OCHRONA ZDROWIA DZIECI PRZED NASTĘPSTWAMI PALENIA TYTONIU I ALKOHOLIZMU

PROTECTING HEALTH CHILDREN FROM SMOKING AND ALCOHOL

Joanna Zdanowska, Jolanta Sielska, Eliza Dąbrowska

Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Nie tylko czynne, ale również bierne palenie jest groźne dla zdrowia, szczególnie gdy dotyczy dzieci. Nadmierne spożycie alkoholu wpływa natomiast negatywnie na życie rodzinne. Ochrona dzieci przed negatywnymi zdrowotnymi skutkami palenia tytoniu i alkoholizmu jest zadaniem nie tylko dla ich opiekunów prawnych, ale również dla państwa. W tym celu niezbędne było stworzenie odpowiednich regulacji prawnych, przedstawionych w niniejszej pracy.

SŁOWA KLUCZOWE: palenie tytoniu, alkoholizm, dziecko, ochrona.

ABSTRACT

Not only active but also passive smoking is dangerous for health, especially when children are involved. Excessive alcohol consumption has also negative impact on family life. Protecting children from negative consequences of smoking and alcohol consumption is a task not only for its legal guardians but also for the state itself. It was necessary to create proper legal regulations, presented in this paper.

KEYWORDS: smoking, alcoholism, child, protection.

Wstęp

Palenie tytoniu jest jedną z podstawowych przyczyn przedwczesnej umieralności w Polsce. Nie tylko czynne, ale również bierne palenie jest groźne dla zdrowia, zwłaszcza gdy dotyczy niemowląt i małych dzieci [1]. Natomiast nadmierne spożycie alkoholu wpływa negatywnie na życie rodzinne. Dla dziecka często jest źródłem traumatycznych przeżyć. Ochrona dzieci przed skutkami palenia tytoniu i alkoholizmu jest zadaniem nie tylko opiekunów prawnych, ale również państwa. W tym celu niezbędne są więc tworzenie i przestrzeganie odpowiednich regulacji prawnych.

Celem niniejszej pracy było wskazanie rozwiązań prawnych mających chronić dzieci przed zdrowotnymi konsekwencjami palenia tytoniu i nadmiernego spożywania alkoholu.

Ochronę przed narażeniem wbrew swojej woli m.in. na skutki biernego palenia i alkoholizmu zapewniają akty prawa zarówno międzynarodowego, jak i krajowego. Art. 3 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka [2] zakłada, że każdy człowiek ma prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa. Nadto art. 25 gwarantuje mu oraz jego rodzinie prawo do poziomu życia zapewniającego zdrowie i dobrobyt. W odniesieniu do dzieci istotne znaczenie ma Konwencja o Prawach Dziecka [3], która w art. 3 ust. 2 zakłada, że państwa-strony będą podejmowały działania na rzecz zapewnienia dziecku ochrony i opieki w takim stopniu, w jakim jest to niezbędne dla jego dobra. Ponadto uznaje prawo dziecka do najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej. Państwa-strony zobowiązały się dążyć do zapewnienia każdemu dziecku prawa dostępu do tego rodzaju opieki zdrowotnej (art. 24 Konwencji). Warto również dodać, że w Konwencji zadeklarowano podejmowanie działań mających na celu ochronę dziecka przed wszelkimi formami przemocy fizycznej bądź psychicznej, krzywdy lub zaniedbania, złego traktowania albo wyzysku. W przypadku niewłaściwego traktowania dzieci Konwencja dopuszcza możliwość wystąpienia do sądu opiekuńczego z wnioskiem o ograniczenie lub odebranie władzy rodzicielskiej (art. 19 Konwencji).

Również Konstytucja RP przewiduje w art. 68 prawo do ochrony zdrowia i nakłada jednocześnie na władze publiczne obowiązek zapewnienia szczególnej opieki m.in. dzieciom i kobietom ciężarnym [4].

Ochrona przed następstwami palenia tytoniu

Jak wynika z badań przedstawionych w Globalnym sondażu dotyczącym używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS) [5] w Polsce codziennie pali papierosy 33,5% dorosłych mężczyzn (5,2 miliona) i 21% dorosłych kobiet (3,5 miliona). Nadto ponad milion osób przyznaje się do okazjonalnego palenia tytoniu (około 3,3% obu płci). Po papierosy sięgają również małoletni. Co 12 osoba w wieku 15–19 lat przyznaje się do palenia

papierosów codziennie, natomiast prawie 5% osób pali okazjonalnie [6]. Choć z doniesień Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że w ciągu ostatnich 30 lat w Polsce zmniejszyła się liczba palaczy, to jednak palenie nadal pozostaje jedną z podstawowych przyczyn zgonów.

Zarówno czynne, jak i bierne palenie tytoniu powoduje zwiększoną zachorowalność przede wszystkim na choroby nowotworowe oraz zawały serca. Badania wskazują, że u osób mieszkających z palaczami zagrożenie zawałem serca jest większe nawet o 25% [7]. Obecnie w Polsce 28% osób dorosłych niepalących jest narażonych na dym tytoniowy w domu [5].

Szczególnie niebezpieczne jest palenie tytoniu przez kobiety w ciąży oraz w obecności małych dzieci. W przypadku ciężarnych dym z papierosa, przenikając przez łożysko, może spowodować zahamowanie rozwoju i niedotlenienie płodu, zaburzenia funkcji mózgu płodu oraz powstanie wad wrodzonych. U noworodków, których matki miały kontakt z dymem tytoniowym w czasie ciąży, często obserwuje się niską masę urodzeniową, niedostateczny rozwój funkcji płuc, znaczną podatność na zachorowania na choroby układu oddechowego, astmę, przewlekłe choroby ucha środkowego, a także zespół nagłego zgonu niemowlęcia [8]. W przypadku dzieci starszych bierne palenie powoduje podrażnienia układu oddechowego, alergie oraz osłabienie sprawności płuc [9]. Nadto bierni palacze mogą odczuwać niedogodności takie jak bóle głowy czy łzawienie oczu. Szacunkowo przyjmuje się, że w Polsce biernymi palaczami są mniej więcej 3 miliony dzieci [10], a najczęściej są one narażone na ekspozycję na dym tytoniowy w domu. Niepokojący jest fakt, że wielu niepalących nie zdaje sobie sprawy z negatywnych konsekwencji wdychania dymu tytoniowego zarówno dla siebie samych, jak i ich dzieci. Jak wynika z badań CBOS przeprowadzonych w 2012 roku 55% mężczyzn i 37% kobiet biorących udział w badaniu nie miało nic przeciwko przebywaniu w towarzystwie osób palących [11].

Styl życia, a w tym zachowania zdrowotne zaczynają kształtować się już w okresie dzieciństwa pod wpływem obserwacji oraz wzorców przekazywanych przez rodzinę, rówieśników czy środki masowego przekazu. Często palenie tytoniu przez dzieci jest więc próbą naśladowania osób dorosłych – jest to inna negatywna konsekwencja kontaktu dzieci z osobami palącymi [10].

Na jeszcze inny ważny aspekt zwraca uwagę Stańczyk, a mianowicie wpływ nikotynizmu na wyniki w nauce. W literaturze podaje się, że palący uczniowie (czynni palacze) w porównaniu z niepalącymi mają gorsze wyniki, są mniej pojętni, bardziej roztargnieni i wybuchowi [10].

Choć to przede wszystkim rodzice, opiekunowie i nauczyciele powinni uświadamiać dzieciom negatywne skutki nałogu nikotynowego oraz zapobiegać paleniu przez nich – zarówno biernemu, jak i czynnemu – to również państwo, poprzez wprowadzenie odpowiednich regulacji prawnych, powinno chronić biernych palaczy przed szkodliwym wpływem palenia tytoniu.

W Polsce i innych krajach europejskich nie ma możliwości wprowadzenia mechanizmów prawnych, które zabroniłyby palenia. Państwa europejskie starają się jednak ograniczać skutki palenia tytoniu przez swoich obywateli na różne sposoby – w tym poprzez odpowiednie regulacje prawne. Pierwszym aktem prawnym o zasięgu międzynarodowym, przygotowanym i wprowadzonym w celu ochrony obecnych i przyszłych pokoleń przed zdrowotnymi, społecznymi, środowiskowymi i ekonomicznymi niszczycielskimi konsekwencjami palenia tytoniu oraz wdychania dymu tytoniowego, była przyjęta w dniu 1 maja 2003 r. przez państwa członkowskie WHO Ramowa Konwencja Kontroli Rynku Wyrobów Tytoniowych (FCTC) [12]. Do tej pory ratyfikowało ją 177 państw, w tym Polska (w dniu 4 czerwca 2004 r.). Konwencja określiła dokładne cele i zasady prawne, które muszą być przestrzegane przez państwa, które podjęły się wprowadzić w życie jej założenia. W art. 8 Konwencji nałożono na strony obowiązek wprowadzenia efektywnych środków mających na celu ochronę niepalących przed dymem tytoniowym w miejscach publicznych oraz dążenie do osiągnięcia wszechstronnego podejścia do tej kwestii rozumianej jako nieakceptowanie żadnych wyjątków.

Ponadto poszczególne państwa indywidualnie wprowadzają rozwiązania prawne mające służyć ochronie zdrowia biernych palaczy, np. konieczność wydzielenia w odpowiednich miejscach części dla palących i niepalących (obowiązuje m.in. we Francji czy Estonii) oraz zakaz palenia w miejscach publicznych, w tym w barach i restauracjach, który wprowadzono m.in. we Włoszech, Anglii, a także w Polsce.

W Polsce podstawowym aktem prawnym mającym na celu ochronę zdrowia biernych palaczy – zarówno dorosłych, jak i dzieci – jest ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (dalej: u.o.z.t.) [13]. Zgodnie z art. 1 u.o.z.t. obowiązek podejmowania działań zmierzających do ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu nałożono na organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego. Ponadto organy te mogą wspierać w tym zakresie działalność medycznych samorządów zawodowych, organizacji społecznych, fundacji, instytucji i zakładów pracy, a także współdziałać z kościołami i innymi związkami wyznaniowymi.

Ochrona zdrowia przed następstwami używania tytoniu powinna być realizowana w ramach polityki zdrowotnej, ekonomicznej i społecznej, do której należy:

1) ochrona prawa niepalących do życia w środowisku wolnym od dymu tytoniowego,
2) promocja zdrowia przez propagowanie stylu życia wolnego od nałogu palenia papierosów i używania wyrobów tytoniowych,
3) działalność wychowawcza i informacyjna,
4) tworzenie warunków ekonomicznych i prawnych zachęcających do ograniczenia używania tytoniu,
5) informowanie o szkodliwości palenia tytoniu i zawartości substancji szkodliwych na opakowaniach wyrobów tytoniowych i informacjach o wyrobach tytoniowych,
6) obniżanie norm dopuszczalnych zawartości substancji szkodliwych w wyrobach tytoniowych,
7) leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych od tytoniu (art. 3 u.o.z.t.).

W celu ograniczenia szkodliwości palenia tytoniu ustawodawca w art. 5 u.o.z.t. określił miejsca, w których palenie jest zabronione. Są to:

1) tereny jednostek organizacyjnych systemu oświaty oraz jednostek organizacyjnych pomocy społecznej,
2) ogólnodostępne miejsca przeznaczone do zabaw dzieci,
3) pomieszczenia obiektów sportowych,
4) pomieszczenia obiektów kultury i wypoczynku do użytku publicznego,
5) lokale gastronomiczno-rozrywkowe,
6) środki pasażerskiego transportu publicznego oraz obiekty służące obsłudze podróżnych,
7) przystanki komunikacji publicznej,
8) tereny uczelni,
9) tereny przedsiębiorstw podmiotów leczniczych i pomieszczenia innych obiektów, w których są udzielane świadczenia zdrowotne,
10) pomieszczenia zakładów pracy,
11) inne pomieszczenia dostępne do użytku publicznego.

Jednocześnie ustawa dopuszcza możliwość wyznaczenia w niektórych z wyżej wymienionych miejsc palarni przez ich właściciela lub zarządzającego.

Ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych wprowadziła również zakaz sprzedaży papierosów osobom, które nie ukończyły lat 18. W razie wątpliwości co do pełnoletności kupującego sprzedawca ma prawo zażądać okazania dokumentu potwierdzającego jego wiek (art. 6 ust. 1 i 1a). W przypadku naruszenia powyższego zakazu na sprzedawcę może zostać nałożona kara grzywny.

Warto dodać, że ustawodawca wprowadził zakaz reklamy wyrobów tytoniowych, zakazał sprzedaży papierosów w systemie samoobsługowym oraz nakazał zamieszczanie na opakowaniach ostrzeżeń przed szkodliwością używania tytoniu. Podstawowym celem tych ograniczeń jest ochrona dzieci i młodzieży przed uzależnieniem od tytoniu.

Od 1997 roku polityka mająca na celu ograniczanie palenia tytoniu oraz ochronę osób niepalących była realizowana w ramach następujących programów:

- Programu polityki zdrowotnej i społeczno-ekonomicznej prowadzącej do zmniejszenia konsumpcji tytoniu. Zamierzenia na lata 1997–2000,
- Programu ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce. Cele i zadania na lata 2002–2006,
- Programu ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce. Cele i zadania na lata 2007–2008,
- Programu ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce. Cele i zadania na rok 2009,
- Programu ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce. Cele i zadania na lata 2010–2013.

Obecnie Ministerstwo Zdrowia ogłosiło projekt Programu ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce. Cele i zadania na lata 2014–2018.

W celu ochrony zdrowia dzieci przed następstwami używania tytoniu, poza realizacją założeń ustawy i ww. programu, realizowane są liczne programy profilaktyczne i edukacyjne w przedszkolach i szkołach.

Ochrona przed następstwami alkoholizmu

Nadmierne spożywanie alkoholu może prowadzić do wielu schorzeń, m.in. różnych odmian nowotworów, uszkodzenia wątroby, trzustki, zmian w naczyniach krwionośnych itp. Nadto może powodować zmiany w osobowości (zaburzenia równowagi emocjonalnej, rozdrażnienie, huśtawki nastroju). Około 31% Polaków i 6% Polek nadużywa alkoholu, co oznacza, że pije go w sposób powodujący szkody zdrowotne i społeczne (do grupy tej zalicza się osoby nieuzależnione i uzależnione od alkoholu) [14].

Nadmierne spożycie alkoholu stanowi nie tylko zagrożenie zdrowotne dla samego pijącego, ale wpływa również na jego życie rodzinne. Dla dziecka często jest źródłem wielu traumatycznych przeżyć. Odczuwa ono brak bezpieczeństwa, staje się ofiarą agresji i jest świadkiem wielu konfliktów. Nadto niejednokrotnie zmuszone jest do przejęcia obowiązków osób dorosłych. To wszystko negatywnie wpływa na jego rozwój.

Innym poważnym problemem stanowiącym zagrożenie zdrowotne dla dziecka jest spożywanie alkoholu przez kobiety w trakcie ciąży. Badania matek uzależnionych od alkoholu wykazały, że około 6% urodzonych przez nie dzieci miało specyficzne zaburzenia rozwoju

fizycznego i intelektualnego, zwane alkoholowym zespołem płodowym (FAS). Charakteryzuje się on: zaburzeniami rozwoju wzrostu w okresie prenatalnym i po urodzeniu, zniekształceniami twarzoczaszki, opóźnieniem w rozwoju intelektualnym oraz nadaktywnością [15].

To, jakie wzorce dziecko wynosi z domu, często przekłada się na jego późniejsze zachowanie. Obecnie picie alkoholu przez młodzież to jeden z głównych problemów społecznych. Jak wynika z badań HBSC przeprowadzonych w 2010 roku, do upojenia alkoholowego przyznało się 8% 11-latków, 25% 13-latków, 48% 15-latków i 74% 17-latków. Według ekspertów spożywanie alkoholu stanowi podstawową przyczynę zgonów i inwalidztwa osób w wieku 15–21 lat. Dlatego też polityka zdrowotna państwa w odniesieniu do dzieci i młodzieży powinna prowadzić przede wszystkim do zapobiegania szkodom występującym na skutek używania przez nich alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, a także przeciwdziałania przyszłym szkodom, w tym uzależnieniu, które mogą wystąpić po dłuższym okresie picia [14]. W tym celu konieczna jest edukacja nastolatków wskazująca negatywne skutki picia: fizjologiczne, psychiczne i społeczne.

W Polsce podstawowym aktem prawnym dotyczącym rozwiązywania problemów alkoholowych jest ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (dalej: u.w.t.p.a.) [16]. W art. 1 ustawodawca nałożył na organy administracji rządowej i jednostki samorządu terytorialnego obowiązek m.in. przeciwdziałania powstawaniu i usuwania następstw nadużywania alkoholu, podejmowania działań zmierzających do ograniczania spożycia napojów alkoholowych oraz zmiany struktury ich spożywania, a także wspierania organizacji społecznych, których jednym z celów jest udzielanie pomocy rodzinom osób nadużywających alkoholu.

Zadania w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi wykonywane są poprzez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, w szczególności:

1) tworzenie warunków sprzyjających realizacji potrzeb, których zaspokajanie motywuje powstrzymywanie się od spożywania alkoholu,
2) działalność wychowawczą i informacyjną,
3) ustalanie odpowiedniego poziomu i właściwej struktury produkcji napojów alkoholowych przeznaczanych do spożycia w kraju,
4) ograniczanie dostępności alkoholu,
5) leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych od alkoholu,
6) zapobieganie negatywnym następstwom nadużywania alkoholu i ich usuwanie,
7) przeciwdziałanie przemocy w rodzinie,
8) wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez finansowanie centrów integracji społecznej (art. 2 u.w.t.p.a.).

W celu ochrony młodzieży przed następstwami spożywania alkoholu ustawodawca wprowadził całkowity zakaz sprzedaży i podawania alkoholu osobom poniżej 18 roku życia (art. 15 u.w.t.p.a.). W przypadku wątpliwości co do pełnoletności nabywcy sprzedający ma prawo żądać okazania dokumentu stwierdzającego jego wiek. Konsekwencją naruszenia tego zakazu może być odebranie przedsiębiorcy zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych lub nałożenie na niego kary grzywny. Natomiast w przypadku, gdy dziecko spożywa alkohol w domu, właściwym do rozpoznania takiej sprawy jest sąd opiekuńczy, który powinien sprawdzić prawidłowość sprawowanej opieki przez opiekunów prawnych.

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2a u.w.t.p.a. zabrania się sprzedaży, podawania i spożywania napojów alkoholowych m.in.:

1) na terenie szkół oraz innych zakładów i placówek oświatowo-wychowawczych, opiekuńczych i domów studenckich,
2) w miejscach i czasie masowych zgromadzeń,
3) w środkach i obiektach komunikacji publicznej, z wyjątkami określonymi w ustawie,
4) na terenie zakładów pracy oraz miejsc zbiorowego żywienia pracowników,
5) na ulicach, placach i w parkach, z wyjątkiem miejsc do tego przeznaczonych.

Nadto rada gminy może wprowadzić w innych miejscach niż wyżej wymienione czasowy lub stały zakaz sprzedaży, podawania, spożywania oraz wnoszenia napojów alkoholowych, co powinno być uzasadnione charakterem tych miejsc, np. mają znaczenie kulturalne, oświatowe czy społeczne.

Co do zasady leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu jest dobrowolne. Ustawodawca przewidział jednak możliwość poddania leczeniu przymusowemu określonych kategorii osób. Dotyczy to tych, którzy w wyniku nałogu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizują nieletnich, uchylają się od pracy, systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny, a nie wykazują woli dobrowolnego poddania się leczeniu odwykowemu (art. 24, 26 u.w.t.p.a.). O zastosowaniu obowiązku poddania się leczeniu orzeka właściwy sąd rejonowy.

Dzieci osób uzależnionych od alkoholu, dotknięte następstwami nadużywania alkoholu przez rodziców, mają prawo do bezpłatnej pomocy psychologicznej i socjoterapeutycznej. Pomoc ta udzielana jest w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia odwykowego, w wojewódzkim ośrodku terapii uzależnienia i współuzależnienia oraz poradniach specjalistycznych, placówkach opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych. Niniejsza pomoc może być

udzielona wbrew woli rodziców lub opiekunów będących w stanie nietrzeźwym (art. 23 ust. 2 i 3 u.w.t.p.a.).

Natomiast pozostali członkowie rodziny osoby uzależnionej od alkoholu mają prawo do nieodpłatnego uzyskania świadczeń zdrowotnych w zakresie terapii i rehabilitacji współuzależnienia oraz profilaktyki. Świadczeń tych udziela się w wyżej wymienionych podmiotach, z wyjątkiem poradni i placówek opiekuńczo-wychowawczych.

Na podstawie wskazanych wyżej ram prawnych działa system profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, który obejmuje trzy komplementarne programy działań realizowanych na różnych poziomach administracji:

1) gminne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych uchwalane corocznie przez rady gmin i realizowane przez samorządy gminne. Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi wskazuje najważniejsze kategorie zadań, które powinny realizować samorządy w ramach gminnego programu oraz źródło ich finansowania,
2) wojewódzkie programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych realizowane na szczeblu samorządów województw,
3) Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015, stanowiący zbiór zadań realizowanych przez organy administracji rządowej, Krajową Radę Radiofonii i Telewizji oraz Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, która koordynuje realizację Programu.

Problemu ochrony dzieci przed zdrowotnymi następstwami palenia tytoniu oraz alkoholizmu nie da się rozwiązać wyłącznie przez wprowadzenie odpowiednich regulacji prawnych oraz realizację programów profilaktycznych. Konieczne jest również zaangażowanie opiekunów prawnych. To z kolei wymaga uświadomienia im i ciągłego przypominania o tym, jak negatywne skutki może mieć palenie tytoniu oraz nadużywanie alkoholu w obecności dzieci.

Piśmiennictwo

1. Program ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce. Cele i zadania na lata 2010–2013. Warszawa; 2009. 1.
2. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ rezolucją 217/III A dnia 10 grudnia 1948 r., www.bip.ms.gov.pl/Data/Files/_public/bip/prawa_czlowieka/onz/pdpc.pdf (data dostępu: 15.04.2014).
3. Konwencja o Prawach Dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. Dz.U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526 z późn. zm.
4. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.
5. Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS) Polska 2009–2010, www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/sondaz_tyt_15112010.pdf (data dostępu: 10.04.2014).
6. Szymborski J, Jakóbik K (red.). Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, przy współpracy GUS; 2008. 91.
7. WHO International Agency for Research on Cancer. Monograph on the evaluation of the risk to humans: tobacco smoke and involuntary smoking. Vol. 83. Lyon; 2004, www.monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/mono83-1.pdf (data dostępu: 12.04.2014).
8. Palenie a płodność, ciąża i karmienie piersią, www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/uzaleznienia/tyton/palenie-a-plodnosc,-ciaza-i-karmienie-piersia (data dostępu: 12.04.2014).
9. Bierne palenie – czynne zagrożenia dzieci, www.knowmore.pl/zdrowie/bierne-palenie-czynne-zagrozenia-dzieci (data dostępu: 12.04.2014).
10. Stańczyk J. Wpływ palenia tytoniu na stan zdrowia dzieci i młodzieży, www.pediatria.mp.pl/pielegnacja/show.html?id=70475 (data dostępu: 14.04.2014).
11. Projekt programu ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce. Cele i zadania na lata 2014–2018, www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m491&ms=0&ml=pl&mi=56&mx=0&mt=&my=131&ma=033278 (data dostępu: 15.04.2014), www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/projekt_tyton_11032014_poppp.pdf.
12. Kilka informacji o Ramowej Konwencji Kontroli Rynku Wyrobów Tytoniowych, www.smokefreepartnership.eu/IMG/pdf/Polish.pdf (data dostępu: 12.04.2014).
13. Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Dz.U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55 z późn. zm.
14. Sprawozdanie z wykonania ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie 1 stycznia – 31 grudnia 2010 roku. Warszawa; 2013. 10–12.
15. Sokol RJ, Clarren SK. Guidelines for use of terminology describing the impact of parental alcohol on the offspring. Alcohol Clin Exp Res. 1989; 4: 597–598.
16. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Dz.U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1231 z późn. zm.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.06.2014
Artykuł przyjęty do publikacji: 30.08.2014

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Joanna Zdanowska
ul. Mariana Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań
tel.: 61 861 22 50
e-mail: jzdano@ump.edu.pl
Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu