga stałej pomocy „gubi się przy ubieraniu, nie potrafi samo się umyć... nie orientuje się w wartości pieniądza, nie rozpoznaje pory dnia” (6).

Dr Aleksandra Lewandowska, konsultant krajowy w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży (7), stwierdza (cytuje) – „Niemał 70 proc. nieletnich kierowanych z postanowienia sądów w ramach środka leczniczego to przede wszystkim osoby z diagnozą uzależnienia, najczęściej mieszanego, od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Są to konsekwencje zarówno braku uważności ze strony osób dorosłych, jak i podstawowych działań, związanych z profilaktyką, a w tym z edukacją. Zbyt mało uwagi poświęca się napojom bezalkoholowym i wpływowi ich spożywania przez młodych na kształtowanie nawyków”.

Badania przeprowadzone na Mazowszu (8) wykazują częstsze spożywanie alkoholu w małych miastach. Autorka badań podkreśla potrzebę organizowania, szczególnie w małych miejscowościach, atrakcyjnych dla młodzieży ośrodków edukacji i kultury, alternatywnych do miejsc spożywania alkoholu, gdzie mogliby rozwijać swoje zainteresowania na trzeźwo.

Młodzież sięga po coraz mocniejszy alkohol – niemal połowa badanych przyznaje, że w ostatnim miesiącu przynajmniej raz się upiła! W takiej sytuacji występują skłonności do zachowań ryzykownych, co oznacza przygodny seks, zakażenia przenoszone drogą płciową, a także sięganie po inne substancje psychoaktywne: nikotynowe i konopne.

Oksykodon – to ostatni krzyk mody wśród nastolatków. Popularne są też marihuana, ketamina, mefedron, tzw. kryształ. Po ketaminie „człowiek zatapia się w sobie... siedzi i odpływa” w całkowitą samotność (9). Dr Dorota Klimaszyk informuje, że na oddział toksykologiczny Szpitala Miejskiego

im. Fr. Raszei w Poznaniu trafiają nawet trzynasto- i czternastolatki. Na szczęście, łatwym do przedawkowania silnym fentanylem (opiod – dawka toksyczna 4 mikrogramy/kg) młodzież jest mniej zainteresowana. Zanika moda na dopalacze. Gdy nie osiąga się przewidywanego sukcesu wracają opiaty wywołujące szybkie uzależnienie fizyczne i psychiczne. Ale nie da się ćpać opiatów bez przerwy, mówi uzależniony 30-latek – „miałem paru kolegów z wielu ośrodków (odwykowych!) – prawie wszyscy nie żyją” (10). Uzależnienie kieruje się deficytami emocjonalnymi i lubi skrajności: biedę i bogactwo (1).

Nastolatkom czerpią wzory picia alkoholu od dorosłych, zwłaszcza w rodzinie. To rodzice mają zasadniczy wpływ na kształtowanie postaw, przekonań i zachowań ich dzieci w kwestii alkoholu. Współpraca rodziców w działaniach prewencyjnych jest niezbędna, o co trudno przy demonstracji postaw tolerujących spożywanie alkoholu.

Negatywną sytuację pogłębia dodatkowo niedożywienie oraz przeciążenie uczącej się młodzieży obowiązkami szkolnymi ponad dopuszczalne normy higieny psychicznej, higieny pracy i wypoczynku, często w ograniczonej przestrzeni, przy nieprawidłowym oświetleniu, na nieergonomicznym stanowisku nauki i biernym wypoczynku. Takie warunki wpływają negatywnie,





szczególnie na ośrodkowy układ nerwowy, narząd wzroku i układ ruchu.

West i in. (11) wykazali m.in., że aktywna fizycznie młodzież była mniej zainteresowana alkoholem, chociaż pewne wydarzenia sportowe mogą być przyczyną sięgania po alkohol (12). Tremblay i in. (13) stwierdzili, że wydłużanie czasu spędzanego przed ekranem TV sprzyja nie tylko rozwojowi otyłości i występowaniu stanów depresyjnych, ale także nałogowi nikotynizmu, w mniejszym stopniu alkoholizmu.

Wiele badań długoterminowych dotyczących uzależnienia młodzieży od alkoholu pochodzi z Chin (np. 12,14,15). Wang i in. (14) podkreślają też kluczową rolę rodziny i szkoły w kształtowaniu zdrowych nawyków dzieci i młodzieży.

Chen i wsp. (15) - autorzy wytycznych 24-Hour Movement Guidelines (24-HMG), zgodnie z WHO, zalecają minimum 60 minut umiarkowanej/intensywnej aktywności fizycznej dziennie, ograniczenie czasu przed ekranem do 2 godzin oraz długość snu dostosowaną do wieku dziecka: 9-11 godzin przed 12 r.ż. i 8-10 godzin

dla nastolatków 13-17 r.ż. Zdaniem Brzeskiej i in. (16), przestrzeganie tych wytycznych stanowi ważny element profilaktyczny stosowania substancji psychoaktywnych: tytoniowych, alkoholowych i konopnych.

Zdaniem Krajowego Konsultanta ds. Psychiatrii Dzieci i Młodzieży – dr Aleksandry Lewandowskiej (17), na Mazowszu narasta kryzys w tej dziedzinie, ponieważ NFZ nie przedłużył części obowiązujących umów z ośrodkami oferującymi pomoc psychologiczną i psychiatryczną na pierwszym poziomie referencyjnym. Może to oznaczać poważne zagrożenie dla ciągłości leczenia dzieci i nastolatków i osłabić cały model środowiskowej opieki psychiatrycznej.

Raport Biura Analiz Sejmowych informuje, że, koszty społeczne picia alkoholu w Polsce w 2019 roku wyniosły 43,7 miliarda złotych, co przewyższa wpływy z akcyzy na alkohol (5). Z tego tytułu Polska straciła ponad 1,3% swojego PKB, co wywarło niebagatelny wpływ na funkcjonowanie systemu zdrowia oraz całej gospodarki.

Od wielu lat prowadzone badania ankietowe potwierdzają (m.in. obserwacje z 2021 roku), że spożywanie alkoholu wśród młodzieży wciąż dominuje i utrzymuje się na podobnym poziomie. Druga bardzo popularna używka – to nikotyna (1), w tym e-papierosy (30% palących przechodzi do klasycznych, podobnie jak z piwem bezalkoholowym).

Niestety, aktualnie w naszym systemie ochrony zdrowia, brak jest wdrożonego programu profilaktyki uzależnieniom młodzieży, m.in. od alkoholu. Okres oczekiwania na poradę specjalistyczną sięga niekiedy kilku miesięcy. Śladowe pozostaje też poradnictwo psycho-socjo-medyczne dla młodzieży, co dodatkowo utrudnia zapobieganie. Pozytywny efekt uzależnieniu może przynieść jedynie kompleksowa współpraca rodzin, nauczycieli i samych nastolatków, którzy muszą być przekonani, że podejmowane działania są dla ich dobra i wzmacniania własnej wartości.

Źródła:

1. Woźniak M.: Wakacje z używkami. Toksykolog: wolny czas wypełniamy używkami. Głos Wlkp. 08.08.2025. s.10-11.
2. "Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych m. st. Warszawy". Raport „Młodzież 2015”, CBOS 2016

3. Raport z badań „Młodzież 2018”. <https://ore.edu.pl/2020/02/raport-mlodziez-2018>
4. Wojtyła A., Bojar I., Biliński P.: Problem spożywania alkoholu wśród młodzieży w Polsce. Medycyna Ogólna 2010,16 (XLV): 4
5. Borkowska A.: Raport ESPAD 2025 alarmuje: Polska młodzież w alkoholowej pułapce, a system wciąż bezradny. Polityka zdrowotna 13.05.2025. Medicalpress.pl, politykazdrowotna.com
6. Świąchowicz M.: Duszę w sobie strach, co będzie dalej. Opowieść o ciąży i alkoholu. Newsweek 35/2025, 25-31.08.2025, 7-9.
7. Wojnar M., Lewandowska A., Kustosz M.: To się leczy, młodzież, dzieci, alkohol. Fundacja „To się Leczy” 14.05.2025
8. Korporowicz-Żmichowska, V.: Spożycie alkoholu przez pełnoletnią młodzież szkolną w świetle badań „Młodzież Warszawy” i „Młodzież Mazowsza”. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2023, 28(3): 258–266.
9. Karpiuk D.: Zatopieni w sobie. Newsweek Nr 36/2025, 1-7.09.2025, 44-47.
10. Karpiuk D., Wójcicki A.: Żeby tylko nie czuć. Newsweek Nr 26/2024, 24-30.06.2024, 6-10.
11. West A.B. i in.: A systematic review of physical activity, sedentary behavior and substance use in adolescents and emerging adults. Transl. Behav. Med. 2020,10:1155-1167
12. Liu M. i in.: How does physical activity intervention improve Self-Esteem and Self-Concept in children and adolescents? Evidence from a meta-analysis. PLOS ONE 2015,10 e0134804.
13. Tremblay M.S. i in.: Systematic review of physical activity, sedentary behavior and health indicators in school-age children and youth. In: J. Behav. Nutr. Phys. Act. 2011,8:98.
14. Wang F. i in.: Mental health and substance use in urban left behind children in China: a growing problem. Child Youth Serv. Rev. 2020,116: 105-135.
15. Chen Z. i in.: The combination of physical activity, screen time and sleep and their associations with self-reported physical fitness in children and adolescents. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022,19:5783.
16. Brzeska M. i in.: Wpływ zdrowych nawyków na ryzyko stosowania środków psychoaktywnych wśród dzieci i młodzieży – badania przekrojowe. STANDARDY MEDYCZNE PEDIATRIA 2025,22(4):373-377.
17. Lewandowska A.:
18. PolitykaZdrowotna.com, <https://politykazdrowotna.com> Poznań, 22.09.2025

O terapii, motywacji i pokonywaniu granic

Rozmowa z Doktor **Anną Pielą** – specjalistą psychiatrii, terapeutą uzależnień

JUSTYNA RAJKIEWICZ

SPECJALISTA CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH
I MEDYCYNY RODZINNEJ

Justyna Rajkiewicz: Pani Doktor, jakie są najczęstsze powody zgłaszania się na terapię uzależnienia od alkoholu? Czy pacjent decyduje się na nią sam czy pod wpływem presji, na przykład rodziny?

Anna Piel: Myślę, że trudno znaleźć jeden powód, zwykle jest ich kilka. Na pewno część pacjentów, zgłasza się pod presją otoczenia. Mogą być to naciski ze strony rodziny, ultimatum postawione przez partnera, współmałżonka, zwłaszcza w sytuacji, kiedy uzależnienie w znaczący sposób wpływa na jakość systemu rodzinnego. Ale są również pacjenci, którzy zgłaszają się, ponieważ doświadczyli konsekwencji uzależnienia takich, jak choćby odebrane prawo jazdy. Są też osoby uzależnione korzystające z pomocy różnego rodzaju instytucji, np. Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, Domu dla Osób Bezdomnych. W tych sytuacjach jednym z warunków pomocy jest podjęcie lub kontynuowanie leczenia. Oczywiście jest też grupa osób, które zgłaszają się, bo zdają sobie sprawę, że ponoszą negatywne konsekwencje nałogu.

J.R.: W poprzednim numerze Biuletynu, w artykule doktora Bartosza Szarowara „Opioidy – fakty i mity”, mogliśmy dowiedzieć się, że pacjenci wcześniej uzależnieni, np. od alkoholu, dużo szybciej i łatwiej uzależniają się od leków, głównie opioidów czy benzodiazepin. Czy Pani Doktor też widzi taką korelację?

A.P.: Tak, to prawda. Najczęściej obserwujemy zastępowanie alkoholu lekami, które są bardziej akceptowane społecznie, uzależnienie od nich jest



mniej zauważalne przez otoczenie, przynajmniej na początkowym etapie. Alkohol zazwyczaj łatwo wyczuć. Widzimy, że osoba jest pod jego wpływem, a przy lekach nie zawsze.

J.R.: Czy pacjenci są zdeterminowani? Chcą się leczyć dla siebie czy dla swojej rodziny?

A.P.: Z pewnością na początkowym etapie jest dużo osób, które przychodzą z tak zwaną motywacją zewnętrzną (za namową osób z rodziny czy otoczenia). Wyzwaniem, zarówno dla lekarza jak i terapeuty, jest praca nad tym, aby motywacja zewnętrzna przekształciła się we własną motywację. Nową formą stosowaną w terapii, jest tak zwany dialog motywujący czyli próba prowadzenia terapii w taki sposób, by terapeuta nie narzucał toku terapii, ale by pacjent czuł

się również współtwórcą tego procesu, osobą, która wyznacza kierunek i cele terapii.

J.R.: Co lekarze powinni wiedzieć na etapie kierowania do leczenia?

A.P.: Ważne jest, aby lekarze innych specjalności, którzy zachęcają pacjentów do kontaktu z poradnią, informowali chorych, że skorzystanie z pomocy specjalistycznej nie jest równoznaczne z tym, że pacjent ma nigdy w życiu nie wypić alkoholu. Część osób na pierwszym etapie nie jest w stanie sobie tego wyobrazić. Uznają, że terapia odbierze im tę substancję całkowicie, środek, który dawał im pewną ulgę, był jakimś rodzajem remedium na ich troski i zmartwienia, pomagał radzić sobie ze stresem. Dawniej w procesie terapii był jeden warunek - zero alkoholu. Obecnie

w dialogu motywującym, czy też w takiej terapii, która polega na redukcji szkód, satysfakcję i pozytywne efekty może dać to, że pacjent znacznie ograniczy ilość i częstotliwość spożywania alkoholu, jeżeli na przykład zamiast codziennego picia mocnych alkoholi zdecyduje się pracować w terapii nad tym, żeby sięgać po alkohol rzadziej, na przykład raz w ciągu weekendu, czy raz w miesiącu, czy wyłącznie przy okazji jakichś spotkań towarzyskich oraz zredukuje ilość spożywanego alkoholu. Prowadzimy chorego tak, by cele terapii wyznaczał sam, nie oczekujemy podejścia zero-jedynkowego. Radykalne, mało podmiotowe podejście może zniechęcać pacjentów do kontynuowania terapii. Są pewne odstępstwa, m.in. poważne powikłania zdrowotne lub ciąża. W tych sytuacjach celem leczenia jest bezwzględna abstynencja alkoholowa.

J.R.: Czy wobec tego już w gabinecie POZ powinniśmy informować o tym chorych i zachęcać ich do terapii opartej na dialogu motywującym?

A.P.: Myślę, że warto właśnie tak rozmawiać z pacjentami, żeby zachęcać ich chociażby do pojedynczej wizyty w poradni uzależnień, tylko po to, by zwiększyć ich wiedzę. Tak jak potrzebna

jest pacjentowi wiedza na temat cukrzycy, jaką dietę stosować, na co zwrócić uwagę, tak pacjenci uzależnieni bądź szkodliwie używający alkoholu, również potrzebują wiedzy na temat swojej choroby, nawet jeżeli nie mamy pewności, czy pacjent jest przekonany co do sensu podjęcia terapii. Lekarze POZ oraz innych specjalności powinni znać dopuszczalne ilości alkoholu, które WHO uznaje za bezpieczne. W razie podejrzenia, że pacjent nadużywa alkoholu lub pije problemowo warto przeprowadzić prosty test przesiewowy typu AUDIT,

J.R.: Do gabinetu POZ trafia pacjent, który nadużywa alkoholu. Gdzie go kierować i w jakim trybie?

A.P.: Myślę, że pierwszym krokiem powinno być zgłoszenie się do poradni leczenia uzależnień. W Zielonej Górze funkcjonuje kilka takich placówek: WOTUW przy ul. Zamenhofa, będący częścią Zielonogórskiego Centrum Zdrowia Psychicznego, Lubuski Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień (LOPiT), w którym pracuję, Biuro Pełnomocnika ds. Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Poradnia dla Dzieci i Młodzieży przy Słowackiego.

Co istotne, pacjent nie potrzebuje skierowania.

Podczas rejestracji zostanie zapytany, czy problem dotyczy alkoholu czy innego rodzaju uzależnienia. Nie ma potrzeby podawania dodatkowych szczegółów, pracownicy rejestracji muszą jedynie wiedzieć, jakie uzależnienie będzie leczone. Najlepiej, aby osoba zgłaszająca się na wizytę była trzeźwa, ale stan po spożyciu alkoholu nie wyklucza uzyskania pomocy. Jeśli pacjent chce się czegoś dowiedzieć, porozmawiać, czy po prostu czuje się bezsilny, a nie jest w stanie samodzielnie odstawić alkoholu, otrzyma pomoc. Trzeba mieć świadomość, że przy wielomiesięcznym ciągu alkoholowym odstawienie alkoholu z dnia na dzień bywa bardzo trudne, niekiedy niemożliwe, bez leczenia szpitalnego. Podczas pierwszej wizyty przekazujemy pacjentowi podstawowe informacje o formach leczenia, przebiegu terapii i jej trybie. Często osoby aktywne zawodowo obawiają się, że terapia będzie kolidować z pracą – wcale nie musi tak być. Istnieje możliwość umawiania wizyt po godzinach pracy, skorzystania z oddziału dziennego lub uczestniczenia w terapii popołudniami, łącząc ją z obowiązkami zawodowymi.



J.R.: Ile wynosi czas oczekiwania na pierwszą wizytę w poradni?

A.P.: Jeżeli chodzi o wizytę u psychiatry, wynosi on około 2 miesiące, ale jeżeli jest sytuacja pilna, na przykład pacjent zgłasza się z myślami rezygnacyjnymi, wówczas staramy się przyjąć go jak najszybciej. Wizyty u terapeuty zwykle obejmują spotkania raz w tygodniu albo raz na 2 tygodnie. Nie ma ściśle określonego czasu trwania terapii. Jeżeli pacjent nie pije już dłuższy czas, ale powracając na przykład myśli o używaniu alkoholu, czy są jakieś inne problemy emocjonalne, chory może w dalszym ciągu korzystać z terapii. Pamiętajmy, że uzależnienie jest chorobą nawrotową. Sam nawrót niekoniecznie wiąże się ze spożyciem substancji. Mogą to być objawy „głodu” substancji, okresy, gdy pojawia się dużo złości, zaburzenia snu, uczucie przewlekłego zmęczenia. Mogą to być sygnały nawrotu, wówczas również pacjent wymaga kontynuacji terapii.

J.R.: Pierwsza wizyta jest więc sięgnięciem pacjenta po wiedzę oraz postawieniem przez lekarza właściwej diagnozy...

A.P.: Tak, priorytetem jest postawienie diagnozy. Ustalenie, czy już mamy do czynienia z uzależnieniem, czy jeszcze ze szkodliwym używaniem. Jako specjalista staram się ocenić, co

pacjenta doprowadziło do uzależnienia. Pamiętajmy, że uzależnienie to swego rodzaju wierzchołek góry lodowej, czyli to, co widzimy na pierwszy rzut oka. Pod spodem są zaburzenia lękowe lub depresyjne, zdarzają się zaburzenia osobowości, albo silna sytuacja stresowa, traumy. Człowiek, który ma słabo wykształcone zdrowe mechanizmy radzenia sobie z trudnymi emocjonalnie sytuacjami, sięga po coś, co ułatwi mu wygaszenie niepożądanych emocji, poprawi zaburzony stresem sen. Pacjent sięga po alkohol, który jest łatwo dostępny i dość powszechnie używany.

J.R.: W gabinecie POZ często pierwszym „pacjentem” jest żona uzależnionego, która prosi o pomoc...

A.P.: Tak, ta choroba nie dotyczy tylko osoby uzależnionej, ale całego systemu rodzinnego. Pamiętajmy, że jeżeli członek rodziny zgłosi się po pomoc i terapię, nawet jeżeli nie jest to bezpośrednio osoba uzależniona, tylko na przykład żona, partnerka czy dziecko, to też już może być ważny i duży krok do uzdrowienia rodziny. Ta osoba w procesie terapii zdobywa wiedzę, jak radzić sobie z problemem. Partnerzy, również inni bliscy osób uzależnionych, mają często objawy określane jako zespół współuzależnienia. Wykazują zachowania, które z ich perspektywy



mają zapobiegać picciu, ale są zupełnie nieefektywne. W terapii uczymy rodzinę właściwych reakcji i efektywnego radzenia sobie z uzależnieniem partnera, dbania o siebie w obciążającej emocjonalnie sytuacji oraz odróżniania tego, na co mam wpływ, od tego, co może zmienić jedynie osoba uzależniona.

J.R.: Czy możemy oszacować, ilu pacjentów wychodzi z nałogu?

A.P.: Nie znam danych statystycznych, natomiast nie patrzyłabym tak „zero-jedynkowo”. Zastanówmy się, co znaczy wychodzić z nałogu. Jeżeli



pacjent zacznie pracować nad tym, żeby zmniejszać używanie, zacznie analizować, jakie są zyski, a jakie straty trwania w uzależnieniu, to już jest to krok do przodu.

J.R.: Pani Doktor, czy uzależnienie rodzi się w dzieciństwie?

A.P.: Badania pokazują, że etiologia uzależnień jest wieloczynnikowa. Oczywiście, mówimy o predyspozycji genetycznej, szczególnie jest to widoczne w przypadku linii męskiej. Na pewno predysponują czynniki społeczne czy psychologiczne. Nie do przecenienia jest rola stresu w życiu pacjentów, obecność traumatycznych wydarzeń, brak konstruktywnych wzorców radzenia sobie z emocjami, a jednocześnie brak przyzwolenia ze strony rodziców na tak zwane trudne emocje. Szczególnie dotyczy to złości, lęku czy smutku. Wszyscy znamy stereotyp twardego, mocnego mężczyzny, któremu „nie wypada płakać”. Osoba uzależniona to z reguły osoba z bagażem trudnych doświadczeń.

J.R.: W tej chwili dużo się mówi o prohibicji jako metodzie walki z pijącym społeczeństwem...

A.P.: Zdania na ten temat są podzielone. Myślę, że dopiero czas pokaże, jakie efekty przyniesie wprowadzenie tego rozwiązania. Mój pierwszy odruch był pozytywny – uznałam, że ograniczenie dostępu do alkoholu w godzinach nocnych to krok w dobrym kierunku. Z pewnością osoby będące w ostrym ciągu alkoholowym, mając łatwy dostęp do alkoholu, będą nadal pić dużo i nieprzerwanie. Z drugiej strony pojawiają się głosy, że po wprowadzeniu takich ograniczeń może rozwinąć się „szara strefa” – produkcja domowa, nielegalny dowóz alkoholu lub jego sprzedaż po wyższych cenach, np. w restauracjach. Myślę, że społeczeństwo szybko znajdzie sposoby na obejście zakazu, a tym samym samo ograniczenie godzin dostępności alkoholu nie rozwiąże problemu uzależnienia. Specjaliści twierdzą, że większe znaczenie miałoby zmniejszenie liczby punktów sprzedaży alkoholu w przeliczeniu na liczbę mieszkańców.

J.R.: Co powiedziałaaby Pani Doktor rodzicom, którzy obawiają się kontaktu młodzieży z alkoholem?

A.P.: Zaleciłabym, żeby rozmawiali z młodymi ludźmi na ten temat, pytali, co wiedzą o działaniu alkoholu, ale przede wszystkim zwiększali swoją wiedzę. Ważne, aby wcześniej uczyć dzieci asertywności, umiejętności odmawiania i wzmacniać ich poczucie własnej wartości. Uczmy młodzież, co powinni robić, kiedy już trafią w takie środowisko, w którym pojawia się alkohol. Uczmy ich pewności siebie, budujmy ich pozytywną samoocenę. Zachęcamy do rozwijania pasji, co w tej chwili jest niemałym wyzwaniem, z racji konkurencji ze światem cyfrowym, światem mediów społecznościowych. Ważna jest w młodym wieku potrzeba bycia akceptowanym w grupie. Młody człowiek niepewny siebie, bez silnej pozytywnej samooceny może obawiać się odrzucenia przez grupę, jeżeli odmówi znajomym spożycia alkoholu lub innej używki. Jest to jedna z dróg do problemu i torowanie drogi do uzależnienia. Z drugiej strony przyglądamy się sobie, naszym stylom spożywania alkoholu, pamiętając, że dzieci i młodzież naśladują rodziców i osoby z bliskiego otoczenia.

J.R.: Pani Doktor, a alkoholizm wśród personelu medycznego?

A.P.: Nie znam dokładnych danych statystycznych, jednak przypuszczam, że nie różnimy się znacząco od reszty społeczeństwa. Niestety, społeczna stygmatyzacja problemu uzależnienia często hamuje decyzję o zgłoszeniu się po pomoc. Nie zawsze wiedza medyczna na temat szkodliwości alkoholu jest wystarczającym czynnikiem chroniącym. Uzależnienie podtrzymywane jest przez różne mechanizmy obronne, takie jak racjonalizacja, intelektualizacja, wyparcie, niezależne od wiedzy i wykształcenia. Mogą one utrudniać podjęcie terapii.

Jako społeczeństwo często zachowujemy się jak osoby współuzależnione – roztaczamy parasol ochronny nad rodziną czy przyjaciółmi nadużywającymi alkoholu, przymykamy oczy, udajemy, że problemu nie ma. Chciałabym jednak przekonać, że jeśli zauważamy u kogoś problem, warto z tą osobą porozmawiać, delikatnie, ale wyraźnie zaznaczając, że widzimy oznaki problemu alkoholowego. Zaproponujmy pomoc, dajmy sygnał wsparcia. Wielu moich pacjentów nie otrzymało wcześniej żadnej informacji

zwrotnej od otoczenia – sądzili, że nikt niczego nie dostrzeże. Taka postawa otoczenia opóźnia nierzadko moment zgłoszenia się na terapię.

J.R.: Jakie działania społeczne, okiem Pani Doktor, mogą być najskuteczniejsze w walce z uzależnieniem od alkoholu wśród Polaków?

A.P.: W mojej opinii, już na etapie szkoły podstawowej warto wprowadzać wiedzę o emocjach, sposobach radzenia sobie z nimi, oraz o asertywności. Jako państwo powinniśmy przeznaczać środki na edukację rodziców i organizację warsztatów wspierających rozwój kompetencji emocjonalnych. Powinniśmy również postrzegać uzależnienie jako „chorobę emocji”. Jeśli nie nauczymy społeczeństwa, jak radzić sobie z emocjami, lub uznamy, że pewne uczucia są „zakazane” i nie należy ich doświadczać, to one i tak nie znikną – prędzej czy później dadzą o sobie znać, wpływając w różny sposób na zdrowie psychiczne człowieka. Uważam także, że zakaz reklam alkoholu ma sens, ponieważ pozwoli ograniczyć przedstawianie go jako atrakcyjnego środka służącego poprawie nastroju i uprzyjemnianiu codzienności.

J.R.: Na jakie trudności napotyka Pani Doktor w prowadzeniu terapii?

A.P.: Myślę, że jednym z głównych problemów jest wzbudzenie w pacjencie wewnętrznej motywacji do leczenia, ponieważ motywacja zewnętrzna w dłuższej perspektywie może okazać się niewystarczająca. Terapia to w dużej mierze praca własna – bez zaangażowania chorego i jasno określonego celu leczenia trudno oczekiwać dobrych rezultatów. Kolejnym wyzwaniem są emocje, które dochodzą do głosu w trakcie terapii. Wcześniej tłumione przez alkohol, w toku terapii stają się intensywniejsze. Jeśli terapeuta czy lekarz ma skutecznie pomóc pacjentowi radzić sobie z nimi, musi mieć również świadomość swoich reakcji emocjonalnych. Konieczna jest tutaj praca terapeuty czy lekarza nad sobą i korzystanie z superwizji, czyli konsultacji bardziej doświadczonego specjalisty.

J.R.: Pani Doktor, serdecznie dziękuję za rozmowę.

A.P.: Dziękuję.



DR WŁODZIMIERZ JANISZEWSKI

SPECJALISTA EPIDEMIOLOG

Mówi się często, że alkohol jest równie stary jak ludzkość. Nie jest to jednak prawda - jest on znacznie starszy. Ocenia się, że fermentacja alkoholowa, a więc przemiana cukru w alkohol, istniała już 4 miliardy lat temu. Tak więc człowiek nie wymyślił alkoholu, lecz zastał go w swoim środowisku. Związek ten, o nieskomplikowanej budowie składającej się tylko z trzech pierwiastków - węgla, tlenu i wodoru, tworzył się samoistnie przy pomocy drobnoustrojów wszędzie tam, gdzie istnieją rozcieńczone roztwory cukru w ciepłym klimacie. Człowiek tylko go doskonalił, spożywał i niestety, uzależniał się. Doświadczył tego nawet biblijny Noe, który po potopie uprawiał winorośle i upijał się winem, na co ostro zareagował jego syn, Cham, za co został przeklęty (jeden z programów profilaktyki alkoholowej nazywał się NOE). Wiadomo, że w trzecim tysiącleciu przed naszą erą w Mezopotamii, Chinach i Egipcie powszechnie znane było wino i piwo. We Włoszech w I w. naszej ery, prowadzono destylację alkoholem, ale służył on głównie celom medycznym. W XVIII w. opanowano technologię produkcji wódki z ziemniaków. Wiek XIX to okres największego nadużywania alkoholu w Europie i Polsce (piwo, wino i wódka). Należy zaznaczyć, że alkohol może zniewolić całe społeczeństwa, np. „woda ognista” zniszczyła społeczność indiańską, okupacyjne władze niemieckie nie zakazywały domowej produkcji alkoholu (bimber, samogon), a żołnierze

Alkoholizm – problem medyczny i społeczny

rosyjscy spożywali duże ilości głównie przed walką. Napoje alkoholowe pojawiają się obok nas już w pierwszych dniach naszego życia, ponieważ świętowanie naszych narodzin odbywa się wśród toastów „na zdrowie” „za pomyślność” i brzęku kieliszków. Gdy kończymy nasze życie prawdopodobnie alkohol będzie spożywany na stypie dla uczczenia naszej pamięci przez bliskie nam osoby. Rzadko odbywają się wesela bez alkoholu. W ciągu życia jest tysiące sytuacji, w których pojawia się alkohol: noworoczne i świąteczne toasty, randki, spotkanie w nowym mieszkaniu („parapetówka”), imieniny, uroczyste rocznice, awanse itd. Niestety, często zdarzają się sytuacje dramatyczne i tragiczne - używanie przemocy rodzinnej, wypadki samochodowe, zabójstwa, samobójstwa czy ostre zatrucia nie do uratowania. Dlatego też pojawiły się różne powiedzenia, rymowanki piętnujące spożywanie alkoholu. Każdy zna – „alkohol to zguba ludzkości”, „częste picie skraca życie” czy „pij, bracie, pij, na starość torba i kij”.

Alkohol po wypiciu szybko wchłania się z żołądka (20%), reszta później w jelicie cienkim. Napój gazowany (CO_2) przyspiesza wchłanianie, tłuszcze i białko opóźniają. Jeżeli żołądek jest pusty – alkohol wchłania się szybko w ciągu 30 minut, a z posiłkiem 1-2 godziny. W ustroju ulega spaleniowi – najpierw do aldehydu octowego, następnie do kwasu octowego. Są to substancje toksyczne (protoplazmatyczne, nowotworowe) niszczące komórki licznych narządów, szczególnie w zatruciach przewlekłych szybko pogarsza stan zdrowia. Wg WHO alkohol znajduje się na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia. Ponad 60 rodzajów chorób i urazów, a niektórzy badacze sądzą, że dużo więcej, ma związek ze spożywaniem alkoholu. Warto przypomnieć występujące najczęściej:

- układ nerwowy: polineuropatie, zmiany zanikowe mózgu i mózdzku, ubytek szarej substancji mózgu;
- układ pokarmowy: przewlekłe stany zapalne błon śluzowych, jamy ustnej, przełyku, żołądka, stany zapalne trzustki i wątroby (stłuszczenie, zwłóknienie i marskość);
- układ krążenia: nadciśnienie tętnicze, kardiomiopatia alkoholowa;
- układ oddechowy: przewlekłe zapalenie błony śluzowej tchawicy i oskrzeli, rak jamy ustnej, krtani i tchawicy występują 10-krotnie częściej u osób nadużywających alkoholu. Należy także unikać płukania jamy ustnej będącymi w sprzedaży produktami zawierającymi alkohol;
- układ moczowy: dna moczanowa, ostra niewydolność nerek;
- układ hormonalny: zaburzenie płodności.

Według orzeczenia Sądu Najwyższego 0,2 - 0,5 promila to stan wskazujący na spożycie alkoholu; 0,5 promila to próg nietrzeźwości, powyżej 0,5 promila – stan nietrzeźwości. Warto wiedzieć, że alkohol spala się 0,1 g na kilogram wagi ciała na godzinę.

Wpływ alkoholu na organizm człowieka:

- Przy stężeniu powyżej 1 promila - człowiek sprawia wrażenie całkowicie trzeźwego, ale ma opóźnienie reakcji psychicznej na bodźce zewnętrzne;
- 1-2 promile - objawy podniecenia, pobudzenie, euforii, potliwość, przyspieszenie czynności serca i oddechu;
- 3 promile - upośledzenie koordynacji ruchów, niepewny chód, zawroty głowy, wymioty, senność;
- 4 promile - wyraźne zaburzenia ruchowe, osłabienie mięśni, głęboki sen;
- 5 promili - odruchy zanikają, RR niskie, osłabienie czynności serca, narkoza, może wystąpić porażenie ośrodkowego oddechu.

Specjaliści toksykolodzy określają śmiertelną dawkę na około 0,7-1 litra

wódki wypitej w krótkim czasie lub 6-8 g na 1 kg.

Warto przypomnieć, że w utrwalaniu alkoholizmu w naszym kraju miała udział tzw. medycyna ludowa. Przez dekady produkowane były tzw. nalewki, głównie z owoców i ziół, stosowane na różne dolegliwości, np. na bóle brzucha stosowano „orzechówkę” – po kieliszku rano i wieczorem, obok wielu innych była także nalewka „na długie życie” (zestaw ziół, minerałów, witamin z alkoholem). Nalewki były ważnym elementem tradycji, obrzędów i spotkań rodzinnych, ale mogły uzależniać od alkoholu. Obecnie także są produkowane, ale w mniejszych ilościach, ponieważ są pracochłonne. Producenci alkoholu są bardzo aktywni i około 15 lat temu wprowadzono nalewki o różnych owocowych i ziołowych smakach, tzw. „małpki”. Podobno nawet dorosłe małpy mogą być pijane, gdyż w krajach tropikalnych spożywają fermentujące owoce z zawartością alkoholu. Jak mówią eksperci, wprowadzenie „małpek” miało zachęcić do picia kobiety przez stworzenie warunków dyskrecji (mała butelka, dobre smaki, tania i łatwo schować). Obecnie w punktach, których jest w kraju 230 tys., sprzedaje się 3 miliony „małpek” dziennie (40% z nich w godz. 8.00-12.00,) a rocznie około 1 miliarda butelek. Obecnie to już 30% rynku wódki. W sytuacji zwiększonego spożycia alkoholu pojawiło się nowe zjawisko – zwolnienie lekarskie na kaca, oznaczone kodem C (niepłatne). Ilość ich rośnie. W 2023 r. Polacy wzięli 6,6 tys. takich zwolnień, w 2024 r. – 9,5 tys., a w roku 2025 może być ich więcej. W województwie lubuskim także ilość tych zwolnień wzrasta. Obecnie wiadomo, że alkoholizm jest

poważną i śmiertelną chorobą. Koszty zdrowotne, społeczne, ekonomiczne wynoszą około 30 miliardów złotych, a rocznie z powodu choroby alkoholowej, wypadków, urazów z nim związanych umiera ok. 40 tys. osób. WHO i inne organizacje badawcze uważają, że alkohol jest międzynarodowym zabójcą numer jeden. Co roku z powodu jego spożycia umiera na świecie 3,5 mln ludzi, jest przyczyną 5% wszystkich nowotworów. To neurotoksyczna, rakotwórcza substancja, która silnie uzależnia. Nie ma bezpiecznej dawki alkoholu, nawet małe ilości szkodzą. W oparciu o dotychczasową wiedzę i doświadczenie społeczne należy założyć, że alkoholu z życia codziennego nie da się wyeliminować lub znacznie ograniczyć spożycie, ponieważ jest tani i łatwo dostępny. Stanowi większe zagrożenie dla człowieka niż palenie papierosów.

Obecnie alkohol w różnych ilościach spożywa około 90% dorosłej populacji. Nie pije zupełnie 5-6% mężczyzn i 11-12% kobiet, aż 85% 16-latków próbowało alkoholu. Alkohol w ciąży pije około 50% Polek, z czego około 10% dość regularnie. Młodzież zaczyna próbować w wieku 13-14 lat (piwo). Rocznie wypijamy 11-12 litrów czystego spirytusu na osobę dorosłą. W ostatnich latach nastąpił wzrost spożycia. Obliczono, że alkohol może skracać życie nawet o 20 lat. Działania zmierzające do znacznego ograniczenia spożycia alkoholu na całym świecie są bardzo ograniczone. Nie udało się prohibicja amerykańska obowiązująca 12 lat (1920-1932 r.). W tym okresie urzędowało czterech prezydentów, ale trzech było przeciw prohibicji. Nasiliły się konflikty

społeczne, zwiększyła się przestępczość, a małe buteleczki były chowane w różnych miejscach, np. w podwiązках kobiet. Podobnie było w Rosji carskiej, Kanadzie i w krajach skandynawskich. W Polsce w 1923 r. podwyższono wiek kupujących do 21 roku życia oraz zakaz sprzedaży w soboty i niedziele (szybko pojawił się alkohol domowej produkcji). Obecnie w naszym kraju pod naciskiem opinii publicznej samorządy wprowadzają zakaz sprzedaży w nocy. Dotychczas uczyniło tak 200 samorządów i już osiągnięto korzystne efekty (mniej awantur). Warto zaznaczyć, że pandemia COVID-19 znacznie zwiększyła ilość osób spożywających alkohol i palących papierosy. Obecnie w Polsce trwa szeroka dyskusja o ograniczeniu reklamy i sprzedaży alkoholu. Podczas Konferencji „Tytoń i alkohol – czy one rządzą nami, czy my zarządzamy nimi” zorganizowanej w Sejmie przez klub parlamentarny Polska 2050 przedstawiciele Instytutu Zdrowia Publicznego PZH przedstawili propozycje działań profilaktycznych: wprowadzenie akcyzy proporcjonalnej do zawartości alkoholu w napojach; ograniczenie zawartości alkoholu w piwie do 4%; całkowity zakaz reklamy piwa, w tym wersji bezalkoholowej; zakaz promocji napojów alkoholowych; zakaz sprzedaży alkoholu w godzinach 22.00-9.00; zakaz sprzedaży alkoholu na stacjach benzynowych. Oby się udało. Należy działać, ponieważ nieleczone uzależnienie od alkoholu jest procesem samozniszczenia, a destrukcja dotyczy każdej sfery życia człowieka - zdrowotnej rodzinnej, społecznej, duchowej czy zawodowej.



Nietrzeźwość obciąża SOR, ludzi i system

LEK. SZYMON MICHNIEWICZ

KIEROWNIK SZPITALNEGO ODDZIAŁU
RATUNKOWEGO SZPITALA UNIWERSYTECKIEGO
W ZIELONEJ GÓRZE

W polskich SOR-ach każdy dzień ma podobny rytm. Do oddziału trafiają ofiary wypadków, chorzy z dusznością i bólem w klatce piersiowej, gorączkujące dzieci, pacjenci z sepsą, a obok nich ludzie pod wpływem alkoholu. Z jednej strony procedury ratujące życie, z drugiej walka z konsekwencjami uzależnienia i niewydolnej polityki społecznej. W weekendy i święta nawet co piąty pacjent trafiający na oddział ratunkowy jest pod wpływem alkoholu. To zjawisko, które nie tylko pochłania zasoby szpitali, lecz także wypala ludzi stojących na pierwszej linii systemu.

Skala jest realna, nie anegdotyczna. Według GUS w 2023 roku w izbach przyjęć i SOR-ach pomoc otrzymało blisko cztery miliony osób. W systemie pracującym na granicy zasobów oznacza to dłuższy czas oczekiwania i przesunięcia w triażu, wynikające nie tylko z oceny stanu klinicznego, lecz także z czystej logistyki.

Między medycyną ratunkową a procesem trzeźwienia

Nie każdy nietrzeźwy człowiek w SOR jest „pacjentem” w powszechnym tego słowa znaczeniu. W wielu przypadkach, nietrzeźwi potrzebują tylko czasu i miejsca. Fizjologia procesu trzeźwienia nie wymaga interwencji lekarskiej, lecz jedynie obserwacji i nadzoru. Problem w tym, że w Polsce od lat ubywa izb wytrzeźwień, a znaczna część funkcjonujących odmawia przyjęcia nietrzeźwego człowieka, bo jest „zbyt pijany”, mimo braku jakichkolwiek objawów zagrożenia zdrowotnego, poza samym faktem wysokiego stężenia etanolu. Szpitalne oddziały ratunkowe przejęły więc ich funkcję, choć nie zostały w tym celu stworzone.

Obok tych „prostych” przypadków jest druga grupa znacznie bardziej złożonych. To pacjenci z urazami, w których alkohol jest czynnikiem sprawczym albo komplikującym. Alkohol komplikuje obraz kliniczny obrażeń, maskuje też objawy innych poważnych stanów klinicznych i zwiększa koszty leczenia. Diagnostyka takiej osoby jest dłuższa, droższa i obciążona większym ryzykiem niepowodzenia. Wymaga zaangażowania wielu zasobów, nie tylko oddziału ratunkowego, ale też szpitala. To grupa pacjentów, w której alkohol staje się katalizatorem tragedii.

Dlatego uproszczenie, że „pijani pacjenci to tylko obserwacja trzeźwienia”, jest zwodnicze. W rzeczywistości to spektrum od osób wymagających jedynie nadzoru, po przypadki krytyczne, gdzie alkohol jest jednym z czynników sprawczych tragedii.

SOR w roli nocnego schronienia

Główna słabość leży w strukturze systemu opieki. Część pijanych osób

trafia do SOR-u nie dlatego, że potrzebuje leczenia, ale dlatego, że nie mają dokąd pójść. To osoby bezdomne, często samotne, z rozbitymi więziami rodzinnymi. SOR staje się miejscem, które przyjmuje bez pytań. Gdy po kilkunastu godzinach trzeźwienia kończy się interwencja medyczna, zaczyna się problem socjalny i logistyczny. Po wytrzeźwieniu nie ma dokąd wrócić - to kolejne godziny zaangażowania personelu medycznego, który poszukuje bliskich, organizuje transport, kontaktuje się z pomocą społeczną. Często trafiają one z powrotem na ulicę, a za kilka dni znów przywozi ich karetka. To błędne koło. Szpital staje się substytutem opieki społecznej, a SOR miejscem, w którym medycyna ratunkowa styka się z bezdomnością, samotnością i uzależnieniem.

Taka obecność, choć humanitarnie uzasadniona, ma wysoką cenę organizacyjną. To nie tylko łóżko zajęte przez trzeźwiejącego przez noc człowieka. W czasie, gdy SOR-y pękają w szwach, takie blokady multiplikują się, tworząc łańcuch opóźnień. Zespoły ratownictwa medycznego oczekują z pacjentami



w karetkach, triaż wydłuża się, a na końcu całego łańcucha czekają pozostali pacjenci. To zaangażowanie personelu medycznego, to zajęcie przestrzeni oddziału, w której już nie znajdzie się inny pacjent. Czasami takie pobyty trwają nawet kilkanaście godzin, to wystarczająco długo, by sparaliżować pracę zespołu medycznego SOR-u.

Prawdziwe ofiary alkoholu

Najbardziej dotkliwy bilans płacą jednak ci, którzy nie piją. Według Komendy Głównej Policji nietrzeźwi kierujący spowodowali w 2023 r. 1331 wypadków, w których zginęły 212 osób, a 1506 zostało rannych. W 2022 r. odnotowano 1415 wypadków, 172 ofiary śmiertelne i 1690 rannych. Ofiary tych zdarzeń trafiają do SOR-u. Często w stanie krytycznym, a w sąsiedniej sali leży sprawca. Dla zespołów medycznych to często podwójne obciążenie, ratować ofiarę i sprawcę jednocześnie. W jednej sali walka o życie dziecka potrąconego przez pijanego kierowcę, w drugiej resuscytacja kierowcy, który prowadził. W takich chwilach medycyna staje wobec granic ludzkiej empatii i etyki, ale nie ma prawa do odmowy.

Personel na granicy odporności

Obecność osób nietrzeźwych w szpitalnych oddziałach ratunkowych to nie tylko kwestia organizacji, lecz także bezpieczeństwa. Pielęgniarki, ratownicy i lekarze są adresatami agresji słownej i fizycznej. Każdy incydent oznacza utracone godziny pracy, konieczność wzywania ochrony i realne ryzyko błędu. Coraz częściej słyszymy o wypaleniu, rotacji i rezygnacjach z dyżurów. Zespół, który pół nocy zabezpiecza jednego agresywnego pacjenta, ma mniej sił, aby

ludzi alkohol nie jest już towarzyszem zabawy i odpoczynku, lecz ostatnim aktem bezradności.

Epilog

Medycyna ratunkowa nie powinna zastępować polityki społecznej. Szpital jest miejscem ratowania życia, a nie noclegownią dla problemów, które wychodzą poza medycynę. Mniej alkoholu w nocy, sprawne ścieżki trzeźwienia dla osób wymagających jedynie nadzoru, opieka postinterwencyjna dla ofiar przemocy i wsparcie rodzin, które żyją w cieniu uzależnienia, to program minimum.



z empatią prowadzić pacjenta z udarem lub sepsą przez złożone procedury diagnostyczne i terapeutyczne.

Święta, weekendy, dni wolne to promile ukrywające tragedie

Polski problem z alkoholem ma swój rytm. Święta Bożego Narodzenia, Wielkanoc, długie weekendy, majówki - dla wielu Polaków to czas rodzinnych spotkań i nadmiaru alkoholu. W statystykach to dni, w których rośnie liczba interwencji Policji i ZRM-ów nawet o 30 procent, a wśród nich dominują wypadki, zatrucia, pobicia i próby samobójcze. Najbardziej aktualne badania potwierdzają, że blisko 40% prób samobójczych w Polsce jest powiązanych ze spożyciem alkoholu. To dramatyczny dowód, że dla części

Każdy krok w tym kierunku skraca drogę pacjenta do adekwatnej pomocy i przywraca SOR-om ich oczywistą rolę.

Trzeźwienie jednej osoby trwa godziny. Trzeźwienie systemu wymaga więcej czasu, ale też decyzji i odwagi zarządzających państwem. Zysk będzie bezcenny: to przede wszystkim czas, pieniądze i bezpieczeństwo tych, którzy nie mają żadnego z nich do stracenia.

PUZDERKO Z KLUCZEM

*Flaszki frant jeden w puzderku zamykał,
A co minuta odmykał i łykał.
Hałas sam czyni: «Wypito spod klucza!»
Klucz nie pomoże, gdy gęba dokucza.
Chceszli, by wódki ubywało małe,
Zamykaj gębę często kłótką cale.*

Daniel Bratkowski
(w. XVII)



JUSTYNA RAJKIEWICZ

SPECJALISTA CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH
I MEDYCYNY RODZINNEJ

Według najnowszych danych firmy NielsenIQ tzw. koszyk podstawowych wydatków spożywczych i chemicznych Polaków na pierwszym miejscu obejmował zakup piwa. W 2023 r. wydaliśmy na nie jako naród aż 22,8 mld zł. Co znalazło się na drugim miejscu? Cukier? Chleb? Nie, była to... wódka – w minionym roku wydaliśmy na nią 16,8 mld zł. Na następnych pozycjach zobaczymy między innymi pakowane mięso (9 mld), napoje gazowane (7,6 mld), wodę mineralną (6,9 mld), kawę (5,4 mld) i mleko (5,1 mld). Na wódkę wydajemy więc 3 razy więcej niż na mleko.

Jesteśmy w czołówce krajów unijnych o największej liczbie zgonów spowodowanych zaburzeniami psychicznymi związanymi z alkoholem – trzecie miejsce w Unii Europejskiej – po Łotwie i Słowenii. Rocznie w naszym kraju ponad 100 tys. osób jest ofiarami przemocy domowej po spożyciu. Najczęstszą przyczyną zgonów, związanych z nadużywaniem alkoholu, są choroby sercowo-naczyniowe, w tym zawały serca i udary mózgu. Etanol jest w czołówce czynników zwiększających ryzyko nowotworów złośliwych. Wartość finansowanych świadczeń związanych z leczeniem uzależnień zwiększyła się z 330 mln zł w 2020 r. do 816 mln zł w 2023 r. To więcej o 147,5 procent.

Krzysztof Brzózka, były szef Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, na łamach radia TOK FM przytoczył badania przeprowadzone wśród uzależnionych kierowców, którzy są w trakcie leczenia.

- 70% z tych osób kupowało alkohol na stacjach paliw i, co gorsza, 50 proc. z nich wypilo go tuż przed ruszeniem w podróż bądź piło ten alkohol, prowadząc auto.
- Na trzeźwo każdy z kierowców wie, że nie wolno prowadzić będąc pod wpływem, a jednak część z nich wypije, wsiedzie do samochodu i pojedzie – mówił Brzózka.

Od 1 stycznia 2025 r. wzrosła o 5 proc. akcyza na alkohol etylowy, piwo, wino, napoje fermentowane i wyroby pośrednie. Ministerstwo Finansów liczy na wysokie wpływy z podatku akcyzowego, prognozując je na poziomie 98,7 mld zł w 2025 roku, co stanowi

Polska pije

wzrost o 8,4 mld zł w stosunku do roku poprzedniego. Świadczy to o rosnącym znaczeniu tego podatku dla finansów publicznych. Od wprowadzenia w 2022 r. corocznej podwyżki akcyzy, branża spirytusowa odnotowuje kurczenie się rynku: o 8% w 2022 r., 10% w 2023 r. i kolejne 10% w I kwartale 2024 r. Spada sprzedaż legalnych alkoholi mocnych we wszystkich pojemnościach. Jest jednak druga strona medalu – drastyczne podniesienie akcyzy stanowiłoby bezpośrednie uderzenie w małe i średnie sklepy, dla których sprzedaż alkoholu jest fundamentem rentowności. Piwo odpowiada za 21% wartości całej sprzedaży w małych sklepach. Sklepy małego formatu generują także około 81% wartości sprzedaży wódek smakowych. Nagły wzrost cen doprowadziłby do spadku popytu na kluczowe dla nich produkty, grożąc falą bankructw i utratą miejsc pracy, szczególnie na terenach wiejskich i w mniejszych miejscowościach.

Jaki efekt daje narzędzie, zwane nocną prohibicją? Jest to zakaz sprzedaży wyrobów alkoholowych w nocy a możliwość wprowadzenia takich restrykcji, zazwyczaj obejmujących godziny między 22:00 a 6:00, daje Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Na mocy tych przepisów, rada gminy może podjąć uchwałę ograniczającą sprzedaż alkoholu przeznaczonego do spożycia poza miejscem sprzedaży. Do 2024 roku z tej możliwości skorzystało około 10% gmin w Polsce. Jak dotąd, brak jest jednoznacznych dowodów na skuteczność nocnej prohibicji. Okazuje się, że zdolność adaptacyjna konsumentów utrzymuje popyt na wysokim poziomie. W jaki sposób? Najprostszą metodą są „zakupy na zapas”, tuż przed godziną prohibicji. Kolejnym sposobem jest wyjazd do sąsiedniej gminy, gdzie zakaz nie obowiązuje. Sztandarowym przykładem jest Zakopane, w którym po wprowadzeniu nocnego zakazu sprzedaży, pojawili się taksówkarze z ofertą „nocnych kursów po alkohol”. Sprzedawcy rozwijają też alternatywne sposoby sprzedaży: po godzinie 22 otwierają tzw. „imprezy do degustacji”, „kluby” czy „lokalne gastronomiczne”, gdzie za drobną opłatą klienci wchodzi i zaopatrują się w alkohol. Pojawiły się też usługi „alkoholu na dowóz”, oferowane przez firmy kurierskie a sama

forma tej sprzedaży dodatkowo naraża na konsumpcję osoby niepełnoletnie, ponieważ nie uczestniczą one bezpośrednio w zakupie. Zaobserwowano również pojawianie się większej ilości lokalów typu „wódka i zakąska” czy zwiększenie spożycia alternatywnych używek, jak papierosy czy dopalacze.

Pomimo, że w Polsce obowiązuje jedno z surowszych praw, dotyczących reklamy alkoholu w mediach, Ministerstwo Zdrowia w marcu br. przedstawiło projekt dalszego zaostrzania przepisów. Zapowiada on niemal całkowity zakaz jakichkolwiek form promocji alkoholu. Najbardziej znaczącą zmianą jest propozycja objęcia piwa generalnym zakazem promocji. Projekt wprowadza również istotne ograniczenia dotyczące opakowań napojów alkoholowych. Alkohol w opakowaniach o pojemności do 300 ml będzie mógł być sprzedawany wyłącznie w opakowaniach szklanych lub metalowych. Jest to bezpośrednia reakcja legislacyjna na pojawienie się na rynku produktów takich jak tzw. „alkotubki”. Co więcej, projekt zakłada zakaz sprzedaży alkoholu w postaci innej niż płynna, co ma na celu wyeliminowanie z rynku np. alkoholu w proszku czy żelu.

W hipermarketach sprzedaż alkoholu to znaczący element strategii marketingowej, zwłaszcza że produkty alkoholowe generują wysokie marże. Sieci handlowe stosują szereg technik, by zwiększyć sprzedaż alkoholu, często balansując na granicy przepisów. Przykładem niech będzie umieszczanie przy

wejściu lub w widocznych miejscach, szczególnie w okolicy działu mięsnego, grillowego (np. piwo obok kiełbasy) gdzie tworzą się kolejki oraz tuż obok kas (specjaliści od sprzedaży liczą tu na tzw. impuls zakupowy). Produkty alkoholowe bywają eksponowane na końcach alejek, co szybciej przyciąga uwagę klientów (tzw. „end caps”. Pojawiają się też specjalne wyspy promocyjne – sezonowe, np. lato – piwa smakowe, sylwester – wina i szampany. Celowe jest, abyśmy nie przechodzili obok nich, nie zauważając towarów alkoholowych. Klienci mamieni są praktykami „Kup więcej – zapłać mniej” – np. 4 piwa w cenie 3, zestawy 2+1, zestawami prezentowymi (np. whisky + szklanki, wino + czekoladki). Zachęcają gratisy – np. kieliszek, otwieracz, szklanka z logiem marki, czy Cross-selling – promocje łączone: kup alkohol + przekąski w pakiecie taniej. Nic nie dzieje się przypadkiem.

Sprzedaż alkoholu w Polsce, choć ściśle regulowana prawnie, wciąż pozostaje jednym z największych wyzwań zdrowotnych i społecznych. Codzienna dostępność, agresywne techniki marketingowe stosowane w hipermarketach oraz niska świadomość społeczna dotycząca konsekwencji nadmiernego spożycia alkoholu tylko pogłębiają skalę problemu. W dłuższej perspektywie, potrzebna jest nie tylko kontrola sprzedaży i reklamy, ale także zmiana społecznego podejścia do alkoholu.



Mamo, czy kupiłaś mi już alkotubkę?



MAKSYMILIAN A. BRZEZICKI

DR N. MED. INŻ.

KIEROWNIK ZAKŁADU NEUROINŻYNIERII

I MEDYCYN KOSMICZNEJ

LEKARZ REZIDENT W DZIEDZINIE NEUROLOGII
SZPITAL UNIWERSYTECKI, ZIELONA GÓRA

W 1898 roku firma Bayer wypuściła na rynek rewolucyjny lek na kaszel. Reklamowano go jako bezpieczną alternatywę dla morfiny, która nie uzależnia i świetnie sprawdza się nawet u dzieci. Matki dawały go swoim pociechom na przeziębienie, lekarze przepisywali na wszystko – od bólu zęba po gruźlicę. Przez kilkanaście lat można go było kupić w każdej aptece bez recepty, a Bayer eksportował go do wielu krajów świata. Nazwa tego cudownego leku? Heroina. Tak, dobrze przeczytaliście. Przez prawie dwie dekady XX wieku heroina była dostępna swobodnie, a społeczeństwo uważało ją za idealny lek dla całej rodziny. Dopiero gdy zaczęło przybywać przypadków uzależnień, skutków ubocznych i przedawkowań, świat zorientował się, że ta substancja nie jest zupełnie obojętna dla organizmu.

Tymczasem dzisiaj, ponad sto lat później, w każdym polskim sklepie możesz kupić substancję, która rocznie zabija więcej ludzi niż heroina, kokaina i metamfetamina razem wzięte. Nie potrzebujesz recepty. Nie musisz się

tłumaczyć. Ba, jeśli tego nie zrobisz na imprezie, to ty będziesz musiał się tłumaczyć. Ta substancja? Alkohol.

Pozwólcie, że postawię tęzę kontrowersyjną: alkohol jest twardym narkotykiem. Tak, dobrze przeczytaliście. „Zaraz, zaraz” – słyszę głosy sprzeciwu – „przecież alkohol to nie narkotyk! To substancja, od której znacznie trudniej się uzależnić. To przecież norma kulturowa, tradycja, część naszego życia społecznego”. Otóż nie.

Spójrzmy na fakty. Fentanyl, ketamina, morfina – substancje o „potencjale uzależniającym” wielokrotnie wyższym niż alkohol – są codziennie podawane pacjentom w szpitalach na całym świecie. I co? Czy po wyjściu ze szpitala ci ludzie szaleją po ulicach, krążąc po domach w poszukiwaniu kolejnej dawki? Czy błagają swoich lekarzy o jeszcze jeden zastrzyk? Nie. Wracają do swoich domów, rodzin, pracy. Zapominają o narkotykach tak szybko, jak tylko goi się rana pooperacyjna.

Oczywiście – kontekst ma znaczenie. Osoby z licznymi trudnościami psychospołecznymi; ci, którzy mają łatwy dostęp do fentanylu, uzależniają się od niego częściej niż inne grupy pacjentów. Ale przeciętny chory po zabiegu? Nie myśli o tym nawet przez chwilę. Bo w szpitalu nie bierze narkotyku, żeby uciec od rzeczywistości – bierze lek, żeby poradzić sobie z bólem. A kiedy ból mija, potrzeba znika.

Historia zna jeszcze bardziej spektakularny przykład. Lata 70. XX wieku, wojna w Wietnamie. Media huczały od alarmistycznych doniesień: żołnierze amerykańscy masowo uzależniają się od heroiny w dżunglach Indochin. Badania wykazywały, że nawet 35% żołnierzy eksperymentowało z heroiną podczas służby. Ekspersi w Waszyngtonie bili na alarm – za chwilę przez ocean wróci armia narkomanów, którzy zaleją ulice amerykańskich miast. Przygotowano programy odwykowe, psychiatrzy szykowali się na falę uzależnionych weteranów. I co się stało, gdy chłopcy wrócili do domu? Ledwie kilka procent

z nich kontynuowało używanie heroiny po powrocie do Stanów. Znakomita większość po prostu przestała; bez odwyku, bez terapii, bez dramatycznych scen z filmów o narkomanach.

Jak to możliwe? Odpowiedź jest prosta: to nie heroina była problemem. Kiedy młody mężczyzna wrócił z piekła wojny, w jego domu czekała na niego dziewczyna, mama, koledzy z liceum i perspektywa normalnego życia – przestał potrzebować heroiny. Bo – jeszcze raz – narkotyk nie był problemem. Był narzędziem przetrwania w nieludzkich warunkach.

Tutaj dotykamy sedna sprawy: uzależnienie to nie tylko chemia. To przede wszystkim psychika i relacje społeczne. „Ale przecież są metody leczenia!” – zaprotestujecie. „Leki, odwyki, programy detoksykacyjne!”. Owszem, są. Problem w tym, że statystyki pokazują coś niepokojącego: w pierwszym roku po leczeniu większość pacjentów wraca do picia. Nie dlatego, że terapia nie działa – ale dlatego, że prawdziwy problem pojawia się później.

Powiedzmy, że rzuciłeś. Brawo. Ale co teraz? Gdzie są te trzy godziny dziennie, które spędzałeś w barze? Jak spędzisz piątkowy wieczór, który zawsze zaczynał się od browara? Jak pójdziesz na wesele i będziesz jedynym trzeźwym wśród stu pijanych gości? Gdzie znajdziesz nowych znajomych, skoro wszyscy starzy spotykają się głównie przy piwie?

To pytania, na które żadna tabletką nie odpowie. To pytania o życie, sens, relacje. I właśnie dlatego część ludzi wraca do nałogu – nie dlatego, że alkohol ich chemicznie zniewalał, ale dlatego, że nie potrafili odnaleźć się w trzeźwej rzeczywistości. Ale część – ta trzecia część – znajduje odpowiedzi na te pytania. Buduje nowe życie. I udaje się.

„No dobrze” – słyszę następny argument – „ale alkohol jest legalny i społecznie akceptowany. To musi znaczyć, że nie jest aż tak zły jak prawdziwe narkotyki, prawda?”. Historia prohibicji w Stanach Zjednoczonych to fascynująca lekcja o tym, jak polityka tworzy nasze wyobrażenia o substancjach psychoaktywnych. Gdy w 1933 roku zniesiono prohibicję, okazało się, że policjanci i agenci federalni, którzy przez 13 lat walczyli z przemytnikami alkoholu, nagle nie mają nic do roboty. No to

znaleźli sobie nowe zajęcie – wojnę z narkotykami. I tak *Cannabisindica*, którą jeszcze kilka dekad wcześniej można było kupić w każdej aptece, stała się wrogiem publicznym numer jeden. Kiedyś legalna, potem zakazana, a teraz znów wprowadzana – tym razem jako „medyczna”. Co się zmieniło w chemii konopi przez te sto lat? Nic. Zmieniła się polityka i społeczna narracja.

A wiesz, co było do kupienia na amerykańskich stacjach benzynowych jeszcze w latach 50.? Benzedrina – pochodna amfetaminy. Kierowcy tirów brali ją, żeby nie zasnąć za kierownicą. Nikt nie uważał ich za narkomanów. Kawa, którą popijasz, czytając ten tekst? Kofeina to też psychostymulant – bliski kuzyn amfetaminy. Ale jako społeczeństwo zdecydowaliśmy, że kawę pije się w pracy i jest ok, a amfetamina to już zło wcielone.

Społeczne sankcjonowanie substancji psychoaktywnych ma się nijak do ich faktycznej szkodliwości. To czysta arbitralność, przyprawiona szczyptą historii i dużą dawką hipokryzji. I tu dochodzimy do największego absurdu. Wyobraźcie sobie dwie sytuacje. Sytuacja pierwsza: kolega chwali się na imprezie, że „wczoraj wypilem litr wódki”. Reakcja? „Ha ha, niezły jesteś, stary!”. Poklepanie po ramieniu. Szacunek. „Twardziel”. Sytuacja druga: ten sam

kolega wspomina, że spróbował LSD. Reakcja? Cisza. Zakłopotanie. „Coś ty, zwariowałeś? To narkotyk! Uważaj na siebie...”. Zmartwione spojrzenia. Dystans.

A teraz twarde dane: badania Davida Nutta z 2010 roku plasują LSD jako jedną z najmniej szkodliwych substancji psychoaktywnych – znacznie bezpieczniejszą niż alkohol. LSD ma niemal zerowy potencjał uzależniający i nie powoduje fizycznego uzależnienia. Nie ma udokumentowanego zespołu abstynencyjnego. Alkohol? Uszkadza wątrobę, trzustkę, serce, mózg, zwiększa ryzyko nowotworów, prowadzi do ciężkiego uzależnienia fizycznego i psychicznego. WHO szacuje, że alkohol zabija rocznie około 3 milionów ludzi na świecie. LSD? Statystyki śmiertelnych przedawkowań są tak niskie, że ledwo dają się zmierzyć. Największe zagrożenie przy LSD to „badtrip” – intensywny lęk i panika, które ustępują wraz z działaniem substancji, oraz ryzyko wypadków spowodowanych zaburzoną postrzeganiem rzeczywistości.

Ale my jako społeczeństwo zdecydowaliśmy, że ktoś, kto wciągnie kreskę koksu, to patologia. A koleś, który wypije pół litra wódki? No cóż, „taka już nasza kultura”. „W Polsce wszyscy tak robią”. „Tradycja”.

Ta właśnie „tradycja” i „kultura” służą jako wymówka do usprawiedliwiania najbardziej patologicznych zachowań. Bo przecież „trzeba wypić za zdrowie młodej pary”. Bo „tak się robi biznes”. Bo „jak nie wypijesz z szefem, to nie jesteś swój”. Całe społeczne funkcjonowanie zostało skonstruowane wokół substancji, która – gdyby wynaleziono ją dzisiaj – zostałaby natychmiast zakazana jako niebezpieczny narkotyk.

Czas powiedzieć głośno i wyraźnie: alkohol to twardy narkotyk. Nie ma w tym nic romantycznego, tradycyjnego ani kulturalnego. To substancja psychoaktywna o wysokim potencjale uzależniającym i destrukcyjnym wpływie na zdrowie. Fakt, że jest legalna, nie czyni jej mniej szkodliwą. Fakt, że „wszyscy tak robią”, nie czyni tego akceptowalnym.

Może zamiast piętnować ludzi, którzy raz na rok wezmą mikroskopijną dawkę psychodeliku i nikomu nie szkodzą, przestańmy usprawiedliwiać przemysł alkoholowy i patologie związane z piciem? Może zamiast mówić „no, ale to przecież tylko piwo” – przyznajmy, że jesteśmy narodem z problemem alkoholowym? Może zamiast udawać, że jedna trzecia pacjentów osiągających długoterminową trzeźwość to porażka, zacniemy doceniać tych, którym się udało, i szukać sposobów, by pomóc pozostałym?

Nie mówię, że alkohol powinien być zakazany. Prohibicja nie działa – przekonaliśmy się o tym już sto lat temu. Ale może warto przestać udawać, że etanol to coś innego niż morfina. Że pijaństwo to „kultura”, a nie uzależnienie. Że młody człowiek, który upije się do nieprzytomności na studiach, to „normalka”, a ten, który spróbuje marihuany, to „narkoman”.

Może gdyby młody mężczyzna wracający z imprezy sylwestrowej musiał nazajutrz przyznać: „wczoraj brałem twarde narkotyki” zamiast „wczoraj się upilem” – zacząłby w końcu myśleć o tym, co robi ze swoim ciałem i mózgiem. A może gdybyśmy jako społeczeństwo przestali się oszukiwać, moglibyśmy wreszcie porozmawiać szczerze o tym, czemu tak wielu z nas potrzebuje chemicznej ucieczki od rzeczywistości – bez względu na to, czy ta ucieczka jest legalna, czy nie.



Wyzwalająca wolność

Rzecz o Krucjacie Wyzwolenia Człowieka

KS. DARIUSZ KOROLIK

MODERATOR DIECEZJALNY
RUCHU ŚWIATŁO-ŻYCIE
W DIECEZJI
ZIELONOGÓRSKO-GORZOWSKIEJ

Nietrzeźwość w historię wpisana

Patrząc w przeszłość wielu krajów, także naszej Ojczyzny, możemy zauważyć, że jedną z najbardziej pożądanых wartości była, jest i będzie wolność. Po 123 latach zaborów, w dniu 11 listopada 1918 roku jako naród mogliśmy powiedzieć: „Przywrócono nam niepodległość, oddano nam wolność”. O tę wartość zmagali się pokolenia, nie tylko podejmując działania zmierzające do całkowitego odzyskania suwerenności, lecz także działając w aspektach wyzwolenia narodu ze wszystkiego, co kojarzyłoby się z jakimkolwiek zniewoleniem. Niewątpliwie system komunistyczny nie pozwalał obywatelom zapomnieć o piętnie zarówno pierwszej, jak i drugiej wojny światowej. „Myślenie o naszym narodzie mówi nam, że każdy z nas jest tym, w czym został wychowany, uformowany – człowiekiem z dziedzictwem, ze swoją tożsamością”. Ową wolność i myślenie o własnej tożsamości ludności naszego kraju Polska Rzeczpospolita Ludowa próbowała złamać poprzez szeroko zakrojoną akcję rozpijania narodu polskiego, czerpiąc z radzieckiego modelu i doświadczenia. Narodem nietrzeźwym łatwiej jest sterować, naród pijany jest zupełnie poddany wobec systemu.

„Przeszkody” na drodze do stanu nietrzeźwości

Program trzeźwienia społeczeństwa i doprowadzenia do abstynencji rozpoczyna w Polsce ksiądz Franciszek Blachnicki, kapłan z Górnego Śląska,



ksiądz Franciszek Blachnicki

który obserwując rozwijający się nałóg, inauguruje duchowe dzieło wyzwolenia z alkoholizmu. W roku 1957 powołuje dzieło Krucjaty Wstrzemięźliwości ze stanicą w Katowicach. Jej celem jest podjęcie drogi dobrowolnej abstynencji od alkoholu, podparte osobistą modlitwą. Okazuje się, że dzieło dość szybko pozyskuje sobie rozgłos, zrzeszając coraz to większą grupę zwolenników życia w trzeźwości. Budzi to ogromny sprzeciw ówczesnej władzy, która w osobie księdza Franciszka Blachnickiego i w Krucjacie Wstrzemięźliwości dostrzega zagrożenie wobec przyjętego planu degradacji i podporządkowania sobie społeczeństwa. W 1960 roku Służby Bezpieczeństwa wkraczają do siedziby Krucjaty w Katowicach przy ulicy Jordana 18, dokonując przejęcia i zlikwidowania wszystkich materiałów trzeźwościowych oraz rozwiązując działalność stancji w Katowicach, zakazując jednocześnie księdzu Blachnickiemu jakiejkolwiek działalności w tej dziedzinie. Od tej pory

ksiądz Franciszek Blachnicki zaczyna być uznawany za wroga i przeciwnika władzy Polskiej Ludowej, a Służby Bezpieczeństwa śledzą jego każdy krok i działanie. Wybór kardynała Karola Wojtyły na Stolicę Piotrową 16 października 1978 roku wydaje się także krzyżować plany ówczesnej władzy. 23 października 1978 roku Jan Paweł II na Placu Świętego Piotra wzywa: „Proszę, abyście przeciwstawiali się wszystkiemu, co uwłacza ludzkiej godności i poniża obyczaje zdrowego społeczeństwa, co czasem może aż zagrażać egzystencji i dobru wspólnemu, co może umniejszać jako wkład do wspólnego skarbcza ludzkości, narodów chrześcijańskich, Chrystusowego Kościoła”. Powstały w 1969 roku ruch oazowy,

znany wtedy pod nazwą Ruch Żywego Kościoła, a od roku 1973 przybierający ostatecznie miano Ruchu Światło-Życie, jako nieodzowną część swojej formacji przyjmuje zasadę wolności od alkoholu, a więc dobrowolnej abstynencji oraz uwolnienia od wszystkiego, co sprzeciwia się ludzkiej godności. Podczas pierwszej pielgrzymki papieża Jana Pawła II do Polski, 8 czerwca 1979 roku, w Nowym Targu dochodzi do proklamowania Krucjaty Wyzwolenia Człowieka. Jest ona kontynuacją wcześniej zlikwidowanego dzieła Krucjaty Wstrzemięźliwości i tak jak poprzednim razem – staje się niezwykle popularnym i silnym dziełem, służąc wyzwoleniu nie tylko z nałogu alkoholizmu, ale także z innych uzależnień i zniewoleń.

Dzieło odpowiedzią na nasze „dziś”

Dlaczego dziś potrzeba nam dzieła Krucjaty Wyzwolenia Człowieka? Czy nie jest ona reliktem czasów przeszłych? „Wydać się dziś jeszcze bardziej aktualna

w swym przesłaniu wzywającym do solidarności z człowiekiem uwikłanym w nałogi i człowiekiem młodym zagrożonym w okresie budowania projektu własnego życia”. Od czasu, kiedy powstała Krucjata Wyzwolenia Człowieka, sytuacja w naszej ojczyźnie radykalnie się zmieniła, niestety na niekorzyść osób uzależnionych i uwikłanych nie tylko w nałóg alkoholizmu, ale także inne używki i zniewolenia. Niestety, w dużej mierze dotyczy to ludzi młodych, między 12. a 18. rokiem życia. Obserwuje się, że sięganie po alkohol dokonuje się przy „cichym przyzwoleniu” społeczeństwa. Problem alkoholizmu dotyka także osób pełniących służbę w społeczeństwie: polityków, urzędników państwowych, lekarzy i personel medyczny, osoby duchowne, czyli takie grupy społeczne, które powinny cieszyć się ogromnym zaufaniem, autorytetem. „Po ostrym picu na początku lat 90., ilość czystego alkoholu wypijanego przez statystycznego Polaka ustabilizowała się na poziomie poniżej 7 litrów rocznie. Po 2002 – kiedy obniżono akcyzę na wódkę – wzrosła do blisko 10 litrów w 2009 r.” Ostatnie dane opublikowane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych podają, że w 2021 ilość spożywanego alkoholu sięgała blisko 10 litrów. Ilość ta nie zmieniała się do roku 2024.



Groźny przeciwnik

Po alkohol sięgają ludzie w różnym wieku i o różnym statusie społecznym. Często proces uzależnienia rozpoczyna

się od niewielkiej ilości alkoholu spożywanego okazjnie: bankiety, spotkania towarzyskie, wyjazdy integracyjne. Osoba podatna na uzależnienie (czy to z powodów słabej psychiki lub własnej historii zakorzenionej niekiedy w uzależnieniu członka rodziny) łatwo ulega nałogowi. Brak akceptacji przez społeczeństwo, trudne relacje z bliskimi, niepowodzenia w pracy lub mobbing, samotność – one także, niestety, stają się przyczyną sięgania po alkohol w coraz to większych ilościach. Trzeba również zaznaczyć, iż zdarzają się przypadki spożywania alkoholu w niewielkich ilościach przed, w trakcie lub po pracy, a ich częstotliwość może radykalnie się zwiększać od jednego dnia upojenia alkoholowego do nieprzerwanego trwania w stanie nietrzeźwym.

Podjąć wspólną misję

Jak więc przeciwdziałać dalszemu uwłaczającemu procesowi degradacji ludzkiej jednostki? Oczywiście bardzo ważne jest wspólne przeciwdziałanie zarówno służb państwowych, lokalnych, poszczególnych jednostek promujących abstynencję, jak i każdego w społeczeństwie. Nie możemy milczeć i zgadzać się na dalsze rozpijanie społeczeństwa, nie możemy zgadzać się na problem, jaki nosi w swoim życiu nasz współmałżonek, dziecko, kolega lub koleżanka z pracy. Nie możemy milczeć, nie możemy „nie widzieć”. Być może droga ku wyzwoleniu wiedzie także poprzez życie duchowe, poprzez osobiste wyrzeczenie i dar modlitwy. „Krucjata Wyzwolenia Człowieka nie jest organizacją ani stowarzyszeniem, ale programem działania wyrastającym z chrześcijańskiego poczucia odpowiedzialności i zaangażowania oraz formą chrześcijańskiego świadectwa życia, działalności charytatywnej i apostołstwa. (...) Wyzwolenie człowieka nie jest pojmowane jako wyzwolenie w sensie politycznym, społecznym czy ekonomicznym, ale jako wewnętrzne wyzwolenie człowieka w sensie Ewangelii (...). Wobec społeczeństwa, narodu i państwa KWC podejmuje służbę ratowniczą w obliczu wielkich zagrożeń (...)”. Zatem podjęcie drogi osobistej, jak i narodowej trzeźwości może realizować się poprzez dzieło Krucjaty Wyzwolenia Człowieka, które w żadnej mierze nie straciło na swojej aktualności. Poprzez osobistą

wstrzemięźliwość i modlitwę można stać się nie tylko przykładem wolności, ale także wyprowadzić na wolność tych, którzy sami o własnych siłach nie są już w stanie sobie pomóc. Oczywiście KWC to nie tylko dar abstynencji, modlitwa, ale także konkretna pomoc dla osób nadużywających alkoholu lub innych używek (w tym hazardu, pornografii, narkotyków), uzależnionych lub współuzależnionych poprzez drogę rekolekcji, sakramentalnej spowiedzi, wspierając się także terapią, która tym samym prowadzi do wolności fizycznej, psychicznej i duchowej. Czy podjęcie dzieła Krucjaty Wyzwolenia Człowieka jest trudną misją? Zdecydowanie nie. Wymaga jednak stanięcia wobec prawdy: czy dziś jestem na tyle wolny, by podzielić się tą wolnością z drugim człowiekiem? Czy aby moja wolność nie kończy się wraz z kolejnym drinkiem, kieliszkiem wina? A jeśli żyjesz w trzeźwości, to cóż szkodzi podjąć dzieło Krucjaty Wyzwolenia Człowieka – może akurat komuś przyniesiesz tym samym upragnioną wolność.

BRACIE, GDY JUŻ PIĆ PRZESTANĘ...

*Bracie, gdy już pić przestanę,
a śmierć natrze ze wszech stron,
wtenczas ujrzysz we mnie zmianę,
co oznacza bliski zgon.*

*Testament mam w gotowości,
umrzeć mogę w każdy czas;
pochować mnie bez litości –
o to tylko proszę was.*

*W piwnicy chcę być chowany,
bo tam jest najlepszy grunt;
nogami obróć do ściany,
a zaś głową, gdzie jest szpunt.*

*Zamiast napisu na grobie,
co przyciska zimny głaz,
chcę mieć kochankę przy sobie,
bo i tam z nią chcę żyć wraz.*

*A gdy będę w dół wpuuszczony,
raz ostatni ściśnij dłoń,
niech innym biją we dzwony,
mnie zaś, bracie, w kielich dzwoń.*

(Kolberg. Mazowsze II 271)



NASZ SERWIS

zwolnień. W 2024 r. już 9,5 tysiąca. W 2025 r. może być więcej bo do połowy roku wystawili 5 tysięcy takich zwolnień. W województwie lubuskim także jest tendencja wzrostowa (2024-116, w pierwszym półroczu 2025-232).

Gazeta Lubuska 8.08.2025 r.

❖ Na terenie Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze trwa inwestycja warta 47 mln. Zł. Przebudowywany jest układ komunikacyjny. Powstają nowe drogi i chodniki. Modernizowany jest cały teren szpitala, powstały nowe parkingi na 500 miejsc, w tym 50 dla osób z niepełnosprawnościami, drogi, place sensoryczne, siłownia pod chmurką z której korzystać będą nie tylko pacjenci oddziału rehabilitacji oraz tężnia. Modernizowany jest także system wodno-kanalizacyjny i burzowy.

Nasze miasto 12.06.2025 r.

❖ Ministerstwo Zdrowia rozstrzygnęło konkurs na budowę i modernizację placówek psychiatrycznych. Jedną z inwestycji jest dziecięcy szpital psychiatryczny w Zielonej Górze. Do tej pory takiej placówki w mieście nie było. Najbliższe Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży mieści się w Zaborze w pięknym pałacu, ale nie przystosowanym do nowoczesnego leczenia. Na inwestycje Fundusz Ministerstwa Zdrowia przeznaczył 50 mln zł i będzie zbudowany na terenie dawnego miasteczka ruchu drogowego przy ul. Wyspiańskiego.

Czas Zielonej Góry 9.07.2025

❖ Województwo lubuskie traci mieszkańców. Tylko w 2024 r. liczba ludności spadła o ponad 5 tys. osób. Zjawisko to w ostatnich latach uległo wyraźnemu przyspieszeniu. To może być początek tego głębokiego kryzysu ponieważ młodych jest coraz mniej, seniorów coraz więcej, starzej się siła robocza, rodzi się coraz mniej dzieci (to już 7 rok z rzędu w którym więcej osób umarło niż się urodziło). Zmniejszenie populacji dotyczy aż 68 gmin z 82.

Nasza Lubuska 25.08.2025 r.

❖ Ośrodek Integracji Społecznej w Zielonej Górze otrzymał dofinansowanie ze środków Unii Europejskiej (1,5 mln zł) na wzmocnienie rehabilitacji w ramach projektu „Lubuszanie zdrowi w pracy” Nastąpi doposażenie ośrodków, które zajmują się rehabilitacją na Ziemi Lubuskiej. Dotyczy to osób pracujących, ponieważ potrzeby są bardzo duże, chodzi o szybką i skuteczną rehabilitację a kolejki są bardzo długie.

Nasza Lubuska 25.08.2025

❖ Marszałek, prezydent miasta i rektor UZ podpisali deklarację wspólnego działania na rzecz budowy nowoczesnego szpitala psychiatrii dla dzieci i młodzieży na terenie dawnego miasteczka ruchu drogowego przy ulicy Wyspiańskiego. To będzie największy szpital psychiatrii w kraju. Ustalono, że istniejący tam park będzie maksymalnie chroniony.

Gazeta Lekarska 29.09.2025 r.

❖ W Zielonej Górze będzie Centrum Onkologii. Są już pieniądze i plan budowy. Powstanie na terenie Szpitala za Polikliniką. W nowym budynku znajdą się m.in. kliniczne oddziały chirurgii onkologicznej, chirurgii klatki piersiowej, hematologii, urologii, trzy sale operacyjne, kompleks poradni, zakład medycyny nuklearnej z pracownią scyntygrafii i pracownia PET/CT. Dr hab. med. Maciej Biczysko – kierownik oddziału klinicznego chirurgii ogólnej i onkologicznej podkreśla, że liczba chorych onkologicznie ciągle wzrasta i ta inwestycja jest bardzo potrzebna.

Gazeta Lubuska 7.10.2025 r.

Opracował **Włodzimierz Janiszewski**

NASZE SZPITALE

W województwie Lubuskim funkcjonują 3 ośrodki prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu w ramach Oddziałów Dziennych.

1. Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia WOTUM
ulica Zamenhoffa 27 Zielona Góra
terapia w ramach oddziału dziennego, ambulatoryjna i stacjonarna
telefon do rejestracji: 68 325 76 04
2. Lubuski Ośrodek Profilaktyki i Terapii LOPIT

ulica Jelenia 1A Zielona Góra
terapia w ramach oddziału dziennego i ambulatoryjna
telefon do rejestracji: 68 453 20 00

3. Ośrodek Terapeutyczny „Szansa”
ulica Mickiewicza 21/8 Gorzów Wlkp.
terapia w ramach oddziału dziennego i ambulatoryjna
telefon do rejestracji: 95 735 45 75

Dodatkowo, osoby mierzące się z problemem choroby alkoholowej mogą skorzystać z opieki Oddziałów Całodobowych.

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychicznie Chorych SPZOZ
66-213 Skąpe Cibórz 5
telefon do rejestracji: 68 341 94 55
2. Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu
66-300 Międzyrzecz
ulica Poznańska 109
telefon do rejestracji: 95 742 88 04

Aktualna lista placówek oferujących pomoc dla osób uzależnionych a także współuzależnionych znajduje się na stronie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom pod adresem <https://kcpcu.gov.pl/mapa>

Opracował **lek. Rafał Bojanowski**

Czynnościowe zaburzenia przewodu pokarmowego.

Czy pamiętamy o zaparciu utajonym?



HANNA SIANKOWSKA

LEKARZ SPECJALISTA PEDIATRII

Przewlekłe bóle brzucha u dzieci są przyczyną co dziesiątej wizyty w POZ, a zaparcie czynnościowe dotyczy aż 30% populacji dzieci. Widzimy takich pacjentów praktycznie codziennie.

Najprostszy podział przewlekłych bólów brzucha obejmuje dwie kategorie: bóle czynnościowe (doskonale opisane w IV Kryteriach Rzymskich) oraz bóle o podłożu organicznym. Te ostatnie można rozpoznać na podstawie obecności tzw. objawów alarmowych, o które pytamy w wywiadzie.

Zatem w postępowaniu z dzieckiem zgłaszającym bóle brzucha trwające od kilku tygodni kluczowe znaczenie ma bardzo dokładnie zebrany wywiad z rodzicem.

Podczas rozmowy pytamy m.in. o wypróżnienia – przy czym samo pytanie: „Czy dziecko ma zaparcia?” zdecydowanie nie wystarcza. Niezbędne są szczegółowe pytania dotyczące konsystencji stolca, dolegliwości podczas wypróżnień oraz ewentualnych domieszek patologicznych.

W praktyce większość z nas pyta o klasyczne kryteria zaparcia (toż to częsta przyczyna bólu brzucha), czyli objawy trwające co najmniej miesiąc, takie jak: mniej niż dwa stolce tygodniowo, brudzenie bielizny, zachowania retencyjne, ból podczas wypróżnień, stolce zatykające toaletę oraz czasem decydujemy się na badanie per rectum ze stwierdzeniem obecności obfitych mas kałowych.

Naszym zadaniem jest również rozróżnienie zaparcia czynnościowego od zespołu jelita drażliwego (IBS) w postaci zaparciowej.

A co jeśli pacjent nie ma zaparcia, nie spełnia kryteriów IBS – czy zostaje nam tylko czynnościowy nieokreślony ból brzucha?

Warto wówczas wziąć pod uwagę, że dziecko może nie wypróżniać się codziennie lub co drugi dzień, ale mieć tendencję do gromadzenia stolca w odbytnicy lub oddawać stolce twarde (niespełniające formalnych kryteriów zaparcia). Taki stan określamy jako zaparcie utajone. Czy to rozpoznanie ma znaczenie kliniczne? Moim zdaniem tak. Może ono stanowić odpowiedź na częste dylematy diagnostyczno-terapeutyczne u dzieci z przewlekłymi bólami brzucha.

W literaturze można znaleźć kilka propozycji diagnostycznych zaparcia utajonego:

- obecność twardych stolców (niekoniecznie obfitych) w badaniu per rectum,
- obecność mas kałowych w zdjęciu RTG przeglądowym jamy brzusznej,
- poprawa i brak nawrotu bólu przez 6 miesięcy po włączeniu leczenia rozmiękczającego stolec (pomimo niespełniania kryteriów zaparcia czynnościowego!).

Coraz popularniejszą, nieinwazyjną metodą potwierdzającą retencję stolca jest USG – szerokość odbytnicy powyżej 30 mm może wskazywać na omawiany stan.

W przypadku potwierdzenia retencji stolca należy wdrożyć leczenie makrogolami wg zaleceń typowych dla zaparcia.

Dlaczego nazwa rozpoznania – najlepiej przekazana na piśmie – ma znaczenie?

Żyjemy w czasach niskiego zaufania do lekarzy, ale wysokiej dostępności fragmentarycznej wiedzy medycznej (na polskich stronach parentingowych o zaparciu utajonym nie znajdziemy żadnej informacji). Rodzic dziecka, które wypróżnia się regularnie, po usłyszeniu rozpoznania „zaparcie” prawdopodobnie sprawdzi kryteria zaparcia czynnościowego – i nie znajdując ich u swojego dziecka, może zrezygnować z wdrożenia zaleconego leczenia.

Dlatego, idąc z duchem czasu – pamiętajmy o zaparciu utajonym.



Nowatorska terapia WZW typu C już dostępna dla dzieci w Polsce

JÓZEF SAFIAN

LEKARZ PEDIATRA

Do niedawna dzieci chore na wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C) były leczone interferonem w formie zastrzyków, często przez okres do roku. Skuteczność tej terapii wynosiła zaledwie 50–60%. Od około 10 lat dostępne jest nowoczesne leczenie bezinterferonowe, oparte na tzw. bezpośrednio działających lekach przeciwwirusowych (DAA – *direct-acting antivirals*). Preparaty te działają bezpośrednio na wirusa, umożliwiając całkowite wyleczenie zakażenia.

Na świecie szacuje się, że około 56 milionów osób jest zakażonych wirusem HCV, w tym około 3 miliony dzieci. W Polsce badanie kliniczne oceniające skuteczność terapii DAA u dzieci przeprowadziła **prof. dr hab. n. med. Maria Pokorska-Śpiewak** z Kliniki Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W badaniu wzięło udział 50 pacjentów w wieku od 6 do 18 lat z całego kraju.

Po zakwalifikowaniu do programu leczenia pacjenci otrzymywali lek **sofosbuvir/welpataswir** w formie tabletek.

Otrzymywali miesięczny zapas leku i wracali do domu, a następnie co miesiąc odbywali wizytę kontrolną i pobierali kolejną porcję terapii.

Po trzymiesięcznej kuracji **wszyscy pacjenci zostali całkowicie wyleczeni**. WZW typu C jest obecnie **jedyną przewlekłą chorobą zakaźną, którą można w 100% skutecznie wyleczyć**, stosując doustne leczenie trwające zaledwie trzy miesiące.

Źródło:

Medycyna Praktyczna, Pediatria 4(160) lipiec-sierpień.

Niezdrowe zależności otyłość i rak

MARIA KAPUSTKA

LEKARZ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH
SPECJALISTA MEDYCYNY PRZEMYSŁOWEJ

To było wtedy, kiedy Gianni Versace, wielki kreator mody został zastrzelony przez swojego partnera. Miał zaledwie 50 lat. Spacerowałam reprezentacyjną ulicą w Nowym Jorku i przechodziłam obok jego sklepu firmowego. Uwagę przykuwało ubranie sprzedawców – było całe czarne, łącznie z krawatami. „Ależ sobie wymyślili!” – pomyślałam. A może i pasowało do tego ekscentryka i jego zamiłowania do malowania złotem fali greckiej na czarnym tle, coś z tym motywem było chyba na wystawie salonu firmowego. Sprawę personelu w czerni wyjaśniła informacja w wieczornym dzienniku telewizyjnym o tragicznej śmierci artysty.

Przedemną szła trzyosobowa rodzina: mama, tata i 2-3 letni synek, wszyscy o typie otyłości szafa i kaczkowatym

chodzie. Biedni, chorzy ludzie. I wtedy jeszcze z satysfakcją pomyślałam: jak to dobrze, że Polacy są tacy zgrabni. Tylko dlaczego ten malutki też jest taki gruby? Przecież nie je chyba hamburgerów. Minęło prawie 30 lat. Już nie myślę, że jesteśmy tacy „miarowi”, w sprawie nadwagi dogoniliśmy Amerykanów. Zaskoczył nas dobrobyt.

Winą za epidemię otyłości wszyscy obarczali dotąd śmieciową żywność i brak ćwiczeń fizycznych. Ale przecież otyłe dziecko, np. 10-miesięczne, nie jada hamburgerów, nie podjada pomiędzy posiłkami, nie przesiaduje, oglądając telewizję. Nawet jak niemowlęta nie są przekarmiane i dostają wciąż tę samą ilość mleka, to też mają nadwagę. Czynnikiem decydującym musi więc być podawane mleko. I ten prosty wniosek był jednym z dwu zasadniczych kluczy do zrozumienia przyczyn zjawiska otyłości.

Tym drugim była odpowiedź na pytanie, dlaczego zjawisko otyłości

gwałtownie wzrasta od lat 50-tych XX wieku. Ano po wojnie, w latach pięćdziesiątych, zapotrzebowanie na wołowinę i mleko tak wzrosło, że farmerzy nie nadążali z produkcją. Zrezygnowano z pastwisk i zastąpiono je hodowlą masową. Głównymi składnikami diety bydła i ptactwa domowego stały się kukurydza, soja i pszenica. Produkty te prawie nie zawierają tłuszczów omega-3, obfitują natomiast w kwasy omega-6. Identyczna zawartość tych kwasów jest we wszelkich produktach pochodzących od tak żywionych zwierząt hodowlanych, z których korzystamy na co dzień. A jaka jest zawartość tłuszczów w produktach pochodzących od zwierząt wypasanych na trawach? Idealna, idealna równowaga kwasów omega-3 do omega 6, ich stosunek zbliżony jest jak 1:1. Wiosenna trawa jest szczególnie bogata w kwasy omega-3. I o tej porze roku w naturalnym cyklu rozrodczym krowa rodzi cielę i daje mleko aż do końca lata. W mleku krów wyhodowanych na pastwiskach jak i jego pochodnych: maśle, śmietanie, jogurcie i serach, gromadzi się kwas omega-3. Podobnie jest z wołowiną i jajkami od kur z wolnego wybiegu na trawie. Zaburzenie proporcji kwasów tłuszczowych omega-6 i omega-3 jest zjawiskiem nowym i pojawiło się ono po drugiej wojnie światowej (podobnie jak nagły wzrost spożycia cukru

i pojawienia się syntetycznych związków chemicznych). Ta nierównowaga kwasów tłuszczowych ma związek przyczynowy z otluszczeniem i rozwojem komórek nowotworowych. Dokumentują to badania naukowe na wiarygodnych, dużych grupach badawczych, opublikowane w Ameryce w latach 1996 i 1998, wzrostowi produkcji olejów z grupy omega-6 towarzyszy przyrost osób z nadwagą i podklinicznym syndromem zapalnym (syndrom metaboliczny) oraz wzrostem zachorowań na raka piersi.

Otyłość, po tytoniu, stanowi najistotniejszy czynnik zachorowań na nowotwór. Dopiero od niedawna zaczynamy rozumieć, że rak i otyłość mają wspólne korzenie. Powoli rozwiązujemy wielką zagadkę współczesnej epidemiologii raka i epidemii otyłości.

Wśród odmian raka, których liczba znacząco wzrosła na terenie Stanów Zjednoczonych – znajdują się nowotwory tkanek zawierających tłuszcz bądź przez nie otoczonych: raki piersi, jajowodów, prostaty, wyrostka robaczkowego, naczyń chłonnych.

Organizm ludzki nie wytwarza kwasów tłuszczowych omega-3 i omega-6. Mamy ich tyle, ile dostarczymy z żywnością, a ich ilość zależy od tego, co jedzą spożywane przez nas krowy i kurczaki. Jeśli żywią się trawą, to w ich mięsie, mleku i jajkach istnieje idealna równowaga kwasów omega-3 i 6, ich stosunek jest zbliżony 1:1. Jeżeli żywią się kukurydzą i soją, w naszych organizmach jest nierównowaga wynosząca 1:15 a nawet 1:40! Kwasy te kontrolują funkcje naszych komórek. Kwasy omega-6 pomagają gromadzić tłuszcz, prowadzi do utraty elastyczności komórek, powodują krzepnięcie krwi i rozwój procesów zapalnych. Omega-3 to samo dobro: aktywują rozwój układu nerwowego, czynią ścianki komórek elastycznymi, zapobiegają zapaleniom i ograniczają wytwarzanie komórek tłuszczowych. („Scientific American” wrzesień 1996 i „Natural Medicine” 2(6) s. 689-692).

A co jeszcze tracimy, rezygnując z wypasania zwierząt na trawie? Okazało się, że tracimy jedyny poznany czynnik przeciwdziałający rakowi, którym jest kwas tłuszczowy CLA (związany kwas linolowy). CLA występuje na ogół w serze, ale tylko pochodzącym od zwierząt karmionych trawą.

Kwasy tłuszczowe to tylko jeden z wielu czynników prowadzących do gromadzenia się komórek tłuszczowych. Dieta zwierząt hodowlanych (w Stanach Zjednoczonych i nie tylko) uległa też innym zmianom. W diecie podawane są hormony przyspieszające wzrost masy mięśniowej i ilości mleka. Ostatnio wprowadzono też hormon wzrostu BGH, zwany też BST. Okazało się, że stymuluje on u krów wytwarzanie czynnika IGF, który przenika do ich mleka. IGF jest ważnym czynnikiem potęgującym wzrost komórek tłuszczowych i nowotworów złośliwych.

Stosowanie hormonów wciąż jest zakazane w Europie i Kanadzie, ale nie łudźmy się, porozumienia handlowe sprawią, że trafią na nasze stoły.

Kolejnym czynnikiem, który pogorszył naszą dietę, było pojawienie się w latach sześćdziesiątych ubiegłego stulecia margaryny oraz tłuszczów nasyconych typu trans. Niezdrowa reklama. Przeoczono, że margaryny zawierają olej słonecznikowy (70 omega-6: 1 omega-3) i olej sojowy (7 omega-6 do 1 omega-3), olej rzepakowy wypada w tym zestawieniu najlepiej: 3 omega-3 1 omega-6. Oleje trans to przetworzone oleje płynne na stałe, najczęściej sojowy, palmowy lub rzepakowy. Są one najbardziej szkodliwe dla naszego zdrowia, bardziej niż kwasy omega-6. Stymulują procesy zapalne i są trudne do strawienia. Ich szkodliwe działanie rozpoznano i od 2007 roku tłuszczów typu trans zaprzestano stosować w całym przemyśle spożywczym w Danii, a także

w niektórych restauracjach (Nowy Jork i Filadelfia).

To dlaczego stosujemy je nadal u nas? Biznes, proszę Państwa, biznes. Tłuszcze te nie jełczeją i dlatego miesiącami mogą zalegać na półkach marketów. Ciasteczka, krakersy, chrupki a nawet pizza – wciąż świeże, a jakże! A może znajdziemy polskie ciasteczka, które mają w składzie tylko olej rzepakowy?

Gdy już poszerzyliśmy odrobinę wiedzę, jakie tłuszcze zjadamy, nie sposób nie wspomnieć, że nie można być zdrowym na chorej planecie. Zajmujemy szczytowe miejsce w łańcuchu pokarmowym. Zbieramy więc wszystkie zanieczyszczenia zawarte w pokarmach. Nawet biały miś polarny je zbiera chociaż mu trochę dalej od chemii niż nam. Uczeni z Center for Disease Control w Stanach Zjednoczonych wykryli obecność 148 toksycznych środków chemicznych we krwi Amerykanów ze wszystkich grup wiekowych. „Toksyczne czynniki środowiskowe” to jednak materiał na nowe opowiadanie. Co jeść, a czego unikać? A proszę bardzo: 85 pozycji z literatury fachowej... Wciąż kręcimy się wokół jedzonka. No, ale o czym ma być, kiedy zbliżają się Święta i Sylwester?

Życzę zdrowego biesiadnego stołu w kręgach życliwych, pogodnych ludzi.

Literatura:

Antyrak Nowy styl życia, dr David Servan-Schreiber prof. psychiatrii klinicznej w szkole medycznej Uniwersytetu w Pittsburgu. Jeden z założycieli i czynny pracownik amerykańskiego oddziału Lekarzy Bez Granic.



Redukcja fenomenologiczna pojęcia schizofrenii



DR N. MED. PRZEMYSŁAW ZAKOWICZ

LUBUSKI KONSULTANT WOJEWÓDZKI
PSYCHIATRII DZIECI I MŁODZIEŻY

ZAKŁAD NEUROINŻYNIERII I MEDYCyny
KOSMICZNEJ, COLLEGIUM MEDICUM, UZ

Teoria poznania w chorobie psychicznej

Choroba psychiatryczna z definicji upośledza osąd pacjenta, prowadzi do zatarcia granicy pomiędzy wrażeniem otrzymywanym w procesie spostrzegania a przedmiotem aktu spostrzegania. Klasyczna definicja omamu w psychopatologii zawiera w sobie opaczność obu sądów: realizującego i klasyfikującego, co oznacza spostrzeganie bądź odczuwanie nieistniejącego przedmiotu, jak również identyfikowanie go wśród grupy tych znanych pacjentowi. Omamy interpretujemy jako objaw choroby mózgu, ale również zmęczenia, deprywacji snu bądź niekiedy jako proces fizjologiczny, gdy epizodycznie i rzadko występujące halucynacje nie świadczą o zaburzonym odbieraniu rzeczywistości. Przykładem omamu fizjologicznego są halucynacje hipnagogiczne pojawiające się w momentach okołosennych. Typowym natomiast przykładem omamów patologicznych są te występujące w przebiegu schizofrenii

paranoidalnej. Pacjent dotknięty chorobą spostrzega komentujące jego zachowanie głosy, nieistniejące postaci bądź bodźce zmysłowe: termiczne, dotykowe. W połączeniu z urojeniową, paranoidalną interpretacją rzeczywistości, rozwija pełne objawy choroby. Interpretując pojęcie omamu, sięgamy podstawowych założeń epistemologii. Uzyskujemy dowód empiryczny, potwierdzający fakt niedokładności naszych spostrzeżeń, a niekiedy ich fałszywości. Skoro zatem domeną ludzką są błędy poznawcze bądź relatywizm, co

decyduje o granicy pomiędzy chorobą a stanem psychiatrycznej fizjologii?

Co naszej świadomości jest dane, a co jest konstrukcją umysłu?

Kryteria diagnostyczne chorób psychicznych ewoluują i są szeroko dyskutowane. Niektóre zespoły cech, wcześniej świadczące o jednostce nozologicznej, aktualnie nie są postrzegane jako choroba, co potwierdza niechlubny przykład homoseksualizmu, traktowanego jeszcze w XX wieku jako zaburzenie



seksuologiczne. Rozpoznanie zatem stawiane pacjentowi, diagnoza, którą otrzymuje chory, zależy od aktualnie panujących konsensusów w środowisku psychiatrycznym. Jest to skrajnie różny stan rzeczy od innych gałęzi medycyny, gdzie o rozpoznaniu decydują fakty, potwierdzone doświadczeniem diagnosty.

Przykładem psychiatrycznego *reductio ad absurdum* jest szeroko cytowany eksperyment Rosenhana, w którym pseudopacjenci (aktorzy, w tym prawdopodobnie sam pan profesor) symulowali schizofrenię, byli przyjmowani na oddziały psychiatryczne i otrzymywali farmakoterapię. Ów eksperyment obnażył nieudolność i relatywność stawianej diagnozy, a co za nią podąża, konsekwencji dla chorego w zakresie izolacji społecznej, stygmy oraz narażenia na niepożądane skutki farmakoterapii. Z drugiej jednak strony, obłąd jest faktem widocznym



w społeczeństwie i rozpoznawanym na podstawie funkcjonowania człowieka. Niewątpliwie choroba umysłowa istnieje. Czy jednak sposób, w jaki decyduje się o jej obecności, jest rzetelny? Edmund Husserl psychologizm równał z relatywizmem, zarzucał mu odbieranie podstaw do rozróżnienia pomiędzy prawdą a fałszem, pomiędzy tym, co logiczne i prawdziwe a tym, co umowne. „Jeśli prawda zależna jest od człowieka, nie byłoby prawdy i nie byłoby człowieka”. Parafrazując, jeżeli schizofrenia jest zależna od diagnosty (psychiatry), może w ogóle nie istnieć, zwłaszcza jeżeli kryteria diagnostyczne są przedmiotem dyskusji. O ile sama choroba jest konstrukcją umysłu, a umysł konstrukcją sieci neuronowych, diagnoza powinna być bezpośrednio dana świadomości lekarza psychiatry. Stan rzeczy świadczący o chorobie nie powinien zatem opierać się nie na spostrzeżeniach i sądach, ale obiektywnych faktach, stałych i niezależnych.

Umysł ludzki zdolny jest do ujmowania prawd w sposób bezpośredni. Rozumowanie lekarza psychiatry ma charakter indukcyjny, który ma na uwadze fakty z życia chorego, jego zachowania, podejmowane decyzje, konstruowane wypowiedzi, uogólnia się ten obraz w zakres pojęciowy danej diagnozy. Indukcja jest jedną z metod dochodzenia do prawdy, historycznie znamy jednak również inne metody, które uważane były za równie skuteczne, jak posługiwanie się pojęciami a priori

w myśl szkoły Eleatów, iluminacjonizm św. Augustyna bądź kartezjańska intuicja. Ta ostatnia, zdaniem Husserla *zasada zasad*, odrzuca podporządkowywanie faktów umysłowi w czynny sposób kantowski, natomiast decyduje o akcie biorącym w nawias własne uprzedzenia, doświadczenie, poglądy czy nastawienie.

Intuicja w diagnozie

Intuicja racjonalna ujmuje fenomen w jego konkretności. Gdy potraktujemy schizofrenię jako fenomen, odrzucając historyczne postrzeganie choroby, odrzucimy dotychczasowy relatywizm diagnostyczny. Metodą najbardziej obiektywną przywracającą prawidłowy kurs psychiatrii, podobnie jak w założeniach fenomenologicznych, byłoby stworzenie obiektywnych metod diagnostycznych, apriorycznych psychiatrii jako nauki ścisłej, parafrazując Husserla. Jednym z potencjalnych wyjść jest poszukiwanie biomarkera choroby, który niezależnie od opinii potwierdza bądź wyklucza rozpoznanie. Kompleksowym rozwiązaniem jest obiektywna diagnoza schizofrenii w oparciu o fakt biologiczny połączony z analizą wypowiedzi pod względem lingwistycznym (konstrukcja wypowiedzi). Zestawienie obu metod wyklucza maksymalnie relatywizm diagnostyczny, daje możliwość korelowania obrazu treści urojeniowych z biologią.

Korzystając z Historii Filozofii W. Tatar-kiewicz, 1981



Szpital Wojewódzki w Zielonej Górze obchodzi 80-lecie

Tworzyli go lekarze

Zbigniew Pieniężny
i Albin Bandurski

Dziś to patroni ulicy i ronda.

Przedruk z „Informatora Samorządowego – czas Z.G.”
Podziękowania autorowi Szymonowi Płóciennikowi i redaktorowi Naczelnemu Arturowi Łukasiewiczowi.

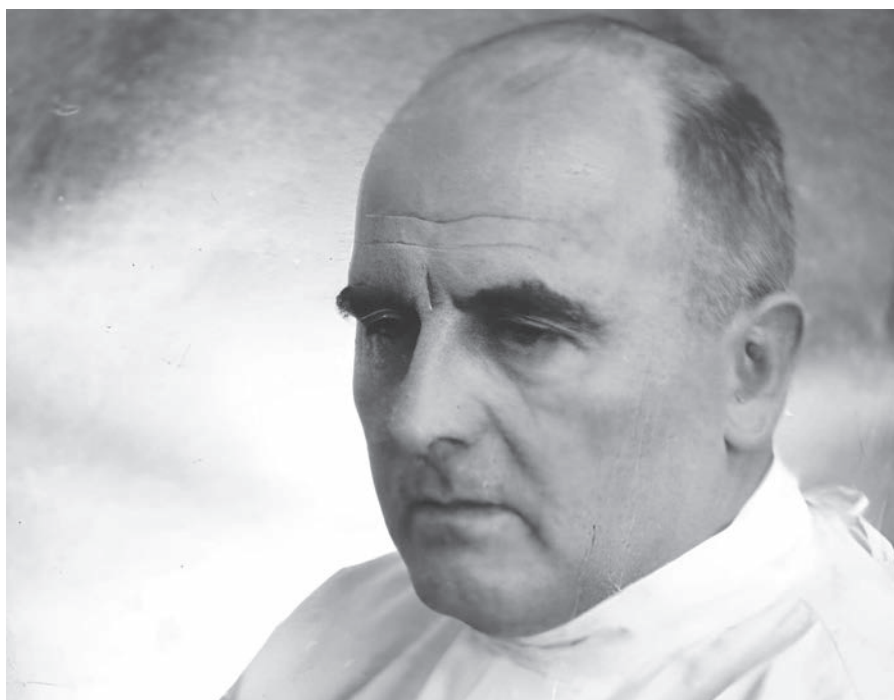
Dr Włodzimierz Janiszewski.

Zbigniew Pieniężny

1906-1973

**Pasjonat Historii
Starożytniej.**

Urodził się w Olsztynie, Działal w związku Polaków w Niemczech. Jego ojciec był wybitnym działaczem polonijnym i wydawcą „Gazety Olsztyńskiej”, studiował w Berlinie i Monachium. Specjalizował się w chirurgii w Klinice Uniwersyteckiej w Monachium. W grudniu 1937 r. został, jako uciążliwy obcokrajowiec, wydalony z Rzeszy Niemieckiej. Przyjechał do Poznania, gdzie podjął pracę jako asystent w Klinice Chirurgicznej Uniwersytetu Poznańskiego. 1 listopada 1939 r. Niemcy wydalili go z kliniki. Przez całą wojnę pracował jako lekarz-praktyk w Ubezpieczalni Społecznej dla Polaków w Poznaniu. W maju 1946 r. wygrał konkurs na stanowisko Szpitala Powiatowego i ordynatora Oddziału Chirurgicznego w Zielonej Górze. Dyrektorem był przez 15 lat, do 1961 r. zaś ordynatorem – do końca życia. Doktor Zbigniew Pieniężny w latach 1946-1951 kierował rozwojem lecznictwa zamkniętego w mieście. Tworzył nowe oddziały, ściągał wysoko wykwalifikowaną kadrę na miarę potrzeb 20-tysięcznego, a potem 50-tysięcznego miasta. Odbijało się to nadal w sytuacji pozbawienia szpitala wielu



obiektów służących służbie zdrowia. Po utworzeniu w 1950 r. województwa zielonogórskiego zaistniała potrzeba dostosowania dotychczasowych funkcji szpitali do potrzeb placówki o charakterze wojewódzkim. 1 stycznia 1952 r. utworzono Szpital Wojewódzki im. Karola Marcinkowskiego. Funkcję dyrektora powierzono Pieniężnemu. W okresie, kiedy kierował szpitalem, lecznica stopniowo przejmowała od resortu spraw wewnętrznych obiekty przy ul. Wazów i ponownie adoptowała je na potrzeby służby zdrowia. Przystąpiono też do budowy szpitala. W 1959 r. z inicjatywy dra Pieniężnego utworzono

Liceum Pielęgniarskie (później przemianowane na Medyczne), co zapewniało zielonogórskiej służbie zdrowia stały dopływ średniego personelu. Zbigniew Pieniężny był społecznikiem. Przez wiele lat działał w Związku Zawodowym Pracowników Służby Zdrowia oraz Polskiego Czerwonego Krzyża. Był również członkiem Zarządu Głównego Towarzystwa Chirurgów Polskich w Warszawie. Grał na instrumentach, interesował się historią starożytną. Był m.in. autorem prac „Medycyna za czasów faraonów” oraz „Lekarz, rower i samochód na przełomie 1900 r.”



Albin Bandurski (1905-1949) operował spokojnie, anatomicznie.

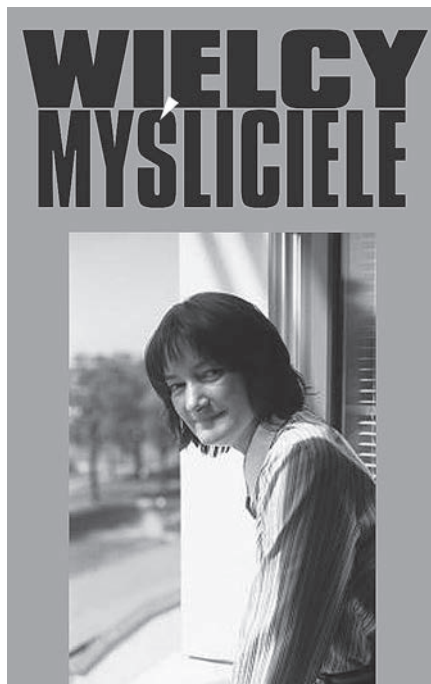
Urodził się w Nakle nad Notecią w rodzinie mieszczańskiej. W 1931 r. ukończył studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego.

Specjalizację chirurgiczną ukończył w Szpitalu Sióstr Elżbietanek. 24 sierpnia 1939 r. został powołany do wojska, w stopniu podporucznika pełnił funkcję chirurga kompanii sanitarnej. W kampanii wrześniowej, pod Kutnem, dostał się do niewoli niemieckiej. Do lipca 1940 r. przebywał w szpitalu dla jeńców polskich w Ostrzeszowie. Do października 1945 r. pracował w Szpitalu Powiatowym w Gostyninie. Był chirurgiem, gine-

nologiem. Kolejny rok był ordynatorem Oddziału Chirurgicznego Szpitala Powiatowego w Strzelinie. Opuścił stanowisko, gdy z niewoli wrócił poprzedni ordynator. Na początku października 1946 r. został ordynatorem Oddziału Chirurgicznego Szpitala Zgromadzenia Sióstr Elżbietanek w Zielonej Górze, a do 1950 r. był też jego dyrektorem. Po upaństwowieniu szpitala zakończonego

i powstaniu Szpitala Wojewódzkiego, stworzono dwa oddziały chirurgiczne – I i II. Bandurski został ordynatorem Oddziału Chirurgicznego I. Oba oddziały znajdowały się w budynku byłego szpitala elżbietanek. M.in. dzięki Bandurskiemu i Pieniężnemu zakonnie pozostały na dotychczasowych stanowiskach. Prognozując przyszłość chirurgii, zakładał szybki rozwój nauk medycznych i przewidywał, że jeden chirurg nie będzie w stanie śledzić postępu w diagnostyce i leczeniu operacyjnym różnych narządów. W ciągu kilku lat wyszkolił asystentów, którym wydzielił oddziały specjalistyczne lub przekazał w ramach swego oddziału zagadnienia do samodzielnego rozwiązywania. Pozostali uczniowie w większości objęli stanowiska ordynatorskie w Zielonogórskim lub w innych województwach. Bandurski był znakomitym diagnostą i operatorem. Operował spokojnie, anatomicznie i w miarę szybko. Szczególnie interesował się chirurgią żołądka i dróg żółciowych. Poza pracą na oddziale chirurgicznym oraz w poradni chirurgicznej PKP i MSW prowadził gabinet prywatny. Działał w Poznańskim Oddziale Towarzystwa Chirurgów Polskich, Zarządzie Wojewódzkim Związków Zawodowych Pracowników Służby Zdrowia oraz Komisji Kontroli Zawodowej. W 1972 r. ze względu na chorobę, zrezygnował ze stanowiska ordynatora. Pozostał jednak na oddziale. W 1993 r. został honorowym obywatelem miasta.

Pierwsze wspomnienia o winie wiążą się z początkami cywilizacji i z odkryciem uprawy winorośli. Najstarsze ślady ich uprawy sięgają epoki neolitu. Krzewy były uprawiane prawdopodobnie już 5000 lat p. n. e. w pobliżu osad ludzkich na Bliskim Wschodzie, skąd winorośl rozprzestrzeniła się na terytoria wokół Morza Śródziemnego i dalej na Zachód. Badania archeologiczne dokumentują nie tylko sposoby uprawy winorośli, ale także techniki produkcji wina oraz jego rolę w praktykach religijnych i kształtowaniu różnorodnych kultów. Wino, mimo że szczególnie silnie obecne w kulturze europejskiej, ma bardzo bogatą, symbolicznie rozbudowaną obecność również w innych cywilizacjach – bliskowschodniej, azjatyckiej czy afrykańskiej, gdzie było napojem rzeczywistości bogów, łącznikiem z przodkami, ze światem zmarłych. Miało też znaczenie duchowe i społeczne, jak np. w kulturze Chin, gdzie symbolizowało duchowy kontakt ze zmarłymi.



LILIANNA KIEJZIK
PROF. DR HAB.
UNIwersytet Zielonogórski

życzliwej rozmowie, od pijaństwa, które prowadzi do utraty rozumu i godności. Moderacja, zarówno w ilości wypitego wina, jak i w zachowaniu podczas uczty, stanowiła dla Platona warunek godnej przynależności do społeczności wolnych obywateli, bogatych arystokratów. Także jego wielki uczeń – Arystoteles – w „Etyce Nikomachejskiej” choć nie odnosił się wprost do picia jako takiego, często rozważał cnotę umiarkowania (sophrosyne), za pomocą której wyznaczał granicę między rozkoszą a nadużyciem. Picie wina rozcieńczonego było więc aktem manifestowania cnoty umiarkowania. „Mądrość polega na wyważeniu przyjemności i rozumu”, powiada Arystoteles. W podobnym tonie, u Arystotelesa motyw wina pojawia się również nie tylko w perspektywie etycznej, ale także praktycznej, gdzie jest rozumiane jest jako element kultury.

Wielcy myśliciele o kulturze picia wina

W naszym, europejskim kręgu kulturowym, od czasów starożytnych kultura picia wina była nieodłącznie związana z grecką i rzymską cywilizacją w ogóle, gdzie wino stanowiło element rytuałów, uczt oraz rozważań egzystencjalnych i estetycznych. W starożytnej Grecji wino odgrywało rolę symboliczną i zarazem społeczną, szczególnie na sympozjonach – wspólnych biesiadach i spotkaniach przy winie, podczas których prowadzono filozoficzne dysputy. Wino mieszano z wodą, a picie czystego uchodziło za barbarzyństwo, zarezerwowane tylko dla przypadków leczniczych. Grecy mieszały wino z wodą przede wszystkim dlatego, że antyczne wina były wyjątkowo mocne, słodkie i gęste, często znacznie bardziej alkoholowe niż znane obecnie trunki. Rozcieńczanie miało na celu ograniczenie upijania się. Picie nierozcieńczonego wina uznawano za przejaw barbarzyństwa i braku umiaru, właściwy

„niecywilizowanym” narodom. Idealną proporcją uznawano 3 części wody na 1 część wina, natomiast stosunek 1:1 był już postrzegany jako pijaństwo, a czyste wino zdarzało się pić jedynie chorym i w niewielkich ilościach. Mieszanie wina z wodą wyznaczało granicę między cywilizacją a dzikością – było manifestacją panowania rozumu nad popędami oraz atrakcyjnym przejawem greckiej etyki umiaru i rozsądku. Sympozjarch (gospodarz sympozjonu) kontrolował ilość i proporcje wypijanego wina, nadzorując moralną stronę biesiady.

Dionizos, bóg wina, wyrażał greckie myślenie o vitalności, spełnieniu, doskonałości, czasie zbierania plonów i odmiennych stanach świadomości. Platon w „Uczcie” prezentuje spożycie wina jako sytuację sprzyjającą rozważaniom o filozofii, miłości, pięknie i naturze mądrości. Jednak wyraźnie rozróżniał picie kontrolowane, sprzyjające

Jednak jego nadużycie miało prowadzić do niepowściągliwości, utraty kontroli i zdrowia, a w końcu do upadku i wykluczenia ze społeczności. Arystoteles w utworze „O winopiciu” analizował skutki picia wina i podkreślał, że umiar pozwala zachować spokój duszy, a przekroczenie granic prowadzi do pijaństwa i gadulstwa. Zwracał uwagę na tradycję picia wina po złożeniu ofiar ku czci bogów, uznając ów akt za społecznie i religijnie akceptowany, o ile towarzyszy



mu powaga i milczenie, nie zaś czczą gadanina.

Grecy wierzyli, że wino kształtuje cywilizację, a miłośnik wina, podobnie jak miłośnik mądrości, stale poszukiwał nowych doświadczeń poznawczych.

Rzymianie z kolei widzieli w winie dar od bogów, a Bachus był odpowiednikiem greckiego Dionizosa. Bachanalia, święta ku jego czci, łączyły picie z rytuałem, radością i płodnością. Wino było istotnym składnikiem codziennego życia, elementem spotkań, politycznych i społecznych dyskusji, ale także narzędziem kontroli społecznej – np. zwyczaj całowania żony w celu sprawdzenia, czy nie piła wina. Wina spożywane

przez patrycjuszki różniły się oczywiście jakością od win plebejskich czy niewolniczych – to również świadczy o znaczeniu wina w strukturach społecznych.

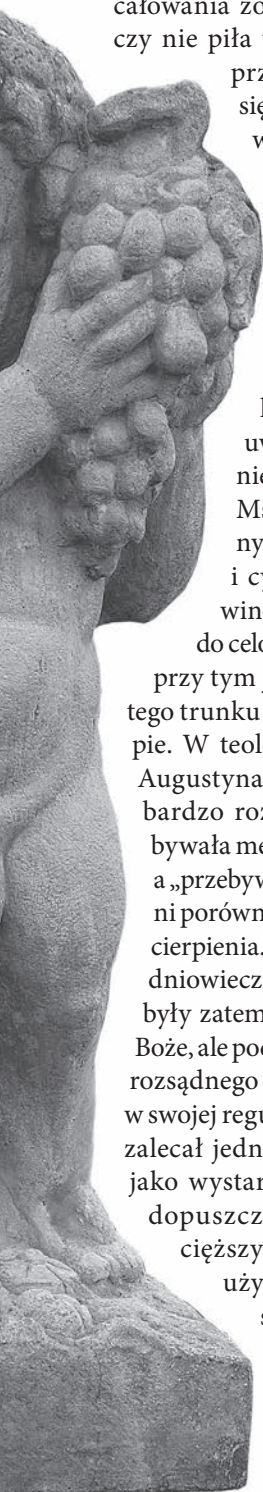
Ta perspektywa rozważnego picia wina nie zniknęła w wiekach średnich. Wino było uważane za napój święty, niezbędny do sprawowania Mszy Świętej. Mnisi i zakony, zwłaszcza benedyktyni i cystersi, rozwijali uprawę winorośli i produkowali wino do celów sakralnych, podnosząc przy tym jakość i kulturę spożycia tego trunku w chrześcijańskiej Europie. W teologii – szczególnie u św. Augustyna – symbolika wina była bardzo rozbudowana: winifikacja bywała metaforą męki i przemiany, a „przebywanie” winogrona w tłoczni porównywano do chrystusowego cierpienia. Wino i alkohol przez średniowiecznych filozofów i teologów były zatem akceptowane jako dary Boże, ale podkreślano konieczność ich rozsądnego używania. Św. Benedykt w swojej regule podkreślał umiar (np. zalecał jedną kwartę wina dziennie jako wystarczającą dla mnicha, ale dopuszczał większe ilości przy cięższych obowiązkach). Nadużywanie alkoholu, upijanie się i pijaństwo uznawano za grzech. Kościół upominał duchowieństwo i świeckich przed nieumiarkowaniem.

Z tego względu filozofia średniowieczna postrzegała wino i alkohol przede wszystkim przez pryzmat ich znaczenia religijnego, społecznego i moralnego. Wino pełniło kluczową rolę w praktykach chrześcijańskich – przede wszystkim w Eucharystii, gdzie symbolizowało krew Chrystusa i uczestnictwo w misterium Ostatniej Wieczerzy. Podkreślmy też jednak pewną ambiwalencję tego okresu historii filozofii w odniesieniu do osób lubiących pić wino. Otóż w kulturze popularnej zwracano uwagę nie tylko na sakralne znaczenia wina. Często powtarzano popularne przysłowia, które w żartobliwy sposób usprawiedliwiałały spożycie: „Kto pija wino, dobrze śpi. Kto dobrze śpi, nie może grzeszyć. Kto zaś nie grzeszy, idzie do nieba”. Mogło to prowadzić i często prowadziło do nieszczęść, o których milczą oficjalne źródła. Chociaż oficjalna doktryna podkreślała bowiem, że umiar jest cnotą, a alkohol – jeśli prowadzi do utraty kontroli – jest powodem moralnego i duchowego upadku, niewiele czyniono, aby zapobiegać pijaństwu. I nawet tak świetne autorytety, jak Tomasz z Akwinu (XIII wiek), który w swych najbardziej znanych pismach („Summa Theologiae”), próbował rozstrzygać, jak pogodzić radość ze świętecznego picia z obowiązkiem panowania nad sobą, nie był słuchany przez gawiedź. Wybierano zabawę przy winie zamiast nudnych rozważań filozofa.

Wino wielokrotnie pojawiało się w pismach filozofów nowożytnych i współczesnych jako metafora przeżycia duchowego, sądu smaku czy zmysłowości. Roger Scruton, współczesny filozof, autor dziełka „Piję, więc

jestem. Przewodnik filozofa po winach” (2009) podkreśla, że „wino przypomina duszy o jej źródle cielesnym, a ciału o jego znaczeniu duchowym”, łącząc je z zagadnieniem estetyki, przemiany i relacji między tym, co materialne i duchowe. Picie wina to nie tylko akt konsumencki, lecz także akt filozoficznego kontemplowania, wino stawia bowiem pytania o umiar, cielesność, transcendencję i wspólnotę. Jest więc fenomenem kultury i jednocześnie egzystencjalnym, Autor traktując je jako medium filozoficznej kontemplacji z elementami etyki, estetyki i dialogu z tradycją. Inny współczesny filozof, węgierski myśliciel Béla Hamvas, autor utworu „Filozofia wina” (1945), rozpatruje wino jako element duchowego przeżycia, nawołując do picia „z namysłem i umiarem”, co ma wyznaczać granicę między kulturą a nadużyciem. Wino staje się (a raczej Autor powtarza tu rozważania i doświadczenia Greków) symbolem celebracji życia, doświadczenia estetycznego, a także narzędziem budowania relacji międzyludzkich.

Filozofia alkoholu (jeśli możemy użyć takiego określenia) w XX i XXI wieku to również rozważania nad jego rolą w psychice i wspólnocie. Zwraca się uwagę na ambiwalentny charakter alkoholu: z jednej strony umożliwia chwilowe rozluźnienie i otwieranie się emocjonalne, z drugiej zaś może prowadzić do destrukcji, uzależnienia oraz kłopotów zdrowotnych i relacyjnych. Dla filozofów granica wartościowego używania alkoholu leży w zachowaniu świadomości, współuczestniczeniu w kulturze i refleksji nad własnym doświadczeniem. Uważajmy zatem z piciem zawsze



Między etyką a uzależnieniem

HALINA ŁAZARUK

PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEGO SĄDU
LEKARSKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE

Lekarz to zawód, który wymaga najwyższego poziomu odpowiedzialności, nie tylko wiedzy i umiejętności, ale także trzeźwego umysłu i empatii. Dlatego każda sytuacja, w której przedstawiciel naszej profesji sięga po alkohol w sposób niekontrolowany budzi sprzeciw, niepokój społeczny i uderza w autorytet całego środowiska. O tym, że świadomość wśród lekarzy w zakresie zagrożeń związanych z nietrzeźwością w pracy jest coraz większa może świadczyć fakt, że odległość w czasie pomiędzy dwoma ostatnimi orzeczeniami wydanymi w przedmiotowej sprawie przez Okręgowy Sąd Lekarski w Zielonej Górze wyniosła dziewięć lat. Sprawa, którą dzisiaj poruszę, a była głośno komentowana w mediach, dotyczy lekarza pełniącego dyżur w szpitalu w stanie upojenia alkoholowego. Nienaturalne zachowanie i wyczuwalną woń alkoholu zauważyła rodzina pacjenta i zawiadomiła policję. Badanie alkomatem wykonane przez funkcjonariusza policji wykazało 1,18 mg/l w wydychanym powietrzu a badanie krwi 2,47 promila zawartości alkoholu. Na podstawie publikacji medialnych Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej podjął decyzję o wszczęciu postępowania wyjaśniającego, a po uzyskaniu dokumentacji prokuratorskiej w przedmiotowej sprawie, postawił lekarzowi zarzut przewinienia zawodowego z art. 64 Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz art. 4 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, a następnie skierował do Sądu Lekarskiego wniosek o ukaranie. Poprzedni art.64 a w nowej wersji KEL art.72 mówi, że lekarz w trakcie wykonywania swojej pracy nie może podlegać działaniu środków zaburzających jego

zdolności psychofizyczne, w tym alkoholu, środków odurzających i innych substancji wywołujących takie skutki.

Na posiedzenie Sądu Lekarskiego, które miało miejsce w październiku 2024 roku stanął się obwiniony lekarz i złożył obszernie wyjaśnienia. Tłumaczył, że był zobligowany do pełnienia dyżuru z powodu permanentnego braku lekarzy, a z powodu kłopotów osobistych i przemęczenia sięgnął po alkohol. Sąd lekarski zapoznał się z dokumentacją udostępnioną ORZOZ przez Prokuraturę Rejonową w tym z opinią biegłych badających związek pomiędzy sytuacją zdrowotną pacjentów przebywających na oddziale a rzeczywistym brakiem nadzoru lekarskiego. W ocenie biegłych stan pacjentów w okresie gdy byli pozbawieni profesjonalnej opieki medycznej nie uległ pogorszeniu. Nie zmienia to jednak oceny postawy obwinionego

lekarza, którą Okręgowy Sąd Lekarski ocenił jako wysoce naganną.

Okręgowy Sąd Lekarski w Zielonej Górze uznał lekarza winnym zarzucanego mu przewinienia zawodowego i wymierzył karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres dwóch lat. Orzeczona kara w ocenie Sądu pozostaje adekwatna do przewinienia, a jednocześnie umożliwia obwinionemu refleksję nad swoim postępowaniem oraz podjęcie niezbędnych kroków w kierunku leczenia. Odsunięcie obwinionego od wykonywania zawodu zabezpieczy również pacjentów przed potencjalnym zagrożeniem ze strony nietrzeźwego lekarza.

Od wydanego orzeczenia obwiniony złożył zażalenie do Naczelnego Sądu Lekarskiego, wskazując na zbytnią dolegliwość zasądzonej kary. NSL uwzględnił zażalenie i skrócił okres pozbawienia prawa wykonywania zawodu do jednego roku. Orzeczenie Naczelnego Sądu Lekarskiego jest prawomocne z chwilą ogłoszenia.

p.s. do poprzedniego artykułu wkradł się błąd. ORZOZ nie może umorzyć postępowania sprawdzającego, może jedynie odmówić wszczęcia postępowania wyjaśniającego. Za pomyłkę przepraszam.



Słów kilka o rencie, która nie istnieje...

Nawiązując do tematu przewodniego aktualnego numeru czasopisma, a także odpowiadając na skierowane do mnie pytanie, chciałabym w poniższym artykule odnieść się do zagadnienia tzw. „renty alkoholowej”.

KAROLINA LEWCZUK

LEKARZ ORZECZNIK ZUS,

SPECJALISTA PEDIATRII

Co najważniejsze – w orzecznictwie lekarskim nie funkcjonuje pojęcie „renty alkoholowej”. Samo rozpoznanie uzależnienia od alkoholu nie wystarcza, by ubezpieczonemu została przyznana renta z tytułu niezdolności do pracy.

Aby osoba z problemami zdrowotnymi mogła otrzymać rentę, musi mieć orzeczoną przez lekarza orzecznika ZUS niezdolność do pracy oraz spełnić warunki określone w ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych – w tym odpowiedni do wieku staż ubezpieczeniowy oraz powstanie niezdolności do pracy w ściśle określonych okresach składkowych.

Niezdolną do pracy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania tej zdolności, nawet po przekwalifikowaniu.

- Całkowicie niezdolna do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy.
- Częściowo niezdolna do pracy to osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.

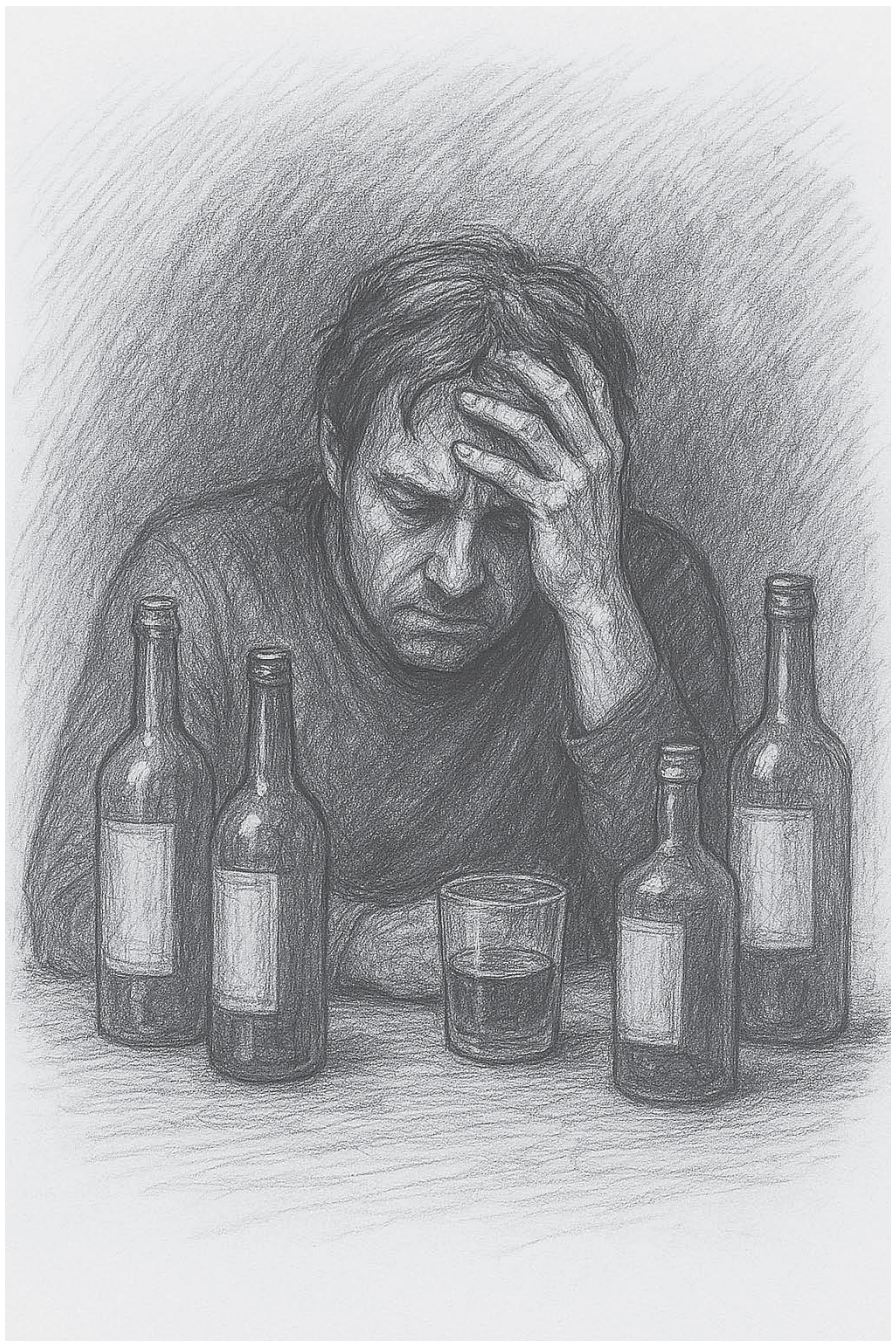
Jak już wspomniano, samo uzależnienie od alkoholu nie stanowi podstawy do orzeczenia niezdolności do pracy. U chorego muszą występować powikłania choroby alkoholowej, których charakter i stopień zaawansowania faktycznie uniemożliwiają podjęcie pracy (zarówno w sposób całkowity, jak i częściowy). Mogą to być m.in.:

- zaburzenia psychiczne, np. zaburzenia zachowania, otępienie.
- schorzenia somatyczne, takie jak: marskość wątroby, zapalenie trzustki, zapalenie błony śluzowej żołądka,
- zaburzenia neurologiczne, np. polineuropatia, atrofia mózgu, encefalopatia Wernickego,

- zaburzenia psychiczne, np. zaburzenia zachowania, otępienie.
Dodatkowo, na stan zdrowia mogą wpływać urazy związane ze spożywaniem alkoholu, w tym m.in. urazy czaszkowo-mózgowe.

Podsumowując:

- w orzecznictwie lekarskim nie istnieje pojęcie „renty alkoholowej”,
- samo rozpoznanie uzależnienia od alkoholu nie jest zwykle podstawą do orzeczenia niezdolności do pracy,
- przy orzekaniu o niezdolności do pracy u osoby uzależnionej (od alkoholu lub innych substancji) kluczowe znaczenie ma ocena powikłań – zarówno psychicznych, jak i somatycznych.



Bon szczepionkowy

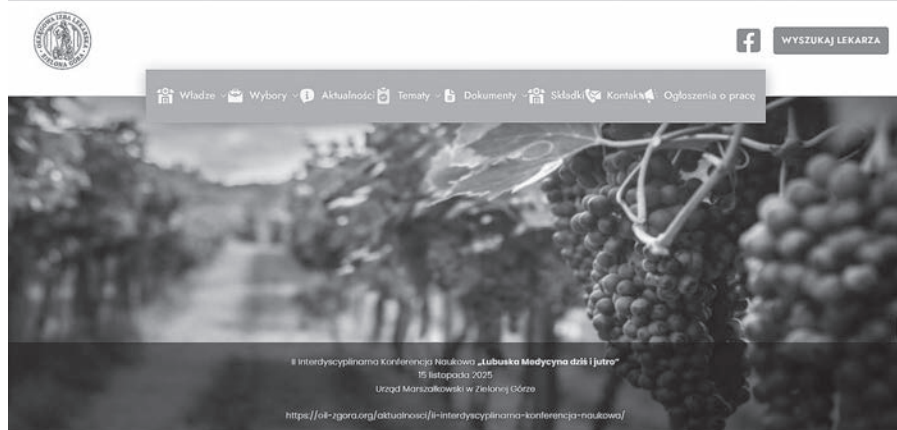


Szanowni Państwo,
decyzją Okręgowej Rady Lekarskiej w Zielonej Górze każdy lekarz, który jest członkiem naszego samorządu i ma uregulowane składki, może otrzymać zwrot poniesionych kosztów na szczepienia ochronne. Kwota refundacji wynosi 300 zł. rocznie i obejmuje tę część kosztów, które nie są refundowane przez płatnika publicznego.

Podczas zakupu szczepionki należy wziąć w aptecce rachunek imienny na siebie a następnie złożyć wniosek o refundację do izby. Wniosek jest możliwy do pobrania na stronie Izby: oil-zgora.org

Redakcja

Oil-zgora.org czyli nowa odsłona strony internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze



Koleżanki i Koledzy!

Za sprawą Prezesa OIL dr Jacka Kotuły, przy współpracy dr Wojciecha Perekitko oraz Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, wdrowaliśmy w życie nową odsłonę strony internetowej OIL w Zielonej Górze. Idąc z duchem czasu, pragniemy zaprosić Państwa do jej aktywnego śledzenia. Systematycznie będą pojawiały się aktualności, funkcjonalność strony poprawi się, co umożliwi Państwu sprawne poszukiwanie informacji i komunikację między Państwem a Izbą. Funkcjonuje zakładka Kalendarz, w której będzie mogli podglądać planowane wydarzenia, zarówno te, mające miejsce w Okręgowej Izbie Lekarskiej, jak i zewnętrzne, współorganizowane przez lekarzy członków Izby. Zachęcamy do współtworzenia, informowania o szkoleniach i konferencjach.

Redakcja



Lubuscy Samarytanie 2025 – wyróżnieni ci, którzy niosą serce i pomoc

W sobotę, 18 października 2025 roku, w Nowosolskim Domu Kultury odbyła się uroczysta VII Gala Lubuskiego Samarytanina – wydarzenie, które już na stałe wpisało się w kalendarz regionu jako wyjątkowa okazja do uhonorowania ludzi niosących pomoc, dobro i empatię drugiemu człowiekowi.

Zdjęcia dzięki uprzejmości Gazety Lubuskiej



dr Bartosz Kudliński

Uroczystość zorganizowało Duszpasterstwo Chorych i Służby Zdrowia Diecezji Zielonogórsko-Gorzowskiej, we współpracy ze Starostwem Powiatowym w Nowej Soli, Urzędem Miasta Nowa Sól, Nowosolskim Szpitalem Powiatowym oraz lokalnymi parafiami i organizacjami społecznymi.

Tegoroczni laureaci

Podczas gali przyznano sześć statuetek w trzech kategoriach: instytucje i organizacje medyczne, pracownicy służby zdrowia oraz wolontariusze.

W kategorii „Instytucje / Organizacje medyczne” wyróżniono:

- Fundację Hospicjum Głogowskie, niosącą codzienną pomoc osobom w terminalnym stadium choroby oraz ich rodzinom.
- Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej „Promyk” w Zielonej Górze, znany z wieloletniej pracy z najmłodszymi pacjentami wymagającymi wsparcia ruchowego i terapeutycznego.

W kategorii „Pracownik służby zdrowia” statuetki otrzymali:

- Bogusława Woźniak, zastępca ordynatora Oddziału Rehabilitacji szpitala w Nowej Soli – za niezwykle oddanie pacjentom i wieloletnią służbę drugiemu człowiekowi.
- dr Bartosz Kudliński, ordynator Klinicznego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze – za profesjonalizm, empatię i gotowość niesienia pomocy w najtrudniejszych momentach.

W kategorii „Wolontariusz” laureatkami zostały:

- Ewa Sychowska – wolontariuszka Ośrodka Integracji Społecznej

w Zielonej Górze, aktywnie zaangażowana w pomoc osobom w kryzysie i potrzebującym wsparcia duchowego.

- siostra Nella Gołąb ze Stowarzyszenia „Cisi Pracownicy Krzyża” w Głogowie – za nieustanną obecność przy chorych, służbę w duchu pokory i miłości bliźniego.

Lubuski Samarytanin to nie tylko tytuł – to postawa serca, która daje nadzieję i przypomina, że każdy z nas może być bliźnim dla drugiego człowieka.



dr Bogusława Woźniak

XIII Lubuska Konferencja Neurologiczna za nami

MAKSYMILIAN A. BRZEZICKI

DR N. MED. INŻ.

KIEROWNIK ZAKŁADU NEUROINŻYNIERII
I MEDYCYNY KOSMICZNEJ

LEKARZ REZYDENT W DZIEDZINIE NEUROLOGII
SZPITALA UNIWERSYTECKIEGO, ZIELONA GÓRA

4 października 2025 roku w Hotelu Grape Town w Zielonej Górze odbyła się XIII Lubuska Konferencja Neurologiczna, zorganizowana przez Katedrę Neurologii Instytutu Nauk Medycznych Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego. Patronat honorowy nad wydarzeniem objęli: Marszałek Województwa Lubuskiego, Rektor Uniwersytetu Zielonogórskiego, Prezydent



Szczególną uwagę poświęcono innowacyjnym terapiom komórkowym w neurologii oraz roli sztucznej inteligencji w medycynie. Druga sesja obejmowała wykłady poświęcone padaczce ogniskowej, zastosowaniu entakaponu w leczeniu choroby Parkinsona, nowoczesnym metodom profilaktyki migreny, a także aktualnemu paradygmatowi terapii stwardnienia rozsianego lekami wysokoefektywnymi. Nie zabrakło również prezentacji dotyczącej profilaktyki choroby Alzheimer'a.

Pracownicy Katedry Neurologii UZ zaprezentowali nurt swoich badań naukowych, skupiających się na mniej

Miasta Zielonej Góry oraz Dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze. Wydarzenie, prowadzone przez prof. dr hab. n. med. Radosława Kaźmierskiego, kierownika Katedry Neurologii UZ, oraz dr. n. med. Szymona Jurgę, kierownika Klinicznego Oddziału Neurologii Szpitala Uniwersyteckiego, zgromadziło neurologów i specjalistów innych dziedzin z całej Polski, oraz studentów kierunków medycznych.

Tegoroczna edycja szczególnie wyróżniała się udziałem gości zagranicznych – po raz pierwszy w historii

konferencji przybyli zagraniczni eksperci, w tym profesor Matthias Enders ze Szpitala Uniwersyteckiego Charité w Berlinie – światowej klasy specjalista w leczeniu udarów mózgu i ich związków z obciążeniami kardiologicznymi.

Program konferencji został podzielony na różne sesje tematyczne, podczas których poruszono najważniejsze zagadnienia współczesnej neurologii. Pierwsza część spotkania koncentrowała się na problematyce udaru mózgu – omówiono leczenie hipolipemizujące i przeciwkrzepliwe po udarze, ostrą fazę udaru niedokrwinnego oraz przełomową metodę trombektomii mechanicznej.



znanych, ale niezwykle istotnych aspektach chorób neurologicznych. Prof. Kazimierski przedstawił badania dotyczące połączeń między zaburzeniami snu a udarami mózgu, wpływu oświetlenia na ryzyko udaru oraz znaczenia drzemek i chorób przyzębia dla zdrowia mózgu.

Dr Szymon Jurga podkreślił, że schorzenia neurologiczne są drugą najczęstszą przyczyną śmiertelności oraz pierwszym czynnikiem niepełnosprawności. Koszty społeczne tych chorób są bardzo duże, dlatego kluczowa jest profilaktyka i wczesna diagnostyka. Neurologia to dynamicznie rozwijająca się dziedzina medycyny.

Rektor UZ, prof. dr hab. Wojciech Strzyżewski, zwrócił uwagę na znaczenie obecności studentów medycyny na konferencji, podkreślając, że jest to kolejny etap budowania silnego medycznego środowiska naukowego w regionie lubuskim. Po każdym wykładzie odbywała się dyskusja, sprzyjająca wymianie doświadczeń między doświadczonymi specjalistami a młodymi adeptami neurologii.

=====

Lekarze rezydenci z klinicznego oddziału neurologii – dr n. med. inż. Maksymilian Brzezicki i lek. Marcin Pałczyński zaprezentowali wyniki swoich badań podczas międzynarodowej konferencji Movement Disorder Society w USA – najważniejszego corocznego zjazdu naukowców zajmujących się chorobami ruchu na świecie. Lekarze z Zielonej Góry przedstawili wyniki badań glosograficznych, które po raz pierwszy na świecie przeprowadzono właśnie w naszym Szpitalu Uniwersyteckim. Wykorzystują one zaawansowane



metody sztucznej inteligencji do automatycznego oznaczania ruchów mimowolnych u osób z chorobą Parkinsona. Podczas badania udało się skonstruować elektronicznego diagnostę, który śledził wyniki leczenia u pacjentki przyjętej do oddziału z niespotykaną do tej pory w literaturze przycięcą, co z kolei pozwoliło na lepsze dobranie terapii. Badania te wykonane były pod opieką kierownika oddziału dr n. med. Szymona Jurgi, w ramach współpracy Szpitala Uniwersyteckiego, Uniwersytetu Zielonogórskiego i Uniwersytetu Oxfordzkiego. Wyniki ukazały się nakładem czasopisma Movement Disorders.

Movement Disorder Society to międzynarodowa organizacja zrzeszająca ponad 12 000 specjalistów z całego świata. Doroczny kongres MDS, organizowany nieprzerwanie od 1990 roku, jest najbardziej prestiżowym forum

wymiany wiedzy w dziedzinie zaburzeń ruchu. Tegoroczna edycja obejmowała ponad 60 sesji edukacyjnych, gromadząc tysiące specjalistów z całego świata.



Wydarzenia Tenisa Lekarskiego i Światowego w 2025 roku



DR JÓZEF SAFIAN

LEKARZ PEDIATRA,

SPECJALISTA CHOROÓB DZIECIĘCYCH

Leszek Borkowski i Przemek Klimas – zwycięzcy debla +55,

Józef Safian – II miejsce w singlu +85 oraz zwycięstwo w deblu +85 w parze ze Staszkiem Świerdem.

2. Wejherowo (30 maja – 1 czerwca)
Kolejny turniej odbył się w Wejherowie.

Artur Ferencz ponownie zwyciężył w singlu +50,

Leszek Borkowski z Tomaszem Zwierskim zdobyli II miejsce w deblu +55,

Leszek Borkowski i Mariola Kąkol-Kaczmarska triumfowali w mikście.

3. Łódź (19–22 czerwca)

Ogólnopolski Turniej Tenisowy Fundacji Bogusława Rataja „Tenis na Chojnach” zgromadził wielu miłośników tenisa lekarskiego.

Leszek Borkowski i Przemek Klimas zwyciężyli w deblu +55,

Józef Safian – zwycięzca singla +85 i debla +80 w parze z Wojtkiem Pieczkowskim.

4. Warszawa (22–24 sierpnia)

Turniej w Klubie Tenisowym „Olszynka”:

Artur Ferencz po raz trzeci zwyciężył w singlu +50,

Leszek Borkowski i Tomasz Zwierski – II miejsce w deblu +55.

5. Chorzów (8–11 listopada)

XXXIV Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie – sprawozdanie z tego wydarzenia zostanie opublikowane w kolejnym numerze „Doktora”.

54. Mistrzostwa Świata Tenisa Lekarskiego w Gdyni

Najważniejszym wydarzeniem 2025 roku – zarówno w kraju, jak i na świecie – były 54. Mistrzostwa Świata Tenisa Lekarskiego (WMTS), które odbyły się w Gdyni w dniach 19–25 lipca 2025 r. To wyjątkowe przedsięwzięcie zostało zorganizowane z rozmachem i w znakomitym stylu.

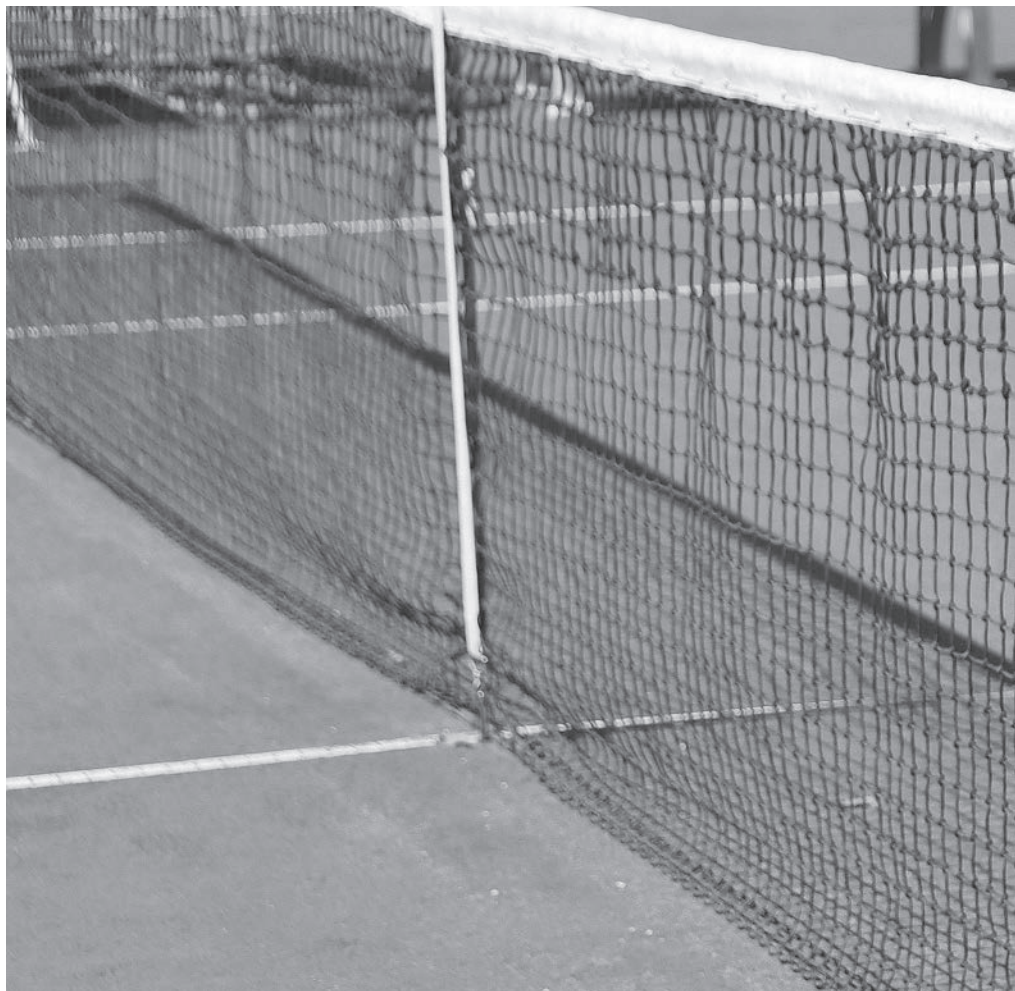
W Polsce zaplanowano w tym roku aż pięć turniejów tenisowych lekarzy, z których każdy cieszył się dużym zainteresowaniem środowiska medycznego.

Krajowe turnieje tenisowe lekarzy w roku 2025

1. Bydgoszcz (4–6 kwietnia)

Po raz pierwszy odbył się Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy na kortach dywanowych w Bydgoszczy. Uczestniczyła w nim liczna reprezentacja lekarzy z całej Polski, w tym zawodnicy z naszej Izby Lekarskiej:

Artur Ferencz – zwycięzca singla w kategorii +50,





Historia WMTS

Historia World Medical Tennis Society (WMTS) sięga roku 1971, kiedy to pierwszy turniej odbył się w Monte Carlo. Od tego czasu mistrzostwa organizowane są corocznie (z wyjątkiem roku 2020, przerwano przez pandemię COVID-19). Obecnie do stowarzyszenia należy 38 krajów z całego świata, w tym m.in. Australia, Argentyna, Brazylia, Japonia, USA i Tajwan.

Polska miała zaszczyt organizować mistrzostwa już dwukrotnie – w 2005 i 2025 roku, oba razy w Gdyni. Turnieje WMTS obejmują rozgrywki singlowe,

deblowe i mikstowe, z podziałem na płeć i grupy wiekowe. W każdej parze przynajmniej jeden zawodnik musi być lekarzem. Dodatkowo rozgrywany jest Puchar Narodów w kategoriach kobiecych i męskich oraz odbywa się konferencja naukowa z dziedziny medycyny.

54. WMTS Gdynia 2025 – rekordowy turniej

Przygotowania do Mistrzostw Świata w Gdyni trwały kilka lat i nabrały tempa w 2024 roku. Ogromną rolę odegrał Marcin Pokrzywnicki, a liczba zgłoszeń przerosła wszelkie oczekiwania – 700 osób (500 zawodników i 200 osób towarzyszących).

Turniej odbył się na obiektach KT Arka Gdynia, Gdańskiej Akademii Tenisowej i STK Sopot. Organizatorami byli członkowie Polskiego Stowarzyszenia Tenisa Lekarskiego:

Joanna Szafranek – Prezes,
Leszek Borkowski – Wiceprezes,
Marcin Pokrzywnicki – Sekretarz,
Anna Komar – Skarbnik.

Mistrzostwa przyniosły rekordową liczbę:

❖ ponad 1000 rozegranych meczów,

- ❖ 96 kategorii,
- ❖ 27 kortów,
- ❖ 2736 piłek tenisowych zużytych podczas rozgrywek!

Polskie tenisistki odniosły wielki sukces, zdobywając po raz trzeci Puchar Narodów. Drużyna w składzie: **Oleksja Szpak, Zofia Stanisław, Anna Śliwińska, Anna Komar, Anna Leśnikowska** (kapitan: **Joanna Szafranek**) obroniła tytuł zdobyty w Budapeszcie w 2023 roku.

Zasługi organizatorów i sędziów

Wielki wkład w organizację mistrzostw wnieśli:

dr med. Tomasz Zwierski – współorganizator i przedstawiciel PSTL,

prof. dr hab. Jakub Kornacki – organizator konferencji naukowej,

Filip Stypa – główny sędzia turnieju,

oraz zespół sędziów strefowych: Bartosz Siwka, Dominik Kowalczyk, Janek Twardowski, Julia Rządowska, Kuba Karbowini, Lidia Ryczek, Piotr Zwierski, Piotr Salarin, a także liczni wolontariusze, którym należą się ogromne podziękowania za zaangażowanie i serdeczność.

Mistrzostwa odbyły się pod patronatem Prezydent Gdyni Aleksandry Kosińdel, Marszałka Województwa Pomorskiego Mieczysława Struka oraz Polskiego Związku Tenisowego.

Więcej informacji: <http://wmtstennis.org>

Reprezentanci naszej Izby Lekarskiej
Z naszej Izby wzięli udział:

Artur Ferencz – III miejsce w deblu i udział w męskiej reprezentacji w Pucharze Narodów (ćwierćfinał),

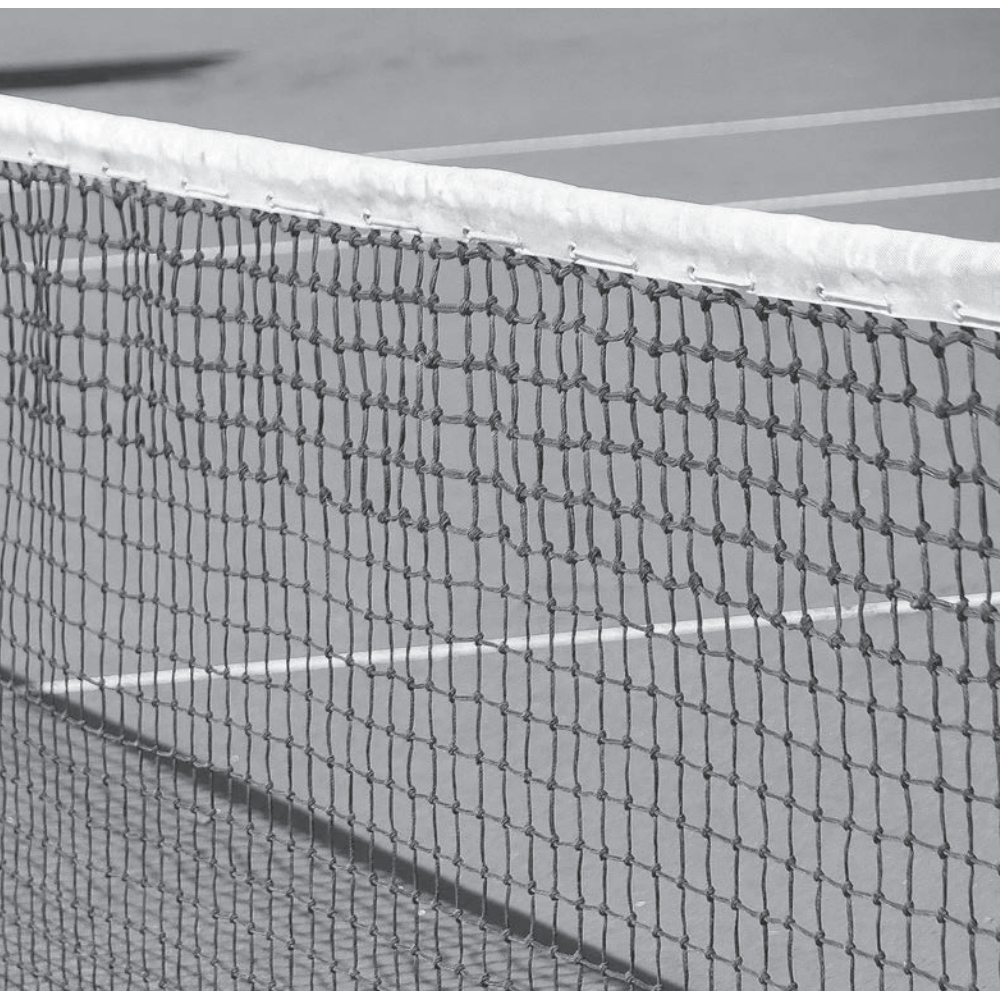
Leszek Borkowski – VI miejsce w deblu,

Józef Safian – srebrny medal w singlu +85 i brązowy medal w deblu +85 (ze Zbyszkim Jabłońskim),

Bartosz Ruszkowski – znakomity tenisista i aktualny Mistrz Polski w siatkówce, tym razem bez medalu, ale z planem rewanżu w Antalyi (Turcja), wrzesień 2026.

Podziękowania

Serdeczne gratulacje i podziękowania dla organizatorów za perfekcyjnie przygotowane Mistrzostwa Świata Lekarzy w Gdyni: Joanna Szafranek, Leszek Borkowski, Anna Komar, Marcin Pokrzywnicki – dzięki Wam to wydarzenie na długo pozostanie w pamięci uczestników.



USG w Podstawowej Opiece Zdrowotnej



JUSTYNA RAJKIEWICZ

SPECJALISTA CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH
I MEDYCYNY RODZINNEJ

W dniu 20.09.2025 r. w siedzibie OIL odbyło się szkolenie „USG w POZ” dla lekarzy rodzinnych, organizowane przez Lubuski Oddział Kolegium Lekarzy Rodzinnych. Szkolenie poprowadził lek. Bartłomiej Patka, we współpracy z Fundacją Mocni na Starcie oraz firmą MIRO.

W trakcie spotkania skupiliśmy się przede wszystkim na technice badania i praktycznych aspektach wykorzystania ultrasonografii w codziennej pracy lekarza POZ. Spotkanie obejmowało podstawy teoretyczne z zakresu obrazowania płuc, najważniejszych patologii oraz protokołów eFAST i BLUE. Szkolenie było dostępne dla wszystkich chętnych, którzy wzięli udział w pierwszym spotkaniu (ultrasonografia jamy brzusznej). Podczas spotkania przedstawiciel firmy Miro udostępnił aparaty ultrasonograficzne, przedstawił ofertę promocyjną i służył pomocą przy nauce obsługi sprzętu.

Warunkiem uczestnictwa w szkoleniach jest aktywne członkostwo w Kolegium Lekarzy Rodzinnych Oddział Lubuski (opłacenie rocznej składki członkowskiej w wysokości 150 zł) lub opłata 200 zł na cele statutowe fundacji „Eskulap” Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze. Zachęcamy więc do aktywnego członkostwa w KLR! Zaplanowano trzecią część szkolenia z zakresu ultrasonografii tarczycy, która odbędzie się 10 stycznia 2026 roku. Jest to ostatnia już część szkolenia dla uczestników, którzy wzięli udział w poprzednich edycjach.



II Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa „Lubuska Medycyna dziś i jutro”



Dnia 15 listopada 2025 roku w Sali Kolumnowej Urzędu Marszałkowskiego w Zielonej Górze miała miejsce Konferencja Naukowa, której organizatorem rokrocznie jest Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze, we współpracy z Okręgową Izbą Lekarską w Gorzowie Wielkopolskim oraz Fundacją Eskulap. Wydarzenie uzyskało patronat Rektora Uniwersytetu Zielonogórskiego prof. dr hab. Wojciecha Strzyżewskiego, Marszałka Województwa Lubuskiego pana Sebastiana Ciemnoczołowskiego a także Wojewody Lubuskiego pana Marka Cebuli oraz wsparcie Prezydenta Miasta Zielonej Góry, pana Marcina Pabierowskiego, Prezydenta Miasta Nowej Soli pani Beaty Kulczyckiej, Burmistrza Miasta Żary, pani Edyty Gajdy oraz Burmistrza Miasta Sulechowa pana Wojciecha Sołtysa.

Tegoroczną lubuską Interdyscyplinarną Konferencję Naukową otworzyło przemówienie przewodniczącego

komitetu organizacyjnego, Prezesa Okręgowej Izby Lekarskiej, Pana Doktora Jacka Kotuły oraz przewodniczącego komitetu naukowego, prof. dr. n. med. Pawła Jarmużka. Obecnością zaszczylicili znakomici prelegenci, którzy w sesjach medycyny ogólnej oraz stomatologii i ortodoncji przedstawili wielospecjalistyczne podejście do aktualnych problemów zdrowia publicznego. Omówiono nowoczesne metody diagnostyki i leczenia, dostępne w lubuskich ośrodkach medycznych. Konferencja zaskoczyła ogromną frekwencją, szacujemy, że wydarzenie zgromadziło ponad 250 słuchaczy. Znakomitą większość stanowili młodzi adepci sztuki medycznej, studenci kierunku lekarskiego i lekarsko-stomatologicznego oraz lekarze stażyści i rezydenci różnych specjalności. W trakcie Konferencji miała miejsce sesja plakatowa studentów Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego, której zwieńczeniem

było wręczenie nagród za najlepszą prezentację plakatową: nagrodę Dziekana Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego zdobył pan Hubert Konieczny (praca pt.: „Minimally invasive vs. gold standard: comparing prostatic artery embolization and transurethral resection of the prostate in the treatment of benign prostatic hyperplasia”) oraz nagrodę Prezesa OIL w Zielonej Górze zdobyła pani Maria Łuszczyn (praca pt.: „Minimally Invasive Direct Coronary Artery Bypass Grafting – Long-term Clinical and Angiographic Outcomes”).

W tym ostatnim numerze bieżącego roku prezentujemy Państwu fotorelację z wydarzenia. Szczegółowe sprawozdanie z Konferencji znajdziecie Państwo w kolejnym, pierwszym numerze nadchodzącego 2026 roku.

Redakcja



SPOTKANIA OPŁATKOWE

Dnia 15 grudnia o godzinie 14:00 w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze przy ul. Batorego 71 odbędzie się Spotkanie Opłatkowe dla Lekarzy Seniorów. Prosimy o potwierdzenie obecności do dnia 7 grudnia.

Również 15 grudnia, o godzinie 17:00 odbędzie się Spotkanie Opłatkowe dla członków Okręgowej Rady Lekarskiej, Okręgowego Sądu Lekarskiego oraz Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej. Zwracamy się również z uprzejmą prośbą o potwierdzenie obecności do dnia 30 listopada 2025 r.

Zachęcamy do kontaktu telefonicznego pod numerem tel. 68 320 79 00 lub 512655564.

Drodzy Doktorzy!

Po przeczytaniu bieżącego numeru biuletynu „Doktor”, zachęcamy, aby pozostawić go na blacie w rejestracji. Dzięki temu również pozostali pracownicy przychodni będą mogli zapoznać się z treściami i skorzystać z wartościowych informacji.

Dziękujemy za współdzielenie wiedzy i dbanie o przepływ informacji w naszym zespole!



*Doktor Agnieszce Klimek-Żołnowskiej
wyraży szczerego współczucia
z powodu śmierci*

M A M Y

*składają
Członkowie Okręgowej
Rady Lekarskiej
w Zielonej Górze*



WYDAWNICTWO:

Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze • ul. Batorego 71
tel. 68 320 79 00 • kom. 509 396 025
• e-mail: hipokrates@oil-zgora.org • www.oil-zgora.org

REDAKCJA:

Justyna Rajkiewicz (redaktor naczelna), Włodzimierz Janiszewski (zastępca redaktor naczelnej),
Agnieszka Opala (sekretarz redakcji), Maria Kapustka, Aniela Romanowska (członkowie redakcji),
Dariusz Golczyk (projekt, skład i układ graficzny).

Redakcja zastrzega sobie prawo dokonywania skrótów, poprawek stylistycznych oraz umieszczania śródtytułów.
Biuletyn jest rozpowszechniany bezpłatnie wśród członków OIL. Serwis fotograficzny własny, Wikipedia, Pixabay,
Freepik i wolne media.

UWAGA!!!

Od 1 stycznia 2023 r. składka członkowska wynosi 120,00 zł. miesięcznie.

Szanowni Państwo,

Decyzją Naczelnej Rady Lekarskiej – Uchwała nr 38/22/IX z dnia 21 października 2022 roku, od 1 stycznia 2023 r. wzrosła wysokość składki członkowskiej:

120,00 zł. – składka podstawowa

dla wszystkich posiadających PWZ

60,00 zł. – dla lekarzy stażystów

0,00 zł. – dla osób powyżej 70 roku życia

0,00 zł. – dla osób, które złożyły oświadczenie o nieosiąganiu przychodów.

Obowiązek opłacania składki członkowskiej wynika z przynależności do okręgowej izby lekarskiej.

Obowiązek regularnego opłacania składki członkowskiej spoczywa na lekarzu i lekarzu dentyście posiadającym prawo wykonywania zawodu i wpisanym na listę członków okręgowej izby lekarskiej.

Comiesięczna składka członkowska jest podstawowym świadczeniem członka samorządu lekarskiego na rzecz danej izby lekarskiej.

Niewywiązanie się z obowiązku opłacania składek jest naruszeniem art. 59 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Stanowi to podstawę do wszczęcia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

Okręgowa Rada Lekarska ma prawo zgodnie z art. 116 Ustawy o izbach lekarskich, że nieopłacone składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Nr rachunku:

Santander Bank Polska

95 1090 1535 0000 0000 5301 9198

Saldo składek członkowskich można sprawdzić wysyłając zapytanie na e-mail:

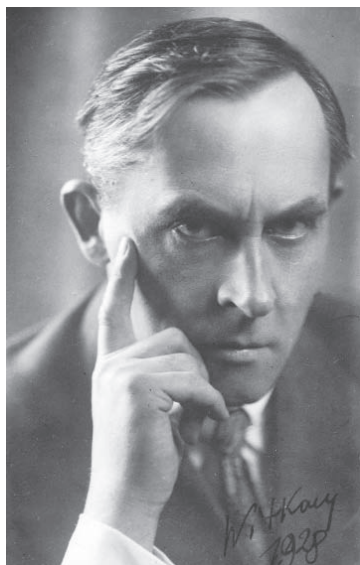
ksiegowosc@oil-zgora.org

lub dzwoniąc – tel. 68 323 66 85.

dr n.med. Jacek Kotuła

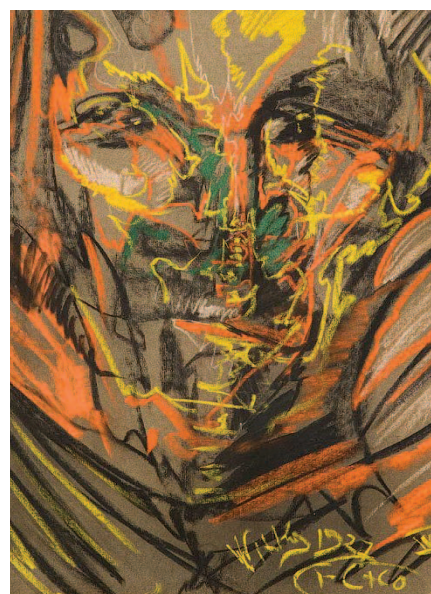
Prezes

Okręgowej Rady Lekarskiej
w Zielonej Górze

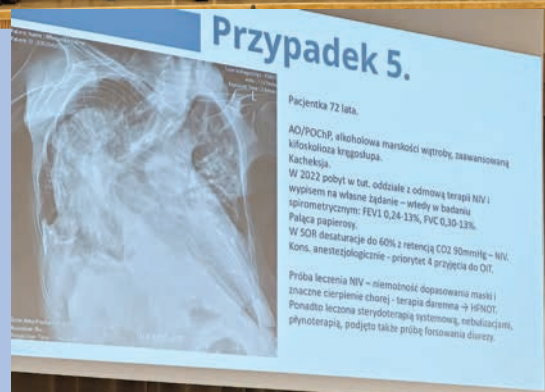


Ignacy Witkiewicz

Ignacy Witkiewicz, znany jako Witkacy, urodził się 24 lutego 1885 roku w Warszawie. Był wszechstronnym artystą — malarzem, pisarzem, filozofem i dramaturgiem. W swojej twórczości malarskiej często eksperymentował z różnymi stanami świadomości, tworząc obrazy pod wpływem używek, w tym alkoholu, narkotyków czy kawy. Aby udokumentować wpływ substancji na proces twórczy, opracował system oznaczania swoich prac tzw. „firmą portretową S.I. Witkiewicz”, w którym symbole literowe informowały, pod wpływem jakiej substancji znajdował się podczas malowania. Literą C (z ewentualnymi dopiskami Co, Et, C + H, C + Co + et; i inne) oznaczone były portrety wykonane pod wpływem alkoholu bądź narkotyków, m.in. meskaliny i pejotlu. Zmarł w 1939 roku w Zakopanem.



II Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa „Lubuska Medycyna dziś i jutro”



Zielona Góra • 15.11.2025 r.

