

Źródła zdrowia – od doświadczeń w dzieciństwie do dorosłości

Dr hab. med. Paweł Zagożdżon

Zakład Higieny i Epidemiologii

Gdański Uniwersytet Medyczny

OBJAWY Z OBSZARU ZDROWIA PSYCHICZNEGO U DZIECI DOTYCZĄ:

- **ROZWOJU (F 70 - F 89)**



- **EMOCJI (F 93 - F 98)**



- **ZACHOWANIA (F 90 – F 91)**



- **TRUDNOŚCI SPOŁECZNYCH (Z 60 – Z 63)**



OBJAWY Z OBSZARU ZDROWIA PSYCHICZNEGO U DZIECI POWODUJĄ:

- **dyskomfort psychiczny dziecka**



- **zakłócenia w funkcjonowaniu otoczenia**



OBJAWY Z OBSZARU ZDROWIA PSYCHICZNEGO U DZIECI WPŁYWAJĄ NA ŻYCIE dziecka oraz na:

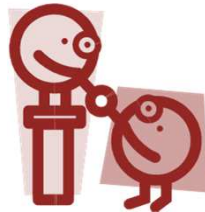
- życie rodzinne



- osiągnięcia szkolne



- przyjaźnie



- sposób spędzanie wolnego czasu



CAŁOŚCIOWE ZABURZENIA ROZWOJOWE (F.84 ICD-10)

ZABURZENIA AUTYSTYCZNE(DSM IV)

SPECYFICZNY DEFICYT POZNAWCZY W AUTYZMIE

(koncepcja s. Barona-Cohen społeczno- poznawcza teoria
powtarzanych form aktywności)

Niezdolność do myślenia lub wyobrażenia sobie
stanu umysłu innej osoby



Nieumiejętność przewidywania zachowania
innych osób



Lęk wzrastający w nieprzewidywalnej sytuacji
społecznej



Redukcja lęku przez wysoce przewidywalną
powtarzaną aktywność

Nieprawidłowy lub upośledzony
rozwój wyraźnie widoczny przed 3
rokiem życia w co najmniej jednym
z następujących obszarów:

1. rozumienie i ekspresja językowa
używane w społecznym
porozumiewaniu się,
2. rozwój wybiórczego
przywiązania społecznego lub
wzajemnych kontaktów
społecznych,
3. funkcjonalna lub symboliczna
zabawa.

ZABURZENIA HYPERKINETYCZNE (ICD-10)

ZESPÓŁ NADPOBUDLIWOŚCI PSYCHORUCHOWEJ Z DEFICYTEM UWAGI (ADHD-DSM IV)

CO TO ZNACZY W PRAKTYCE

- kłopoty z kontrolą własnej impulsywności
- nadmierna aktywność ruchowa
- zaburzenia koncentracji uwagi

DZIECKO Z ADHD WIE CO, POWINNO ZROBIĆ,
ALE NIE PORTRAFI W SPOSÓB RUTYNOWY ROBIĆ TEGO,
CO WIE, ŻE POWINNO

- ADHD częściej się rozpoznaje u dzieci urodzonych pod koniec roku (!)

ZABURZENIA LĘKOWE (F 93 ICD 10)

ETIOLOGIA

- występowanie rodzinne
- wydarzenia życiowe związane z wystąpieniem zaburzeń stresowych
- kumulacja wielu niewielkich ale trudnych sytuacji życiowych

Lęk jest wynikiem doświadczenia zagrożenia

Rodzaje:

- lęk separacyjny** (nasilenie lęku jest nieodpowiednie do okresu rozwoju dziecka, powoduje pogorszenie funkcjonowania społecznego; martwienie się bez uzasadnionych powodów, że ktoś wyrządzi krzywdę rodzicom, lub że rodzice opuszczą dziecko; obawa, że dziecko się zgubi, zostanie porwane, oddzielone od rodziców; występują koszmary nocne, napady złości, płaczu, skarg somatycznych)
- zaburzenie lękowe uogólnione** (zamartwianie koncentrujące się na przyszłości, na obawie o własne kompetencje. Towarzyszy mu silne napięcie, brak możliwości wypoczynku, potrzeba ciągłego upewniania się, dolegliwości somatyczne. Objawy powodują istotny dyskomfort psychiczny, cierpienie lub zaburzenie funkcjonowania społecznego.
- fobie** (obawy przed zwierzętami, obawy przed ciemnością, obawy przed wymyślonymi postaciami obawy przed śmiercią. Podstawą rozpoznania jest unikanie danego obiektu, dyskomfort psychiczny, pogorszenie funkcjonowania społecznego)
- społeczne zaburzenia lękowe** (wyołbrzymianie i przedłużanie się normalnej fazy lęku przed obcymi (u wszystkich dzieci występuje ona do 30 miesiąca życia). Unikają kontaktów z osobami poza rodziną, mają lęk przed oceną publiczną, upokorzeniem. Mają związek z zaburzeniami osobowości typu unikającego)

ZABURZENIE OBSESYJNO-KOMPULSYWNE (F 42 ICD 10)

- Mogą pojawiać się już w wieku przedszkolnym. Obraz kliniczny ZOK u osoby dorosłej i dziecka nie różni się objawami.
- Czynności przymusowe dotyczą mycia się, czyszczenia, powtarzania, sprawdzania, dotykania.
- Myśli natrętne najczęściej wiążą się z zakażeniem, zabrudzeniem symetrią.
- Towarzyszą one często Zespołowi Tourettea.

Epidemiologia zaburzeń psychicznych

- epidemiologia jest nauką o rozpowszechnieniu i o czynnikach warunkujących występowanie związanych ze zdrowiem stanów lub zdarzeń w określonych populacjach oraz dyscypliną służącą do kontroli problemów zdrowotnych (Last).
- Life course epidemiology –
epidemiologia zmian w zdrowiu na przebiegu życia

Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży

Location	Study	N	Age	Prevalence period	Major depressive disorder	Dysthymia	Any depression
Great Britain	Meltzer et al (2000)	10 438	13-18	Point			2.5%
	Green et al (2004)	7977	5-16	Point	0.6%	---	0.9%
United States	<u>North Carolina</u>						
	Angold et al (2002)	920	9-17	3 mo	1.0%	---	2.9%
	Costello et al (2003)	1015	9-16	3 mo	2.2%	---	2.2%
	<u>Puerto Rico</u>						
	Canino et al (2004)	1886	4-17	12 mo	3.0%	3.4%	3.4%
	<u>Texas</u>						
	Roberts et al (2007)	4175	11-17	12 mo	1.7%	0.3%	2.1%

Major depressive disorder – „duża depresja”, Dysthymia – przewlekłe obniżenie nastroju

Rozpowszechnienie zaburzeń lękowych wśród dzieci i młodzieży

Location	Study	N	Age	Prevalence period	Panic	OCD	SAD	GAD	Agora- phobia	Social phobia	Specific phobia	Any anxiety
Great Britain	Meltzer et al (2000)	10 438	5-15	Point								
	Green et al (2004)	7977	5-16	Point	0.2	0.2	0.4	0.8	0.1	0.3	0.8	3.3
United States	<u>North Carolina</u>											
	Costello et al (2002)	2709	9-12	3 mo	0.1	0.1	2.1	1.4	0.2	0.3	0.1	2.9
	Angold et al (2002)	3895	13-16	3 mo	0.3	0.2	0.4	2.3	0.3	0.7	0.3	2.2
		970	9-17	3 mo	1.2	0.2	3.0	1.3	0.5	1.4	0.4	5.7
	<u>Puerto Rico</u>											
	Canino et al (2004)	1897	4-17	12 mo	0.7	---		2.4	---	2.8	---	9.5
	<u>Texas</u>											
	Roberts et al (2007)	4175	11-17	12 mo	0.7	---	---	0.4	4.5	1.6	---	6.9

Panic – napady paniki, OCD – zaburzenie obsesyjno-kompulsywne, SAD – nerwica społeczna, GAD – lęk uogólniony

Rozpowszechnienie zaburzeń hiperkinetycznych wśród dzieci i młodzieży

Location	Study	N	Age	ADHD
Great Britain	Meltzer et al (2000)	10 438	5-15	2.2%
	Green et al (2004)	7977	5-16	1.5%
United States	<u>National Health and Nutrition Examination Survey</u>			
	Froehlich et al (2007)	3082	8-15	8.7%
	<u>North Carolina</u>			
	Angold et al (2002)	920	9-17	1.3%
	Costello et al (2003)	1015	9-16	0.9%
	<u>Puerto Rico</u>			
	Canino et al (2004)	1886	4-17	8.0%
	<u>Texas</u>			
	Roberts et al (2007)	4175	11-17	2.1%

Merikangas KR. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. Dialogues Clin Neurosci. 2009 March; 11(1): 7–20.

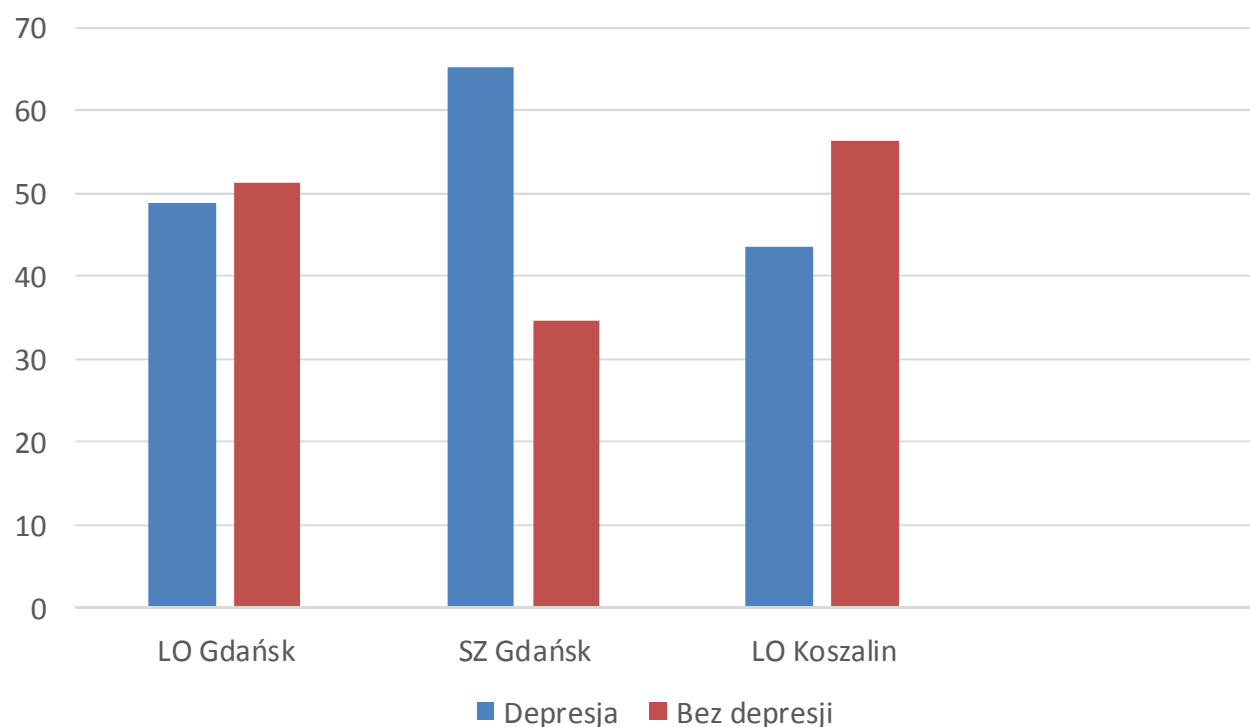
Rozpowszechnienie zaburzeń zachowania wśród dzieci i młodzieży

Location	Study	N	Age	Prevalence period	Conduct	Oppositional defiant	Any disruptive
Great Britain	<u>British Child and Adolescent Mental Health Survey</u>						
	Meltzer et al (2000)	10 438	5-15	Point	1.5%	2.3%	--
	Green et al (2004)	7977	5-16	Point	2.7%	3.0%	5.8%
United States	<u>North Carolina</u>						
	Costello et al (2003)	1015	9-16	3 mo	2.7%	2.7%	7.3%
	Angold et al (2002)	920	9-17	3 mo	5.4%	1.8%	
	<u>Puerto Rico</u>						
	Canino et al (2004)	1886	4-17	12 mo	2.6%	6.0%	---
	<u>Texas</u>						
	Roberts et al (2007)	4175	11-17	12 mo	3.3%	2.8%	6.5%

Conduct – zaburzenie zachowania, Oppositional defiant – zaburzenie opozycyjno-buntownicze, any disruptive – jakiegokolwiek zaburzenie zachowania i emocji

Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży w wieku 17 lat w Polsce (1999)

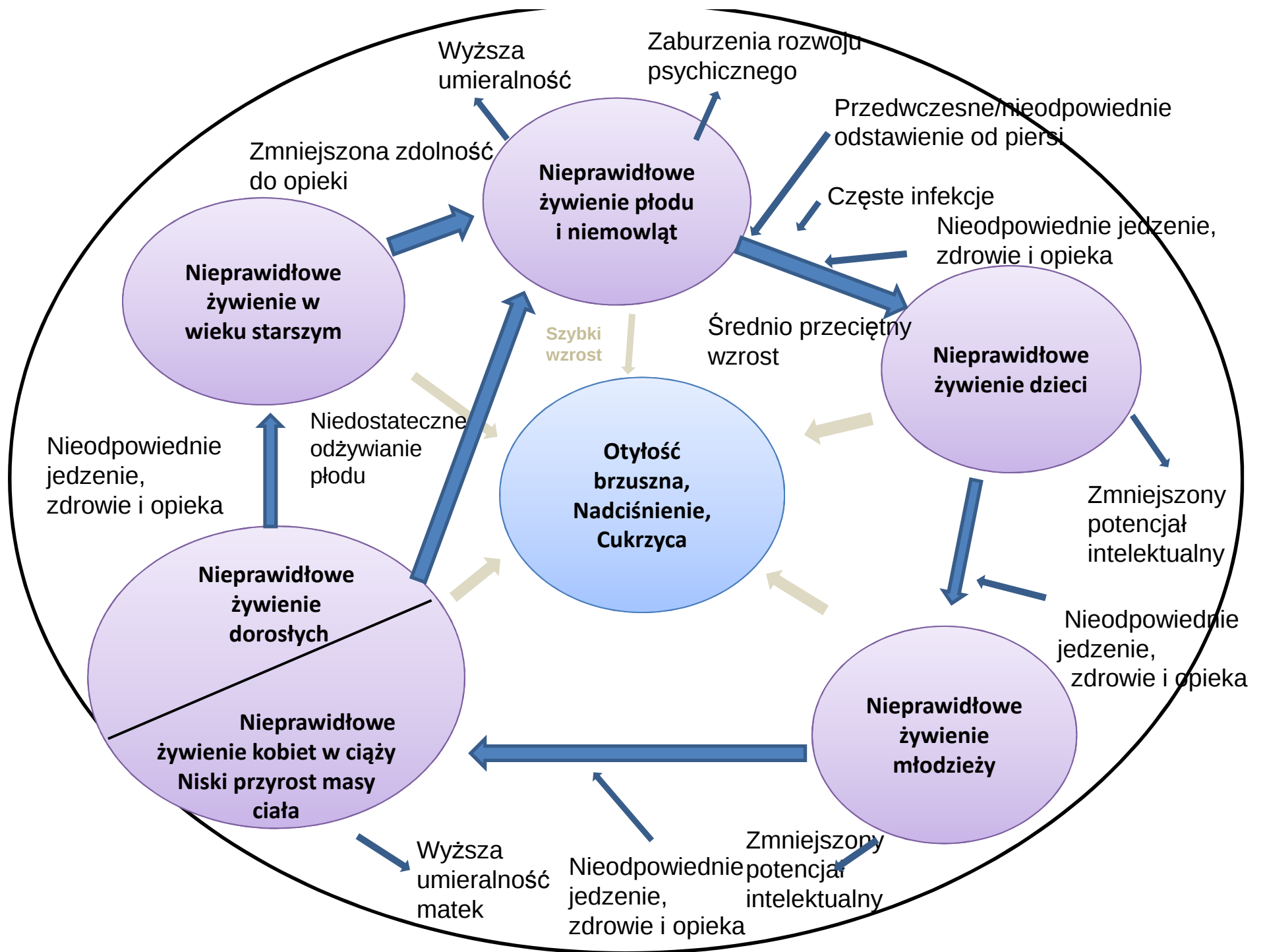
Próba	Osoby depresyjne		Osoby bez depresji		Ogół badanych
	liczba	%	liczba	%	
LO Gdańsk	41	48,80	43	51,2	84
SZ Gdańsk	119	65,38	63	34,62	182
LO Koszalin	115	43,69	147	56,31	262
Razem	275	54,08	253	47,92	528

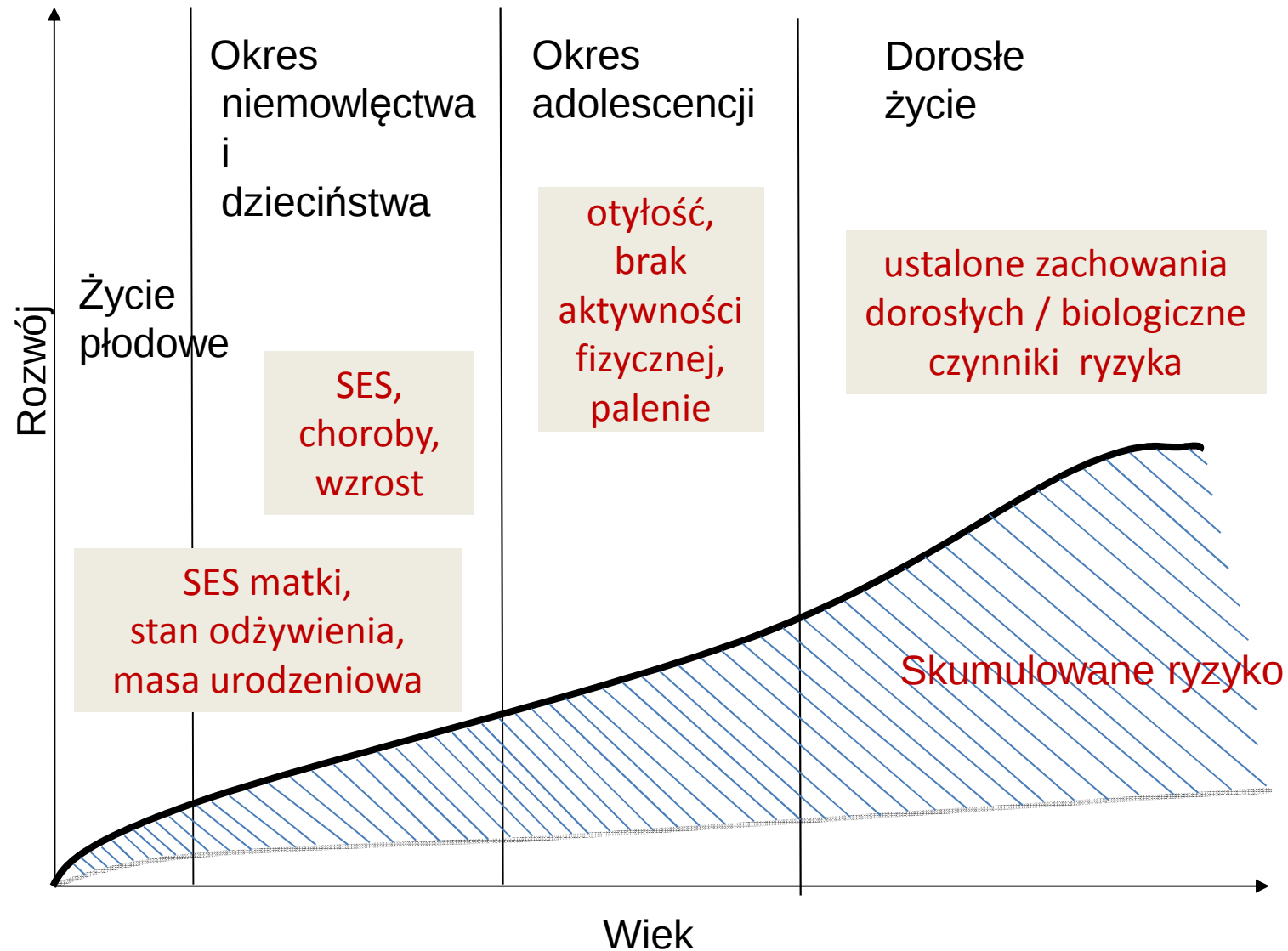


Jaklewicz H i wsp. Zaburzenie depresyjne u młodzieży w okresie transformacji społecznej. W: Epidemiologia zaburzeń psychicznych. Kraków 2003.

Doświadczenia w dzieciństwie determinują zdrowie w okresie dorosłości

- Teoria i obserwacje Dawida Barkera zakładają, że choroba wieńcowa uwarunkowana jest wydarzeniami w okresie życia płodowego (niedorozwój płodu, niska masa urodzeniowa, zmniejszona wielkość łożyska)
- Podobne dane istnieją w kontekście nadciśnienia, otyłości, oporności insulinowej
- Dużo przemawia za takim pochodzeniem części chorób psychicznych takich jak schizofrenia, autyzm, zaburzenia osobowości, upośledzenie umysłowe





SES – status społeczno-ekonomiczny

Niemodyfikowalne
czynniki ryzyka

- Wiek
- Płeć
- Geny

Indywidualne czynniki
ryzyka:

- Tytoń
- Dieta
- Alkohol
- Aktywność fizyczna

Uwarunkowania
społeczno-ekonomiczne,
kulturowe
i środowiskowe

Pośrednie
czynniki ryzyka

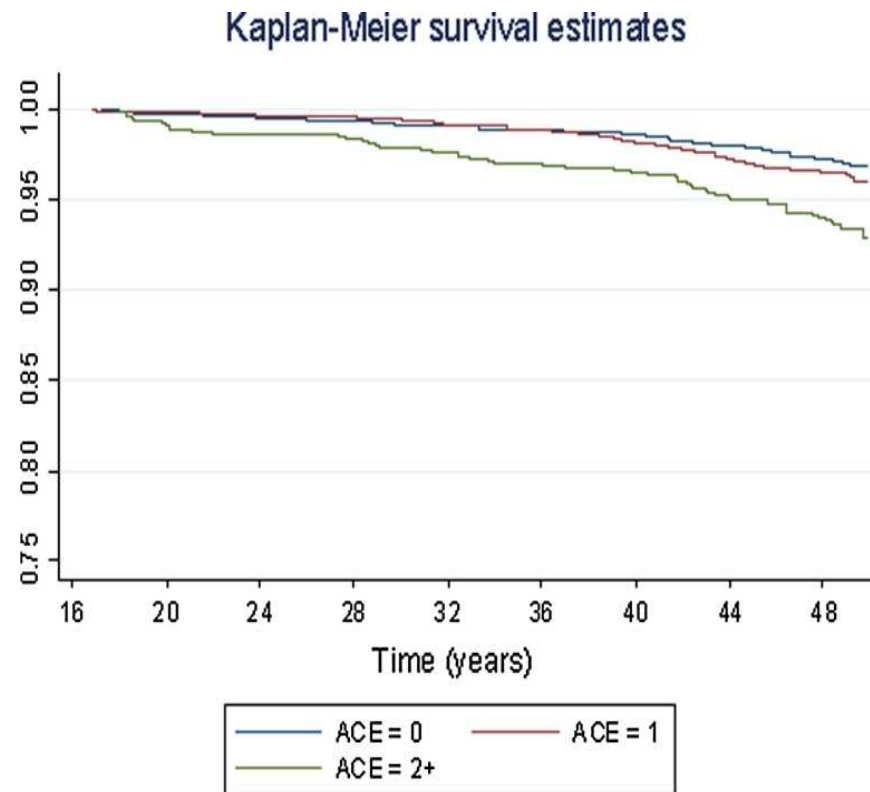
- Nadciśnienie
- Cukrzyca
- Nadwaga,
otyłość
- Wzrost
poziomu
lipidów
- Zaburzenie
stężenia
glukozy we
krwi

- Choroba
niedokrwienna
serca
- Udar
- Choroba naczyń
obwodowych
- Nowotwory
- POChP
- Inne przewlekłe
choroby
- Inwalidztwo

Doświadczenie traumy w dzieciństwie determinują zdrowie w okresie dorosłości

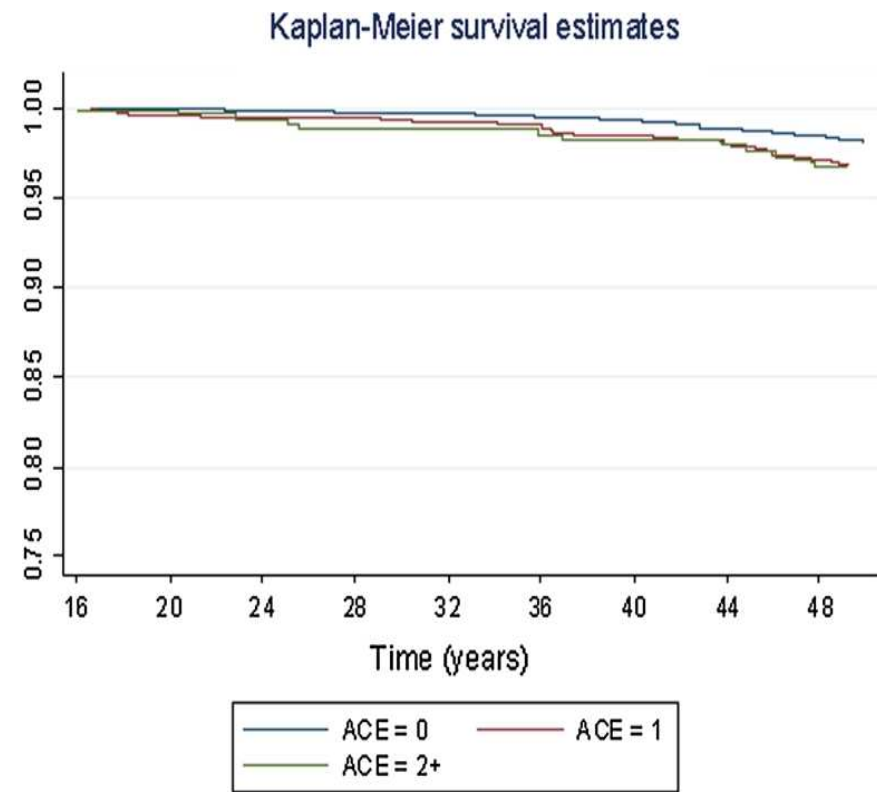
- Trauma to stresujące wydarzenie lub sytuację (oddziałujące krótko- lub długotrwale) o cechach wyjątkowo zagrażających lub katastroficznych, które mogłoby spowodować przenikliwe odczuwanie cierpienia u niemal każdego (ICD-10, F43)
- Częstość występowania traumatycznych wydarzeń na w okresie całego życia szacowana jest na 78% u kobiet i 92% u mężczyzn
- Przemoc fizyczna, seksualna, wojna, bycie świadkiem katastrofy, wypadku bądź śmierci bliskich

Przedwczesna umieralność a uraz w dzieciństwie



- mężczyźni

ACE – adverse childhood event



- kobiety

Kelly-Irving M, Lepage B, Dedieu D i wsp.

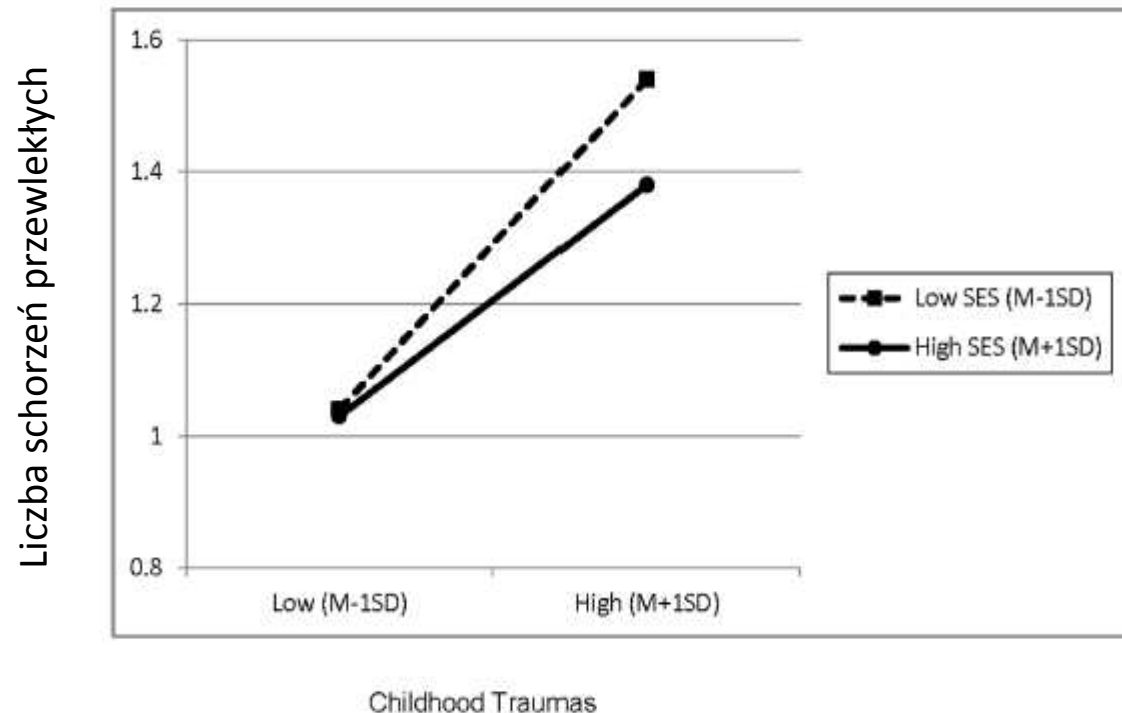
Adverse childhood experiences and premature all-cause mortality. Eur J Epidemiol. 2013 Sep;28(9):721-34. doi: 10.1007/s10654-013-9832-9

Status społeczno-ekonomiczny buforem dla skutków traumy

Trauma w dzieciństwie pod postacią:

- Pobytu poza domem przez 2 lub więcej tygodni w szpitalu
- Rozwód rodziców
- Przedłużony okres bezrobocia jednego z rodziców
- Przeżycie przerażającego wydarzenia, o którym obecne są nawracające myśli po latach
- Odesłanie w miejsce odległe od domu wbrew woli w dzieciństwie
- Problem w rodzinie związany z nadużywaniem alkoholu lub narkotyków
- Przemoc fizyczna lub seksualna ze strony bliskich

- Związek między wywiadem traumy w dzieciństwie a obecnością chorób przewlekłych w dorosłości



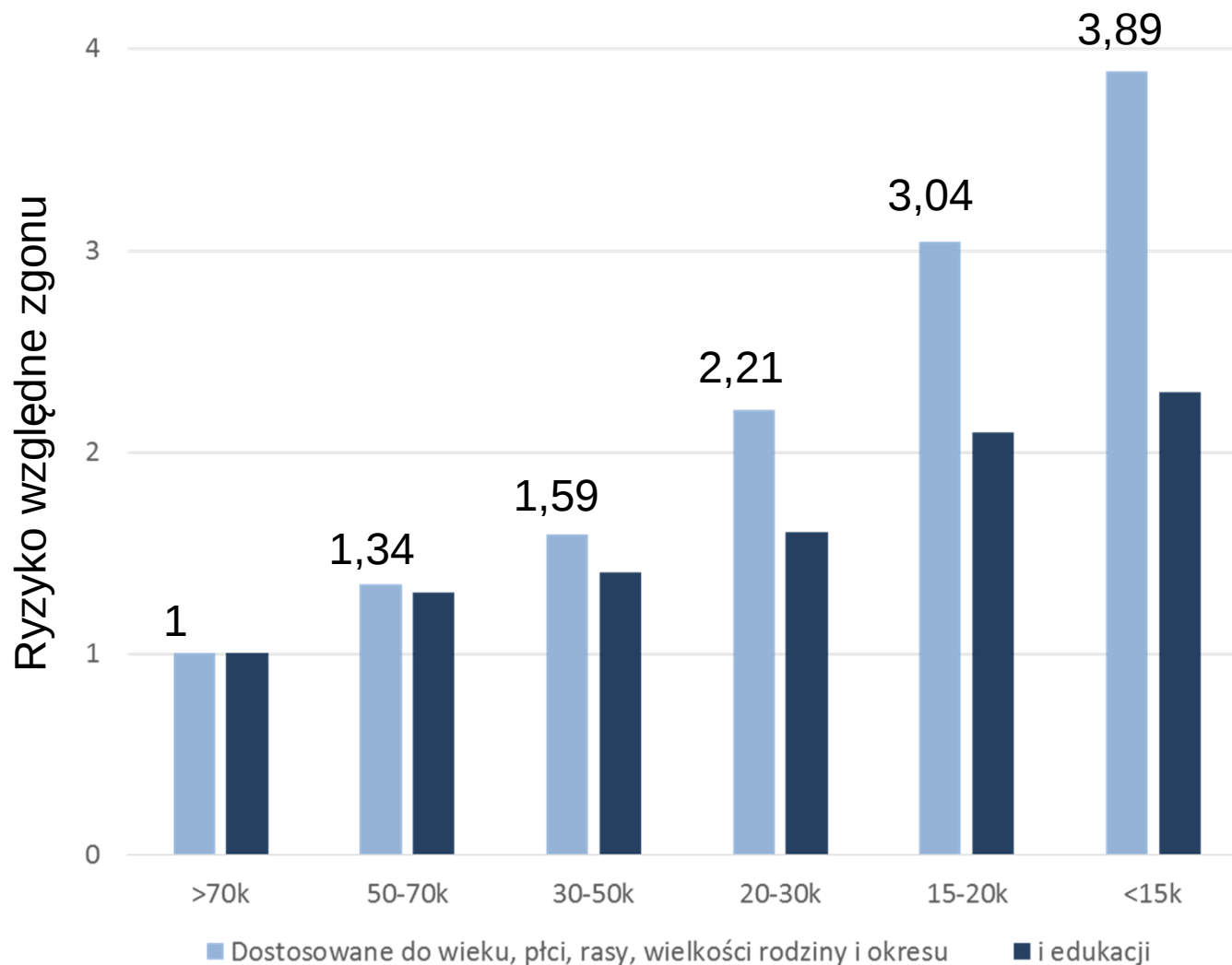
Nasilenie urazów w dzieciństwie

SES – status społeczno-ekonomiczny

Mock SE, Arai SM. Childhood trauma and chronic illness in adulthood: mental health and socioeconomic status as explanatory factors and buffers. Front Psychol. 2011 Jan 31;1:246. doi: 10.3389/fpsyg.2010.00246.

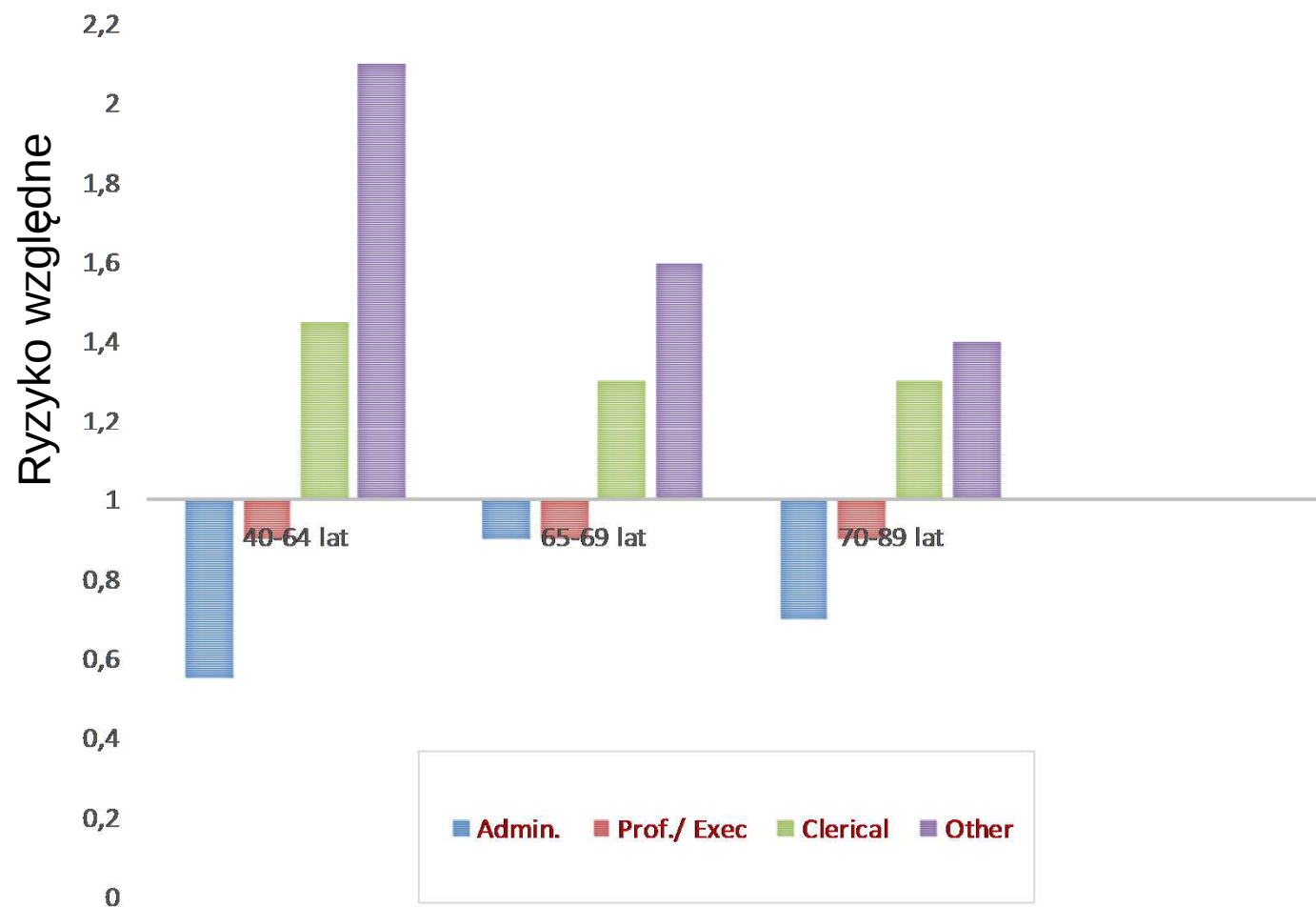
Związek między dochodami a ryzykiem zgonu

efekt wykształcenia!



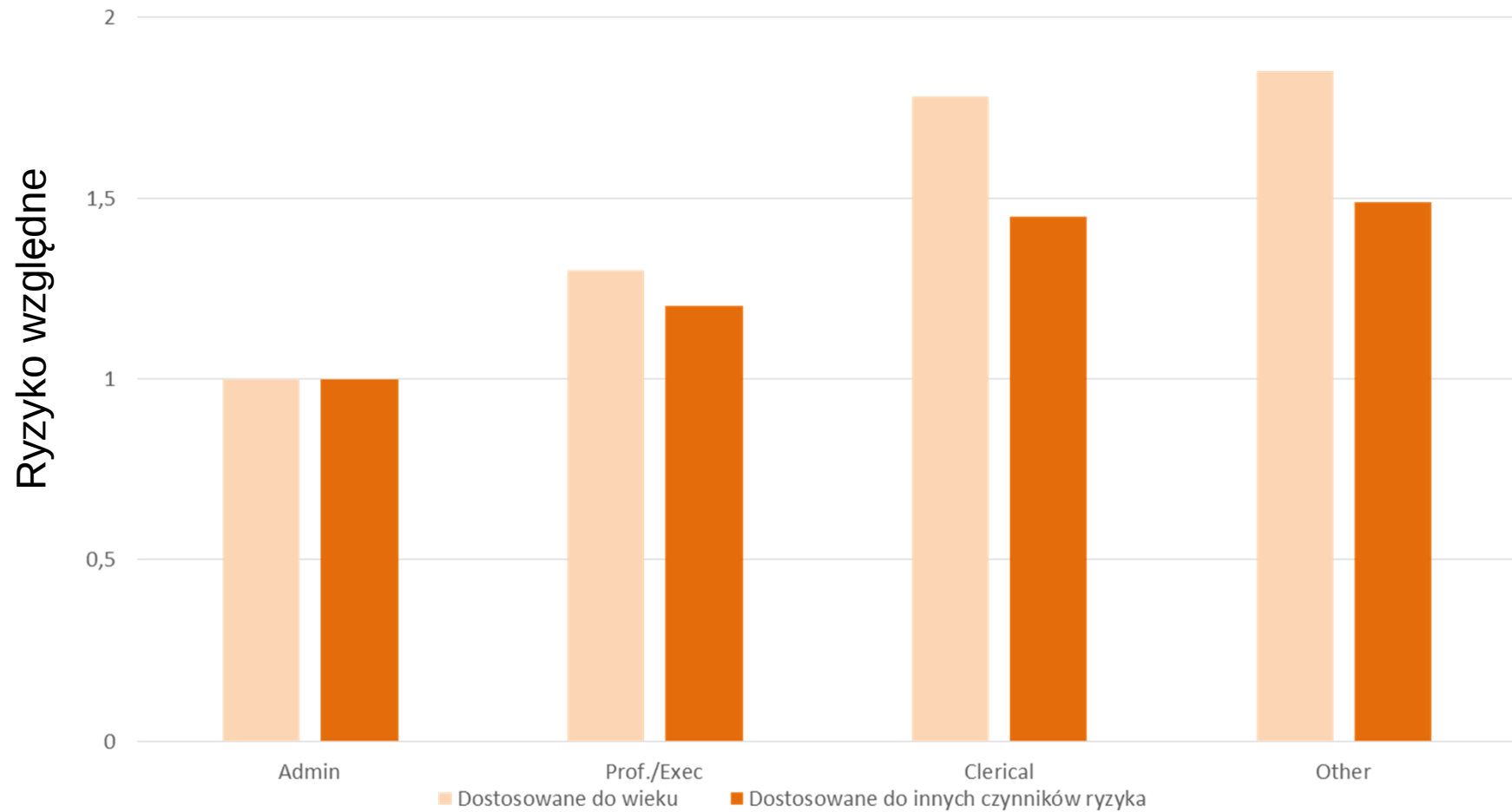
Marmot M. Status Syndrome: How Your Social Standing Directly Affects Your Health. Times Books 2004.

Związek między kategorią zawodową a ryzykiem zgonu (badanie Whitehall)



Marmot M. Status Syndrome: How Your Social Standing Directly Affects Your Health. Times Books 2004.

Związek między kategorią zawodową a ryzykiem choroby wieńcowej (badanie Whitehall)



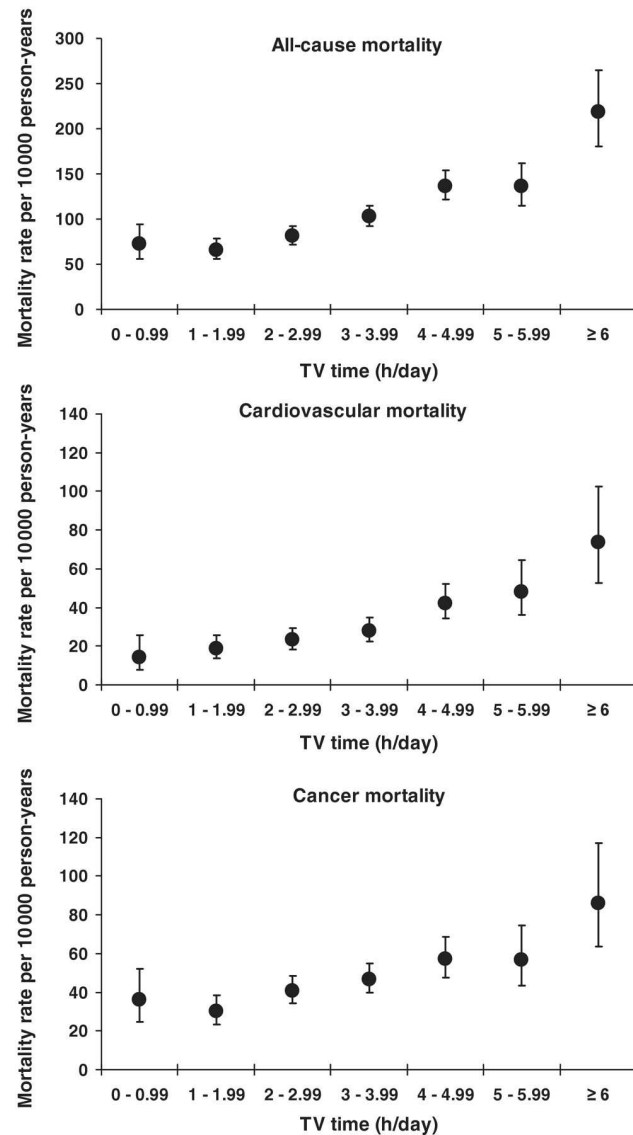
Marmot M. Status Syndrome: How Your Social Standing Directly Affects Your Health. Times Books 2004.

- Badanie Whitehall zapoczątkowane w latach 70-ych XX-wieku oceniało stan zdrowia urzędników brytyjskich w zależności od szczebla zajmowanego w hierarchii zatrudnionych w służbie cywilnej. Po kilku latach obserwacji okazało się, że pracownicy najniżsi rangą (gońcy, strażnicy itd.) mają 3-krotnie większe ryzyko zgonu w porównaniu do osób sprawujących funkcje kierownicze. Pracownicy zajmujący niższą pozycję w hierarchii zatrudnionych mieli również gorszy stan zdrowia, byli bardziej otyli, mieli wyższe ciśnienie tętnicze i poziom cholesterolu. Mniej korzystne zachowania zdrowotne takie jak palenie tytoniu, picie alkoholu czy brak aktywności fizycznej również bardziej były rozpowszechnione w grupach o niższym statusie społecznym.
- Różnice w zachowaniach zdrowotnych tłumaczą tylko 1/3 różnic w ryzyku zgonu pomiędzy różnymi grupami społecznymi. Jego propozycja wytłumaczenia tego fenomenu polega na uwzględnieniu pojęcia poczucia kontroli i uznania tego czynnika za taką samą przyczynę chorób jak palenie papierosów, aktywność fizyczna czy zła dieta. Niskie poczucie kontroli właściwe jest osobom o niskiej pozycji społecznej. Osobom z niższych szczebli hierarchii społecznej wydaje się, że ich działania zależą od czynników losowych, od innych osób czy instytucji i nie są oni w stanie sterować własnym życiem sami.

Zdrowie i sposoby życia – Alameda County study

- W 1965 zainicjowano badanie badanie Alameda County Study w celu oceny wpływu powszechnych zachowań na zdrowie. Belloc i wsp. Uzyskali informacje od 6,928 respondentów z Alameda county. Pytania dotyczyły m.in. satysfakcji z życia rodzinnego, zatrudnienia, wywiadu z dzieciństwa, aktywności fizycznej i diety.
- Wyróżniono kilka prostych elementów zdrowego trybu życia :
 - niepalenie
 - zjadanie śniadań
 - aktywność fizyczna
 - odpowiednio długi sen (7-8 godzin)
 - ograniczona ilość alkoholu

Oglądanie TV - niezależny predyktor zgonu



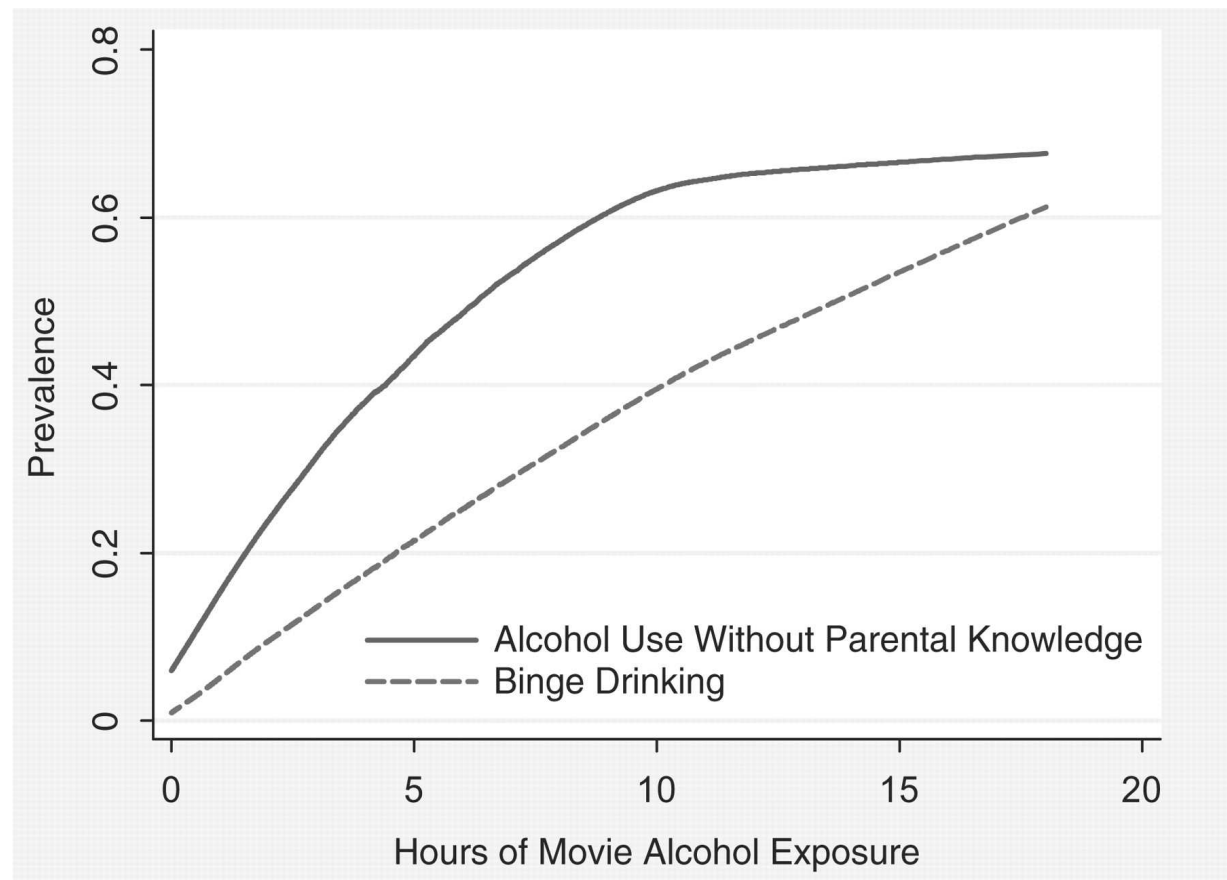
- Nieskorygowana umieralność ogólna, sercowonaczyniowa i z powodu chorób nowotworowych (95% CI) na 10 000 osobo-lat w zależności od liczby godzin oglądania telewizji dziennie w kohorcie 13 197 kobiet i mężczyzn w badaniu EPIC-Norfolk, 1998–2009 (średnia wieku $61,5 \pm 9,0$ lat);
- W analizie uwzględniono czas oglądania TV, wydatek energetyczny związany z aktywnością fizyczną, wykształcenie, palenie, alkohol, stosowanie leków przeciwnadciśnieniowych i przeciwcholesterolowych, wywiad rodzinny i współistniejące choroby, dowóz energetyczny wynikający ze spożycia pokarmu
- Skorygowany wskaźnik hazardu [HR] dla zgonu przy oglądaniu TV 1 godz./d. **HR = 1.04, 95% CI = 1.01–1.09**



Wijndaele K, Brage S, Besson H, Khaw KT i wsp. Television viewing time independently predicts all-cause and cardiovascular mortality: the EPIC Norfolk Study. *Int J Epidemiol.* 2011 Feb;40(1):150-9.

Wpływ kultury popularnej i mediów na rozpowszechnienie picia alkoholu

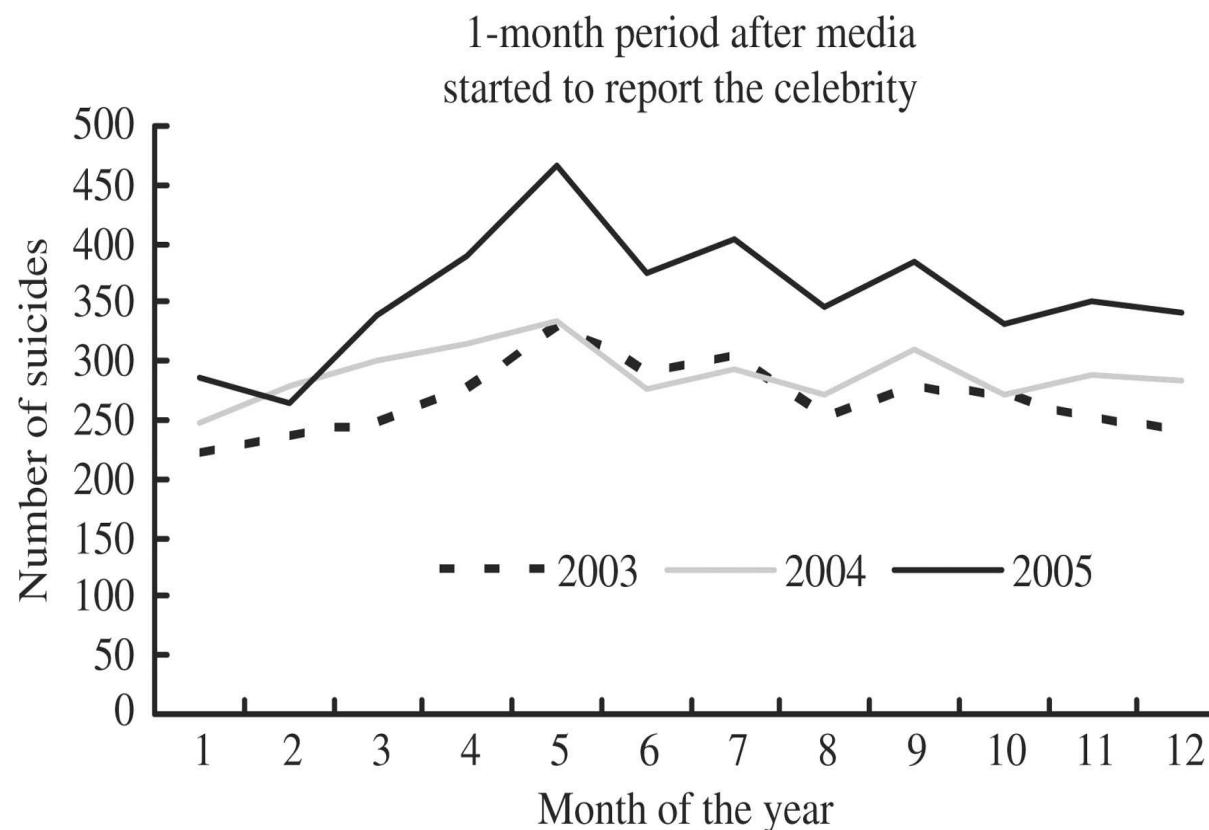
- W badaniu przekrojowym ($N = 5581$) dorastającej młodzieży z 27 szkół w Niemczech badano czas ekspozycji na sceny w filmach z piciem alkoholu
- Mediana czasu ekspozycji na sceny ze spożyciem alkoholu - 3,44 h (rozstęp międzykwartylowy; 1,51–6,23 h).
- W porównaniu z kwartylem 1 skorygowany iloraz szans [OR] dla spożycia alkoholu wyniósł 1,47 [95% przedział ufności(CI) 1,19–1,82], 2,12 (1,75–2,57) i 2,95 (2,35–3,70) odpowiednio dla kwartyli 2, 3 and 4; podobnie, skorygowany iloraz szans dla upijania się wyniósł 1,42 (0,93–2,28), 1,84 (1,27–2,67) oraz 2,59 (1,70–3,95).



Hanewinkel R, Tanski SE, Sargent JD. Exposure to alcohol use in motion pictures and teen drinking in Germany. *Int J Epidemiol.* 2007 Oct;36(5):1068-77

Zachowania naśladowcze – samobójstwa i media

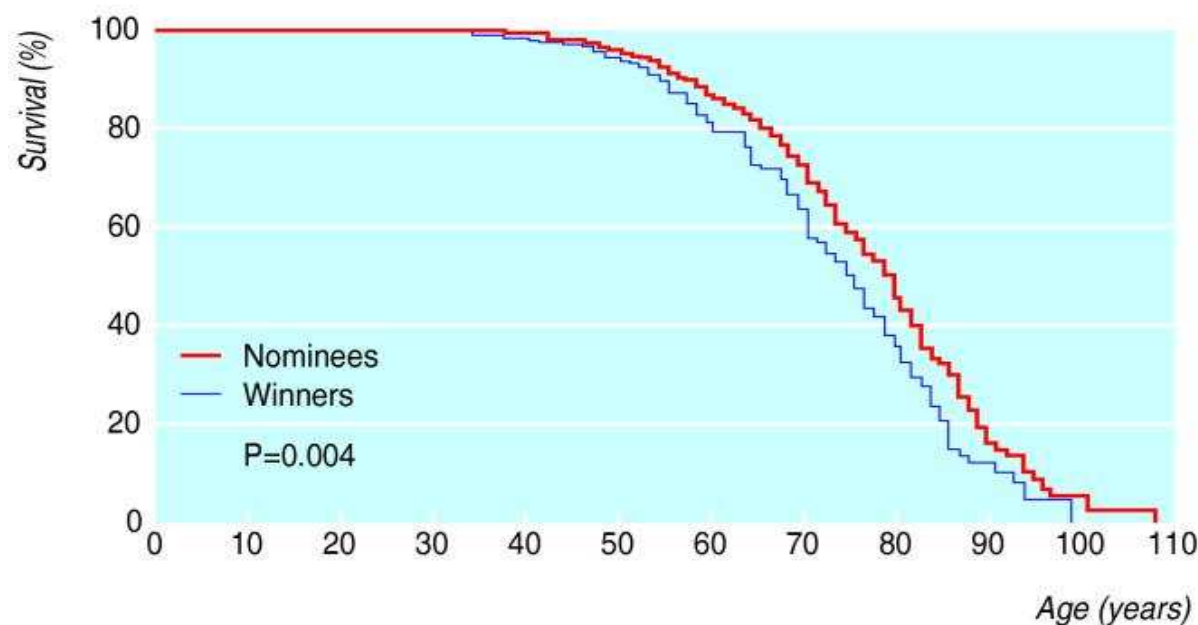
- Poddano analizie dane o samobójstwach z okresu 2003–2005 w Tajwanie (n = 10 945). Przy użyciu metody autoregresji szeregów czasowych oceniono wzrost liczby samobójstw w okresie 4 tygodni po nasilonym informowaniu w mediach o samobójstwie słynnego aktora telewizyjnego
- Po skorygowaniu o efekt zmienności sezonowej, rok kalendarzowy, temperaturę, wilgotność i poziom bezrobocia, stwierdzono w badanym okresie istotny wzrost liczby samobójstw (ryzyko względne [RR] 1,17, 95% CI 1,04–1,31). Obserwowano wzrost ryzyka u mężczyzn (RR 1,30, 95% CI 1,14–1,50) oraz przy użyciu tej samej metody jak w relacjonowanym zdarzeniu (przez powieszenie) (RR 1,51, 95% CI 1,25–1,83).



Cheng AT, Hawton K, Lee CT, Chen TH. The influence of media reporting of the suicide of a celebrity on suicide rates: a population-based study. *Int J Epidemiol.* 2007 Dec;36(6):1229-34

Sukces w kulturze masowej i zachowania zdrowotne

- W retrospektywnej analizie kohortowej 850 nominowanych do nagrody hollywoodzkiej Akademii Filmowej scenarzystów po uwzględnieniu roku urodzenia, płci i innych czynników wzrost ryzyka względnego zgonu zwycięzcy wyniósł 35% (95% CI 7% to 70%).

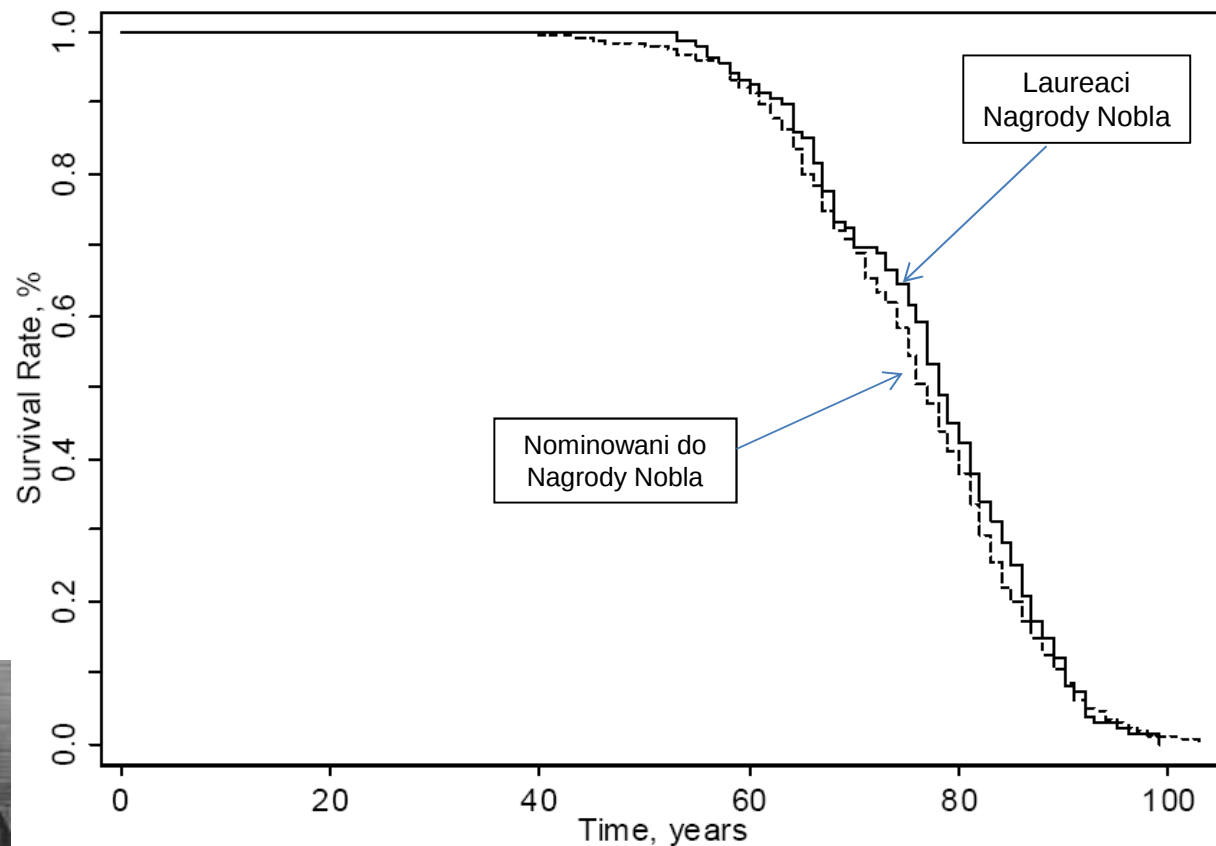


David Seidler
za scenariusz do filmu
„Jak zostać królem”

Redelmeier DA, Singh SM. Longevity of screenwriters who win an academy award: longitudinal study. BMJ. 2001 Dec 22-29;323(7327):1491-6.

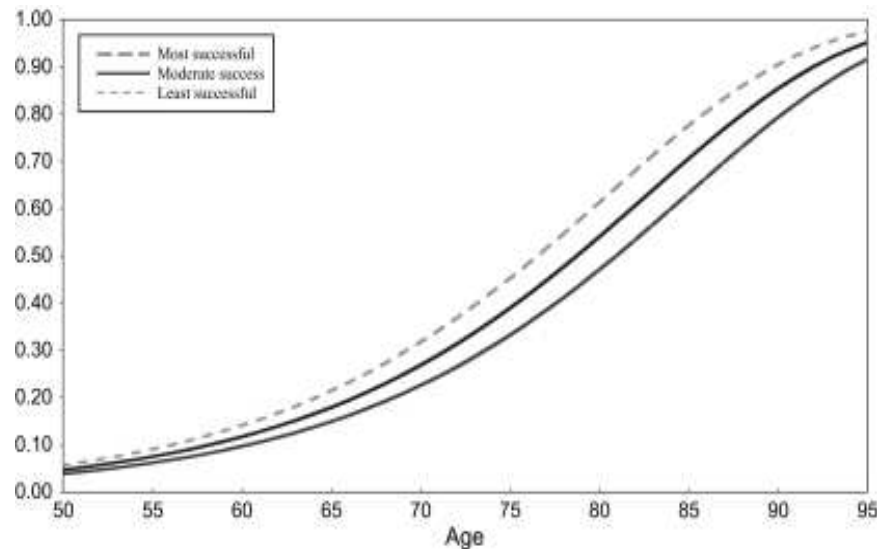
Laureaci nagrody Nobla żyją dłużej niż nominowani

- Badano przeżywalność w próbie 524 czołowych naukowców XX-ego wieku, którzy byli nominowani do nagrody Nobla w dziedzinie fizyki lub chemii.
- W analizie wieloczynnikowej wykazano, że laureaci nagrody Nobla żyją o 2 lata dłużej niż nominowani.
- Nie wykazano związku między realną wartością nagrody a długością życia po jej uzyskaniu

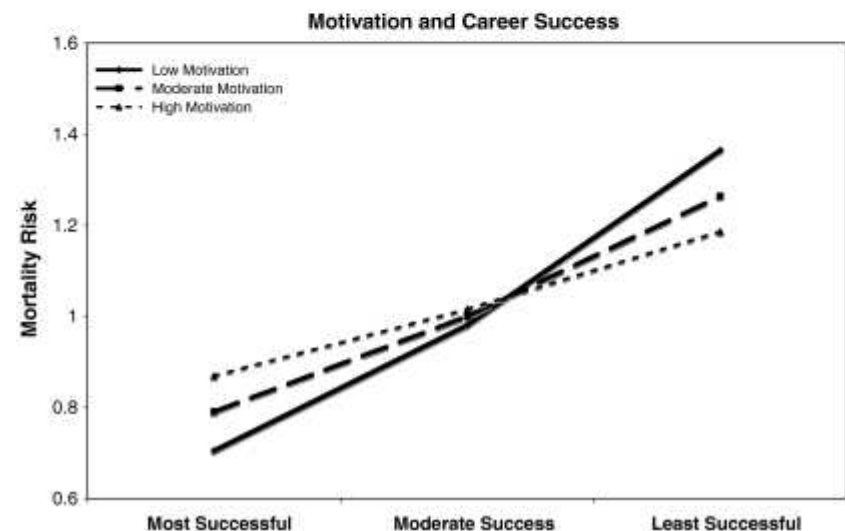


Rablen MD, Oswald AJ. Mortality and immortality: the Nobel Prize as an experiment into the effect of status upon longevity. J Health Econ. 2008 Dec;27(6):1462-7.

Sukces zawodowy, sumiennność, motywacja, i długość życia



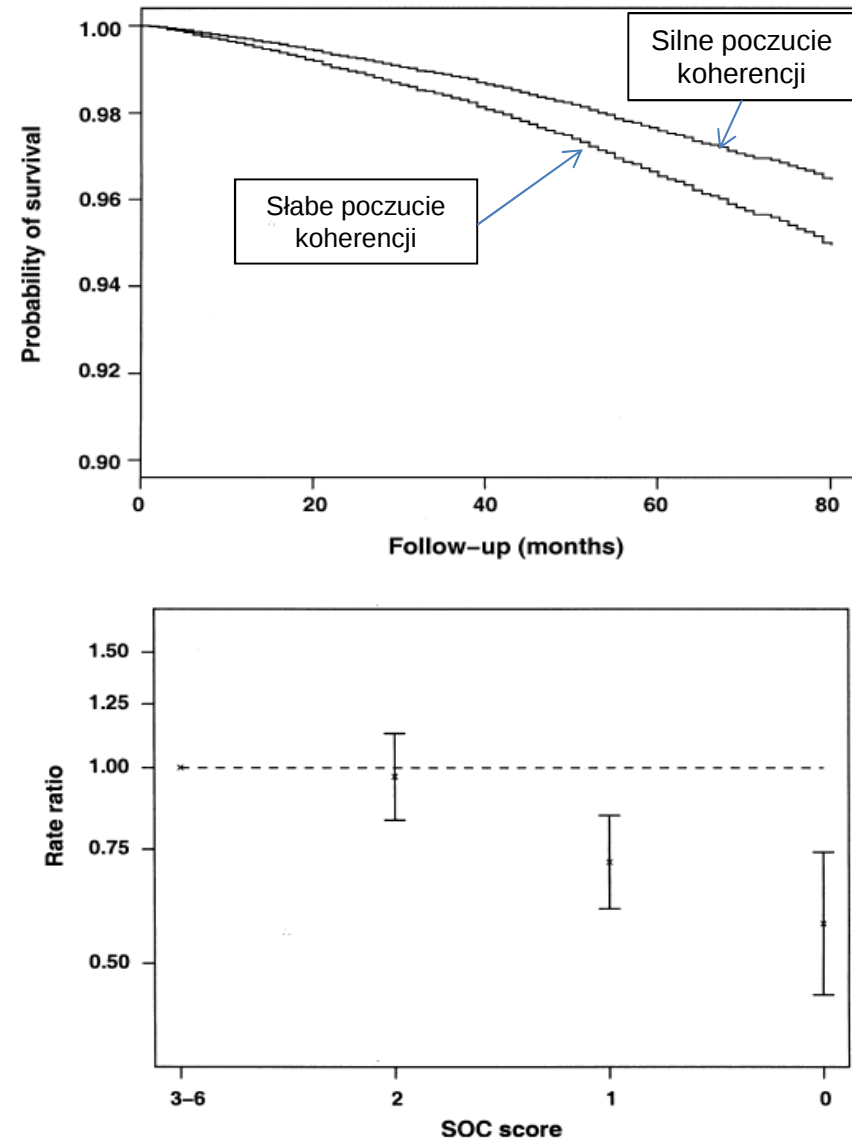
- Prawdopodobieństwo zgonu w grupach o różnym stopniu sukcesu zawodowego ocenianego w średnim wieku u 693 mężczyzn (Terman Life Cycle Study)
- Umieralność w 1-ym, 2-gim i 3-cim kwartylu (zmiennej oceniającej cechę osobowości) w grupach o największym, umiarkowanym i najmniejszym sukcesie zawodowym w **odniesieniu do sumienności (wykres po prawej u góry) i motywacji (dół po prawej) ocenianej w dzieciństwie.**



Kern ML, Friedman HS, Martin LR, i wsp. Conscientiousness, career success, and longevity: a lifespan analysis. Ann Behav Med. 2009 Apr;37(2):154-63.

Poczucie koherencji i umieralność

- Poczucie koherencji (A. Antonowsky) oznacza globalną orientację człowieka, wyrażającą stopień, w jakim ma on zdolności zrozumienia wydarzeń (*ang. comprehensibility*), poczucia zaradności (*ang. manageability*) i poczucia sensowności (*ang. meaningfulness*) podejmowania zaangażowania i kreowania własnego życia.
- W badaniu European Prospective Investigation into Cancer (EPIC)-Norfolk Study w obserwacji 6-letniej poddano ocenie związek pomiędzy umieralnością i poczuciem koherencji (SOC – Kwestionariusz Orientacji Życiowej) w populacji 20,579 osób w wieku 41-80 lat w okresie 1996-2002.
- **Silne poczucie koherencji związane było z 30% zmniejszeniem ryzyka zgonu ogółem (RR=0.69, $p<0.0001$), z powodu chorób sercowonaczyniowych (RR=0.70, $p=0.001$), i raka (RR=0.74, $p=0.003$), niezależnie od wieku.**
- Silne poczucie koherencji było również związane ze zmniejszeniem umieralności ogółem po skorygowaniu o wpływ palenia, klasy społecznej, BMI, ciśnienia tętniczego, cholesterolu systolic blood pressure, cholesterol, poziomu wrogości i neurotyzmu (RR=0.76, $p=0.002$).



Surtees P, Wainwright N, Luben R, Khaw KT i wsp. Sense of coherence and mortality in men and women in the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study. Am J Epidemiol. 2003 Dec 15;158(12):1202-9.

Zanudzony na śmierć (w pozycji siedzącej)

- W kohortowym badaniu Whitehall II dołączono do wyjściowego kwestionariusza pytania o poziom odczuwanej nudy w ostatnich 4 tygodniach (1985–88). Uczestnikami byli londyńscy funkcjonariusze służby cywilnej w wieku 35-55 lat. Ostatnia obserwacja z kwietnia 2009r. Po wyłączeniu osób z chorobami układu krążenia liczebność próby wyniosła osób 7524. **Osoby, które zgłaszały, że bardzo się nudzą miały większe ryzyko zgonu ogółem, głównie z przyczyn sercowo-naczynowych (HR 2.53; 95% CI 1.23–5.21).**

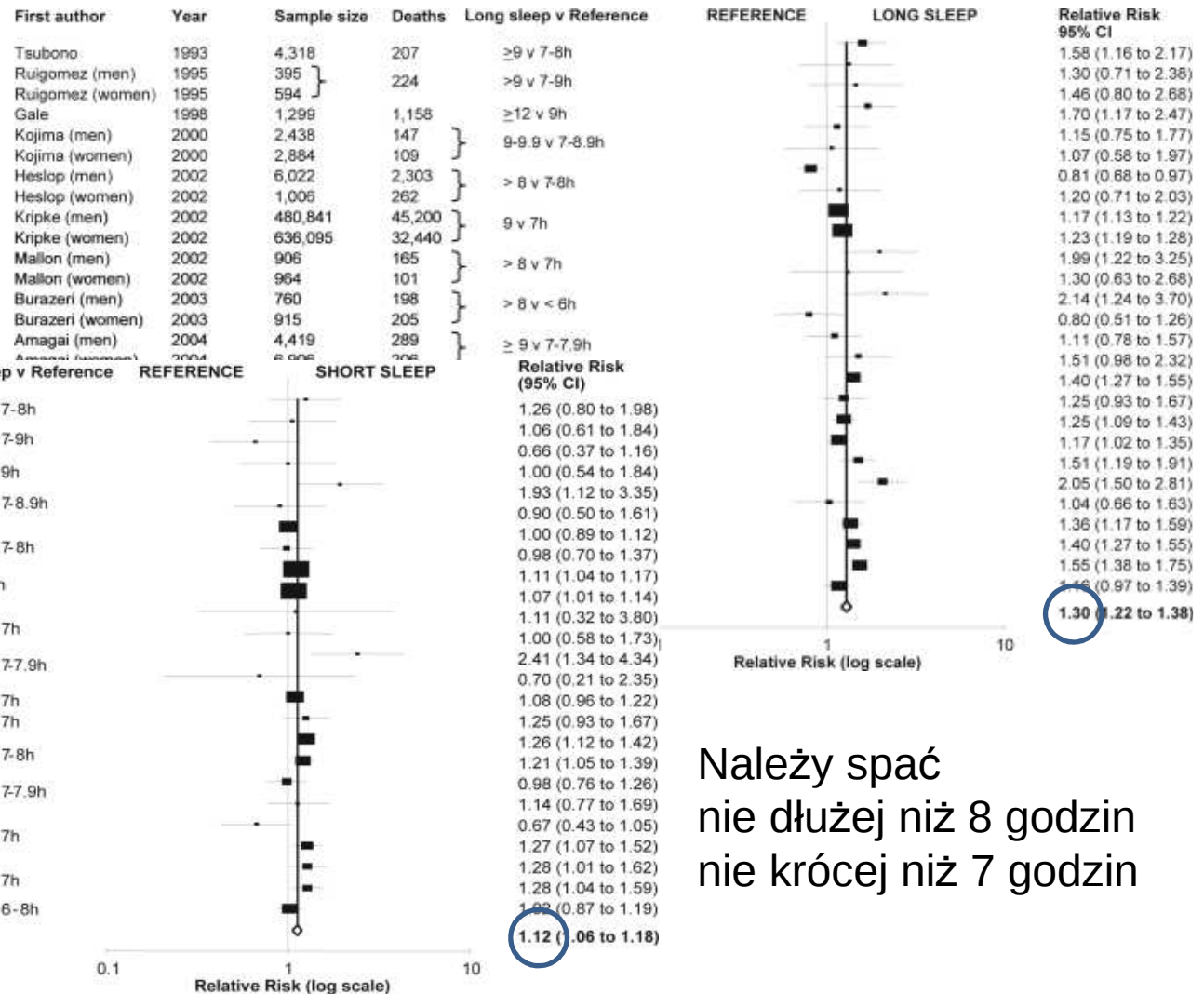


- Czas spędzony w pozycji siedzącej i aktywność fizyczną badano u 53,440 mężczyzn i 69,776 kobiet bez stwierdzonej choroby przy włączeniu. W 14-letniej obserwacji po skorygowaniu o wpływ palenia, BMI, poziom aktywności fizycznej i inne czynniki **czas spędzony w pozycji siedzącej (≥ 6 vs. < 3 godziny/dzień) związany był ze zwiększeniem umieralności u kobiet (RR = 1.34, 95% CI: 1.25, 1.44) i mężczyzn (RR= 1.17, 95% CI: 1.11, 1.24)**

Britton A, Shipley MJ. Bored to death? Int J Epidemiol. 2010 Apr;39(2):370-1.

Patel AV, Bernstein L, Deka A, Feigelson HS i wsp. Leisure time spent sitting in relation to total mortality in a prospective cohort of US adults. Am J Epidemiol. 2010 Aug 15;172(4):419-2.

Długość snu i umieralność: meta-analiza badań kohortowych



Należy spać
nie dłużej niż 8 godzin
nie krócej niż 7 godzin

Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. Sleep. 2010 May 1;33(5):585-92.

Problemy zdrowotne i społeczne bardziej nasilone w krajach o większych nierównościach społecznych

Index of:

- Life expectancy
- Math & Literacy
- Infant mortality
- Homicides
- Imprisonment
- Teenage births
- Trust
- Obesity
- Mental illness – incl. drug & alcohol addiction
- Social mobility



NIEWYSTARCZAJĄCE UROZMAIENIE RACJI POKARMOWYCH (czynnik ekonomiczny)

CHOROBY Z NIEDOBORÓW

**obniżenie
odporności**



**opóźnienie
wzrastania
i rozwoju
psychicznego**



**osłabienie
funkcji
poznawczych**



wzrost śmiertelności ogólnej oraz z przyczyn sercowo- naczyniowych w tej grupie

nadciśnienie tętnicze

dyslipidemia

zespół bezdechu sennego

Otyłość rozpoznawana w dzieciństwie



cukrzyca typu 2

niealkoholowe stłuszczenie
wątroby

przeciążenia i nieprawidłowości w układzie
kostnym

aseptyczna martwica stawu
biodrowego

wzrost ryzyka udarów mózgu u dorosłych,
którzy mieli nadmierną masę ciała jako dzieci

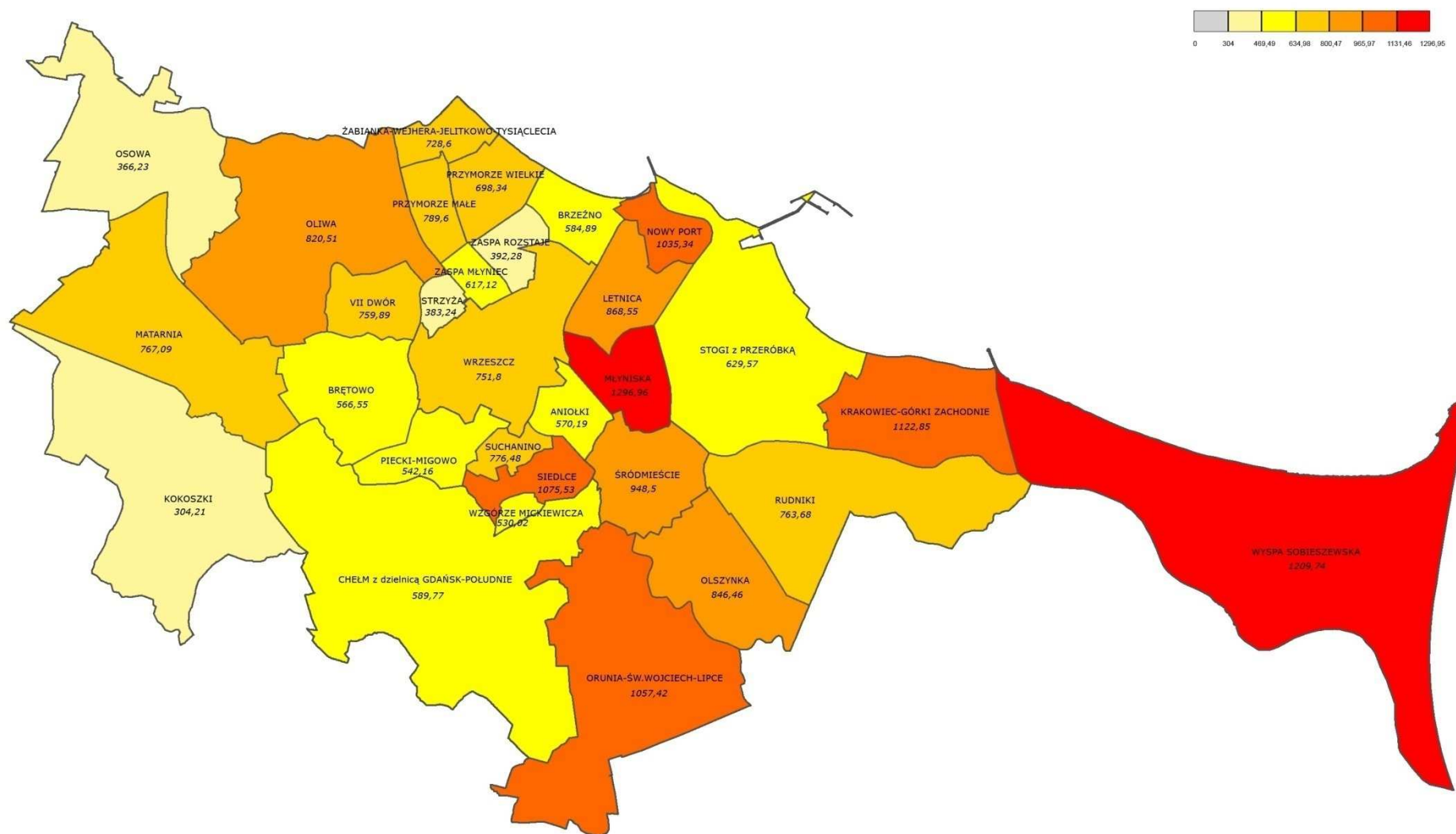
obecność wykładników wczesnego
zespołu metabolicznego

niska samoocena otyłych dzieci i brak akceptacji w środowisku rówieśników

Problemy związane z otyłością i zdrowiem psychicznym częściej występują w rodzinach dotkniętych bezrobociem

- Umieralności bezrobotnych jest ok. 2 x większa od populacji ogólnej
- U osób bezrobotnych ryzyko zgonu w okresie bez pracy jest 2 x większe niż w okresie zatrudnienia

Zróźnicowanie ryzyka zgonu wśród zarejestrowanych bezrobotnych według dzielnic Gdańska w obserwacji z lat 1999 – 2004 (na 100 000 osobolat obserwacji).



Badania własne

Wskaźniki hazardu wraz z 95% przedziałami ufności dla zgonu wśród bezrobotnych według dzielnic z obszaru miasta Gdańska w okresie 1999-2004.



Nr	Quarter's name	Hazard ratio*	p	95% CI
1	Aniołki	1.49	0.49	0.47 – 4.71
2	Brętowo	1.5	0.48	0.49 – 4.58
3	Brzeźno	1.66	0.3	0.63 – 4.37
4	Chełm i Gdańsk Południe	1.66	0.27	0.67 – 4.13
5	Kokoszki	0.86	0.86	0.17 – 4.44
6	Krakowiec-Górki Zachodnie	2.86	0.07	0.91 – 9.02
7	Letnica	2.21	0.16	0.72 – 6.77
8	Matarnia	2.2	0.34	0.43 – 11.36
9	Młyniska	3.38	0.03	1.11 – 10.34
10	Nowy Port	2.87	0.03	1.12 – 7.36
11	Oliwa	2.14	0.11	0.83 – 5.5
12	Olszynka	2.34	0.13	0.78 – 6.99
13	Orunia-Św.Wojciech-Lipce	2.84	0.025	1.14 – 7.07
14	Osowa	1	-	-
15	Piecki-Migowo	1.38	0.52	0.52 – 3.7
16	Przymorze Małe	2.04	0.13	0.8 – 5.21
17	Przymorze Wielkie	1.64	0.3	0.64 – 4.2
18	Rudniki	2.21	0.21	0.64 – 7.64
19	Siedlce	2.82	0.029	1.11 – 7.17
20	Stogi z Przeróbką	1.78	0.23	0.69 – 4.53
21	Strzyża	1.003	0.996	0.27 – 3.73
22	Suchanino	1.86	0.21	0.7 – 4.92
23	Śródmieście	2.58	0.04	1.05 – 6.36
24	VII Dwór	1.88	0.26	0.63 – 5.61
25	Wrzeszcz	2.0	0.13	0.2 – 4.92
26	Wyspa Sobieszewska	3.28	0.02	1.18 – 9.12
27	Wzgórze Mickiewicza	1.33	0.73	0.26 – 6.88
28	Zaspa-Młyniec	1.54	0.44	0.52 – 4.6
29	Zaspa-Rozstaje	0.95	0.92	0.33 – 2.69
30	Żabianka-Wejhera-Jelitkowo-Tysiąc	1.83	0.21	0.71 – 4.71
	Age (years)	1.06	<0.001	1.05 – 1.07
	Male sex	2.92	<0.001	2.46 – 3.48

* adjusted for age and sex

Wskaźniki hazardu wraz z 95% przedziałami ufności dla zgonu wśród bezrobotnych według dzielnic z obszaru miasta Gdańska w okresie 1999-2004.



Nr	Quarter's name	Hazard ratio*	p	95% CI
1	Aniolki	1.49	0.49	0.47 – 4.71
2	Brętowo	1.5	0.48	0.49 – 4.58
3	Brzeźno	1.66	0.3	0.63 – 4.37
4	Chełm i Gdańsk Południe	1.66	0.27	0.67 – 4.13
5	Kokoszki	0.86	0.86	0.17 – 4.44
6	Krakowiec-Górki Zachodnie	2.86	0.07	0.91 – 9.02
7	Letnica	2.21	0.16	0.72 – 6.77
8	Matarnia	2.2	0.34	0.43 – 11.36
9	Młyniska	3.38	0.03	1.11 – 10.34
10	Nowy Port	2.87	0.03	1.12 – 7.36
11	Oliwa	2.14	0.11	0.83 – 5.5
12	Olszynka	2.34	0.13	0.78 – 6.99
13	Orunia-Św.Wojciech-Lipce	2.84	0.025	1.14 – 7.07
14	Osowa	1	-	-
15	Piecki-Migowo	1.38	0.52	0.52 – 3.7
16	Przymorze Małe	2.04	0.13	0.8 – 5.21
17	Przymorze Wielkie	1.64	0.3	0.64 – 4.2
18	Rudniki	2.21	0.21	0.64 – 7.64
19	Siedlce	2.82	0.029	1.11 – 7.17
20	Stogi z Przeróbką	1.78	0.23	0.69 – 4.53
21	Strzyża	1.003	0.996	0.27 – 3.73
22	Suchanino	1.86	0.21	0.7 – 4.92
23	Śródmieście	2.58	0.04	1.05 – 6.36
24	VII Dwór	1.88	0.26	0.63 – 5.61
25	Wzrzeszcz	2.0	0.13	0.2 – 4.92
26	Wyspa Sobieszewska	3.28	0.02	1.18 – 9.12
27	Wzgórze Mickiewicza	1.33	0.73	0.26 – 6.88
28	Zaspa-Młyniec	1.54	0.44	0.52 – 4.6
29	Zaspa-Rozstaje	0.95	0.92	0.33 – 2.69
30	Żabianka-Wejhera-Jelitkowo-Tysiąc	1.83	0.21	0.71 – 4.71
Age (years)		1.06	<0.001	1.05 – 1.07
Male sex		2.92	<0.001	2.46 – 3.48

* adjusted for age and sex

Wskaźniki hazardu wraz z 95% przedziałami ufności dla zgonu wśród bezrobotnych według dzielnic z obszaru miasta Gdańska w okresie 1999-2004.



Nr	Quarter's name	Hazard ratio*	p	95% CI
1	Aniołki	1.49	0.49	0.47 – 4.71
2	Brętowo	1.5	0.48	0.49 – 4.58
3	Brzeźno	1.66	0.3	0.63 – 4.37
4	Chełm i Gdańsk Południe	1.66	0.27	0.67 – 4.13
5	Kokoszki	0.86	0.86	0.17 – 4.44
6	Krakowiec-Górki Zachodnie	2.86	0.07	0.91 – 9.02
7	Letnica	2.21	0.16	0.72 – 6.77
8	Matarnia	2.2	0.34	0.43 – 11.36
9	Młyniska	3.38	0.03	1.11 – 10.34
10	Nowy Port	2.87	0.03	1.12 – 7.36
11	Oliwa	2.14	0.11	0.83 – 5.5
12	Olszynka	2.34	0.13	0.78 – 6.99
13	Orunia-Św.Wojciech-Lipce	2.84	0.025	1.14 – 7.07
14	Osowa	1	-	-
15	Piecki-Migowo	1.38	0.52	0.52 – 3.7
16	Przymorze Małe	2.04	0.13	0.8 – 5.21
17	Przymorze Wielkie	1.64	0.3	0.64 – 4.2
18	Rudniki	2.21	0.21	0.64 – 7.64
19	Siedlce	2.82	0.029	1.11 – 7.17
20	Stogi z Przeróbką	1.78	0.23	0.69 – 4.53
21	Strzyża	1.003	0.996	0.27 – 3.73
22	Suchanino	1.86	0.21	0.7 – 4.92
23	Śródmieście	2.58	0.04	1.05 – 6.36
24	VII Dwór	1.88	0.26	0.63 – 5.61
25	Wrzeszcz	2.0	0.13	0.2 – 4.92
26	Wyspa Sobieszewska	3.28	0.02	1.18 – 9.12
27	Wzgórze Mickiewicza	1.33	0.73	0.26 – 6.88
28	Zaspa-Młyniec	1.54	0.44	0.52 – 4.6
29	Zaspa-Rozstaje	0.95	0.92	0.33 – 2.69
30	Żabianka-Wejhera-Jelitkowo-Tysiąc	1.83	0.21	0.71 – 4.71
	Age (years)	1.06	<0.001	1.05 – 1.07
	Male sex	2.92	<0.001	2.46 – 3.48

* adjusted for age and sex

Prewencja otyłości

- Ze względu na alarmujące dane dotyczące częstości nadwagi i otyłości wśród dzieci wskazana jest skuteczna profilaktyka.
- Szacuje się, że 50-80% otyłych dzieci pozostaje otyłymi w dorosłym życiu.
- Z badania Nader i in. wynika, że dzieci, które miały nadwagę w wieku przedszkolnym mają 5 razy większe prawdopodobieństwo nadwagi w wieku 12 lat w porównaniu do dzieci przedszkolnych o prawidłowej wadze.
- Oznacza to, że niezwykle istotne jest podejmowanie działań profilaktycznych już we wczesnym dzieciństwie.

Prewencja otyłości

- Ze względu na zbyt małą liczbę badań dotyczących profilaktyki nadwagi w wieku przedszkolnym trudno jest ocenić skuteczność podejmowanych działań.
- Na podstawie dostępnych dowodów można wnioskować, że skuteczna profilaktyka powinna obejmować zintegrowane, efektywne działania o charakterze m.in. edukacyjnym i środowiskowym, a nie indywidualne interwencje behawioralne.
- Uważa się, że działania profilaktyczne prowadzone u starszych dzieci są efektywniejsze niż u młodszych dzieci. Część autorów wskazuje na skuteczność programów, w których zastosowano zwiększenie aktywności fizycznej i diety u nastolatków.

Zapobieganie zaburzeniom psychicznym u dzieci

- Etiologia zaburzeń psychicznych we wczesnym dzieciństwie jest wieloczynnikowa i uwzględnia m.in. czynniki genetyczne oraz środowiskowe.
- Uważa się, że zaburzenia psychiczne w dzieciństwie związane są z ubóstwem, depresją u matki, czy brakiem poczucia bezpieczeństwa w rodzinie.

Zapobieganie zaburzeniom psychicznym u dzieci

- Wiele programów koncentruje się na poprawie relacji między rodzicami, a dziećmi i edukacją rodziców na temat radzenia sobie z niepożądanym zachowaniem dzieci.
- Przykładem skutecznego programu było badanie Liebermana i in., w którym wzięły udział dzieci w wieku 3-5 lat z rozbitych rodzin (rozwód). W ramach badania przeprowadzono psychoterapię rodzica z dzieckiem, raz w tygodniu przez rok czasu. Odnotowano istotną statystycznie ($p < 0,01$) rzadszą częstość objawów zespołu stresu pourazowego oraz problemów z zachowaniem niż w grupie kontrolnej.

Program Przyjaciele Zippiego

- Międzynarodowy program, stworzony w Wlk. Brytanii, opracowany przez psychologów, pedagogów oraz lekarzy. Najwcześniej wdrożony na Litwie i w Danii, obecnie realizowany jest w bardzo wielu krajach. Program odniósł ogromny, międzynarodowy sukces. W Polsce został wdrożony w 2005. Woj. pomorskie było jednym z niewielu województw, w których odbył się prepilotaż. Program rozwija umiejętności psychospołeczne (życiowe) małych dzieci od 5- 7 r. ż. Wcześniej przykładano wagę praktycznie tylko na rozwój możliwości poznawczych dziecka (liczenie, czytanie itp.), nie było programów, które w sposób systemowy rozwijałyby umiejętności życiowe (radzenie sobie w środowisku społecznym, dokonywanie samooceny, radzenie sobie ze stresem, funkcjonowanie społeczne). Struktura programu obejmuje 6 zagadnień: 1- uczucia, 2- komunikacja, 3- nawiązywanie i zrywanie więzi, 4- rozwiązywanie konfliktów, 5- zmiana i strata, 6- dajemy sobie radę (podsumowanie). Głównym bohaterem programu jest Zippy (patyczak) i grupa dzieci. Uczestnicy programu identyfikują się z problemami poruszonymi w ramach każdego z zagadnień i uczą się prawidłowo reagować w danych sytuacjach życiowych.

11-LATKA WRACAJĄCA Z WAKACJI

Szkoła jest jak AmberGold:

tysiące skrzywdzonych ludzi...

Zapobieganie wiktymizacji i stygmatyzacji!