# WSPÓŁCZESNY WYMIAR UZALEŻNIEŃ

**Pod redakcją**
Dr n. med. Agnieszki Kułak-Bejda
Prof. dr hab. n. med. Napoleona Waszkiewicza



# WSPÓŁCZESNY WYMIAR UZALEŻNIEŃ

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

# WSPÓŁCZESNY WYMIAR UZALEŻNIEŃ

**Praca zbiorowa pod redakcją**
**Dr n. med. Agnieszki Kułak -Bejda**
**Prof. dr hab. n. med. Napoleona Waszkiewicza**

Białystok 2020

Recenzenci monografii

**Alla Danilenko**,
dr n psychol. Ph.D., Associate Professor of Department of Psychology,
Faculty of Psychology and Pedagogy, Brest State University named after AS Pushkin, Belarus

**Katarzyna Simonienko**
Centrum Zdrowia Psychicznego „Meandra", Białystok

ISBN - 978-83-957032-0-1
Wydanie I
Białystok 2020

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak-Bejda
Pozostała grafika ze strony FreePik

Za zgodność z prawami autorskimi użytych w tekście cytowań, fotografii, rycin i tabel odpowiedzialność ponoszą autorzy poszczególnych rozdziałów

Artykuły mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny, do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.
Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Druk:
"Duchno" Teresa Duchnowska, 15-501 Białystok, ul. Baranowicka 115/307

*Żyjemy w świecie uzależnień*
*i tylko boimy się przyznać, że tak naprawdę*
*każdy z nas jest od czegoś uzależniony.*
*Anna Borowicz - My*

Szanowni Państwo

Uzależnienie to nabyta silna potrzeba wykonywania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji. W języku potocznym termin ten jest stosowany głównie do osób nadużywających narkotyków (narkomania), alkoholu (alkoholizm), papierosów (nikotynizm), leków (lekomania), substancji psychoaktywnych (dopalaczy). W szerszym kontekście uzależnienie odnosi się do wielu innych zachowań, np. gier hazardowych, oglądania telewizji lub Internetu (siecioholizm), zaburzeń odżywiania. W dobie XXI wieku pojawiają się także nietypowe nałogi, jak np. uzależnienie od telefonu komórkowego, uzależnienie od zakupów, uzależnienie od gier komputerowych, czy adrenaliny.

Oddajemy więc Państwu tom monografii, w której staramy się poruszać różne aspekty problemu współczesnych uzależnień.

Poszczególne rozdziały powstały w myśl słów prof. Elżbiety Pyzy „*Uzależnienie to zespół objawów poznawczych, behawioralnych i fizjologicznych wskazujących na używanie substancji lub bodźców, które przynoszą szkodę osobie uzależnionej, a mimo wszystko są kontynuowane. Problem ten dotyczy nie tylko uzależnienia od różnego rodzaju substancji mniej lub bardziej toksycznych, jak używki, narkotyki, leki, ale także od określonych zachowań i sytuacji”,* a które nabierają szczególnego znaczenia w kontekście rozwoju coraz to nowych uzależnień i ich profilaktyki.

Jako redaktorzy monografii mamy nadzieję, że jej tematyka pozwoli zrozumieć problem rozwoju uzależnień i ich skutków.

Pragniemy wskazać skale problemu uzależnień, główne problemy osób uzależnionych i drogi pomocy im oraz motywacji do tego.

*Dr n. med. Agnieszka Kułak-Bejda*
*Prof. dr hab. n. med. Napoleon Waszkiewicz*

# SPIS TRTEŚCI

## WYBRANE TEORETYCZNE ASPEKTY UZALEŻNIEŃ

**Marta Ciborowska, Krystyna Kowalczuk**: Teorie uzależnień – przegląd literatury……... **Str. 13**

**Mirosława Pryczynicz, Krystyna Kowalczuk**: Rozwój uzależnień od środków psychoaktywnych w Polsce i na świecie…… **Str. 27**

**Aneta Skrodzka, Krystyna Kowalczuk**: Analiza zachowań ryzykownych młodzieży……... **Str. 50**

**Natalia Nowak, Aleksandra Grzegorczyk, Jakub Kasalik, Gabriela Gut, Maria Greniuk, Mateusz Nowak**: Epidemiologia alkoholizmu w XXI w. Globalne wyzwanie ewoluującego problemu uzależnienia…… **Str. 64**

**Jolanta Jeżyna, Grzegorz Bejda, Agnieszka Kułak-Bejda**: Wybrane aspekty uzależnienia od alkoholu…… **Str. 81**

**Beata Lachowicz, Grzegorz Bejda, Agnieszka Kułak-Bejda**: Uzależnienie i współuzależnienie od alkoholu…… **Str. 97**

**Marta Ciborowska, Krystyna Kowalczuk**: Uzależnienie od substancji psychoaktywnych –przegląd literatury…….. **Str. 124**

**Paulina Aniśko, Julia Andrejczuk, Zuzanna Jabłońska, Elżbieta Krajewska-Kułak**: Wybrane aspekty problemu uzależnień behawioralnych….. **Str. 137**

**Jerzy T. Marcinkowski, Zofia Konopielko, Paulina Rosińska, Aneta Klimberg**: Nomofobia, FOMO i życie z Internetem……. **Str. 152**

## UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

**Aneta Skrodzka, Krystyna Kowalczuk**: Zachowania ryzykowne studentów Uczelni Medycznej…….. **Str. 189**

**Marta Ciborowska, Krystyna Kowalczuk**: Postawy młodzieży akademickiej wobec zagrożeń związanych z nadużywaniem środków psychoaktywnych i alkoholu na Uczelni Wyższej……. **Str. 219**

**Agnieszka Kułak-Bejda, Napoleon Waszkiewicz, Andrei Shpakou, Aliaksandr Shpakau, Magdalena Lech, Grzegorz Bejda**: Używanie narkotyków, palenie papierosów, nadużywanie alkoholu w grupie studentów kierunków medycznych z Polski i Białorusi…… **Str. 257**

**Agnieszka Kułak-Bejda, Napoleon Waszkiewicz, Andrei Shpakou, Aliaksandr Shpakau, Magdalena Lech, Grzegorz Bejda**: Używanie narkotyków, palenie papierosów, nadużywanie alkoholu w grupie studentów kierunków medycznych z Polski i Białorusi a problem ryzykownego używania telefonu komórkowego i Internetu…….. **Str. 279**

**Agnieszka Kułak-Bejda, Napoleon Waszkiewicz, Andrei Shpakou, Aliaksandr Shpakau, Magdalena Lech, Grzegorz Bejda**: Wybrane zachowania ryzykowne w grupie studentów kierunków medycznych z Polski i Białorusi w aspekcie asertywności, siły własnej woli i samooceny własnej osoby…… **Str. 295**

**Aleksandra Grzegorczyk, Jakub Kasalik, Gabriela Gut, Maria Greniuk, Natalia Nowak, Mateusz Nowak:** Problem nadużywania i uzależnienia od alkoholu podczas pandemii SARS-CoV2…… **Str. 317**

**Anna Ślifirczyk, Iwona Siwek, Marcin Ślifirczyk, Dorota Myć, Barbara Jędrzejewska:** Spożycie alkoholu wśród mieszkańców miasta Biała Podlaska i okolic……. **Str. 326**

**Mirosława Pryczynicz, Krystyna Kowalczuk**: Postawy studentów wobec zagrożeń związanych z nadużywaniem alkoholu i środków psychoaktywnych. **Str. 334**

**Anna Ślifirczyk, Iwona Siwek, Marcin Ślifirczyk, Rafał Komar**: Dopalacze w opinii studentów Państwowej Szkoły Wyższej im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej…… **Str. 378**

**Artur Kotwas, Paulina Zabielska, Beata Karakiewcz**: Charakterystyka osób biorących udział w terapii substytucyjnej…… **Str. 384**

## UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE

**Agnieszka Kułak-Bejda, Napoleon Waszkiewicz, Andrei Shpakou, Aliaksandr Shpakau Magdalena Lech, Grzegorz Bejda**: Zagrożenie uzależnieniem od Internetu i telefonu komórkowego w zbiorowościach studentów kierunków medycznych w Polsce i na Białorusi…….. **Str. 411**

**Agnieszka Kułak-Bejda, Napoleon Waszkiewicz, Andrei Shpakou, Aliaksandr Shpakau, Magdalena Lech, Grzegorz Bejda**: Zachowania ryzykowne związane z użytkowaniem telefonu komórkowego w grupie studentów kierunków medycznych z Polski i Białorusi a ich samoocena zdrowia, orientacja życiowa i satysfakcja z życia……. **Str. 439**

**Magdalena Lech, Agnieszka Kułak-Bejda, Ewa Stefańska, Napoleon Waszkiewicz, Lucyna Ostrowska**: Uzależnienia związane z żywieniem…….. **Str. 463**

**Ewa Pierzchała, Klaudia Mazurek**: Suplementacja – czy można się uzależnić?..... **Str. 470**

**Danuta Kunecka**: Zjawisko pracoholizmu w środowisku pielęgniarskim w Polsce, część 1 objawy osiowe……. **Str. 478**

**Danuta Kunecka**: Zjawisko pracoholizmu w środowisku pielęgniarskim w Polsce, część 2 cechy osiowe w badanej grupie…… **Str. 493**

**Danuta Kunecka**: Zjawisko pracoholizmu w środowisku pielęgniarskim w Polsce, część 3 przyczyny, objawy, czy następstwa?..... **Str. 507**

**Klaudia Mazurek, Ewa Pierzchała**: Uzależnienie od piękna – wybrane aspekty psychodermatologii……. **Str. 524**

## NASTĘPSTWA UZALEŻNIEŃ

**Katarzyna Jakubczak, Barbara Jankowiak**: Przyczyny choroby alkoholowej i motywy podjęcia leczenia terapeutycznego przez mężczyzn uzależnionych od alkoholu……... **Str. 536**

**Beata Lachowicz, Grzegorz Bejda, Agnieszka Kułak-Bejda**: Problemy pielęgnacyjne pacjentów uzależnionych od alkoholu w percepcji pielęgniarki.. **Str. 569**

**Jolanta Jeżyna, Grzegorz Bejda, Agnieszka Kułak-Bejda**: Jakość życia pacjentek odbywających terapię uzależnienia od alkoholu w oddziale całodobowym…… **Str. 611**

**Maria Biruk, Grzegorz Bejda, Agnieszka Kułak-Bejda**: Zdrowotne skutki nadmiernego spożywania alkoholu……... **Str. 626**

**Halina Kupryjanowicz, Monika Chorąży, Katarzyna Krystyna Snarska, Cecylia Dolińska**: Alkoholowe zapalenie wątroby jako następstwo uzależnienia od alkoholu - zadania pielęgniarki…… **Str. 655**

**Adam Jasiura**: Dysfunkcyjny wpływ uzależnienia od alkoholu na model rodziny……... **Str. 678**

**Anita Narewska, Beata Kowalewska, Elżbieta Krajewska–Kułak**: DDA – dorosłe dzieci alkoholików…… **Str. 689**

**Anita Narewska, Beata Kowalewska, Elżbieta Krajewska–Kułak**: Poczucie koherencji u DDA…….. **Str. 711**

**Danuta Sawicka-Czernik, Grzegorz Bejda, Agnieszka Kułak-Bejda**: Skutki zdrowotne nadużywania alkoholu u pacjentów Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych…….. **Str. 730**

**Ewelina Krupowicz, Klaudia Kurowska, Cecylia Łukaszuk:** Groźne skutki uboczne u dzieci matek pijących alkohol w ciąży …… **Str. 731**

**Mariusz Woźniak, Agnieszka Lankau:** Pielęgnowanie pacjenta uzależnionego od substancji psychoaktywnych – dopalacze……. **Str. 742**

**Agata Grochal, Beata Naworska, Marek Kudła**: Nadmierna eksploracja internetowych serwisów społecznościowych a jej wpływ na zdrowie człowieka **Str. 758**

**Bożena Okurowska-Zawada, Wojciech Kułak, Dorota Sienkiewicz, Grażyna Paszko-Patej**: Problemy zdrowotne dzieci i młodzieży jako efekt nadużywania smartfonów i tabletów……. **Str. 771**

**Anna Kordecka, Ksawery Kordecki, Mateusz Kraszyński**: Wybrane aspekty wpływu telefonu komórkowego na zdrowie człowieka…….….. **Str. 782**

# WYBRANE TEORETYCZNE ASPEKTY UZALEŻNIEŃ



# Teorie uzależnień – przegląd literatury

## Marta Ciborowska[1], Krystyna Kowalczuk[2]

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

## WPROWADZENIE

Według WHO uzależnienie można zdefiniować w następujący sposób *,,uzależnienie jest to psychiczny, a niekiedy fizyczny stan wynikający z interakcji między żywym organizmem a substancją, charakteryzujący się zmianami zachowania i innymi reakcjami, do których należy konieczność przyjmowania substancji w sposób ciągły lub okresowy, w celu doświadczenia jego wpływu na psychikę, a niekiedy aby uniknąć przykrych objawów towarzyszących brakowi substancji*" [1-4].

Na podstawie literatury do najczęstszych czynników prowadzących do uzależnia można zaliczyć [4]:

- czynniki socjodemograficzne (płeć, wiek, status społeczno-ekonomiczny, stan rodziny, możliwość samorealizacji);
- czynniki środowiskowe (dostęp do środków psychoaktywnych, bezrobocie, bieda, przestępczość);
- czynniki rodzinne (brak wsparcia emocjonalnego ze strony rodziny, opiekunów prawnych, konflikty w rodzinie, patologie rodzinne);
- czynniki rówieśnicze (akceptacja lub odrzucenie przez grupę rówieśniczą, przestępczość wśród nieletnich);
- czynniki szkolne (problemy między rówieśnikami, słabe wyniki w szkole, brak wsparcia w nauce ze strony nauczycieli, rówieśników i rodziny);
- cechy jednostki (nieprzystosowanie społeczne, problemy okresu dojrzewania, podatność na wpływy rówieśnicze, umiejętność lub jej brak przeciwstawiania się presji i radzenia sobie w trudnych sytuacjach, wiedza na temat skutków zachowań problemowych, subiektywne postrzeganie skutków pozytywnych i negatywnych takich zachowań, jakość samooceny,

stan psychiczny).

## TEORIE UZALEŻNIEŃ

Według teorii, wszelkie zachowania świadczące o uzależnieniu od substancji psychoaktywnych są postrzegane jako zachowania dewiacyjne (patologia społeczna). Są one odstępstwem od ogólnie przyjętych norm postępowania społecznego [4].

Uczeni termin „dewiant" używają zarówno w znaczeniu pozytywnym, jak negatywnym. Pozytywni dewianci to ludzie wyprzedzający swoją epokę, natomiast dewianci negatywni to osoby, których postępowanie wywołuje potępienie społeczne. Osoby eksperymentujące z substancjami psychoaktywnymi i uzależnione od ich stosowania zaliczane są do kategorii dewiantów negatywnych [5,6].

Według literatury można wyróżnić następujące teorie uzależnień [4,7]:

- teoria biologiczna uzależnień,
- koncepcje genetyczno-behawioralne,
- teorie psychologiczne uzależnienia od substancji psychoaktywnych,
- teorie środowiskowe, akcentujące rolę (wpływ) rodziny.

### Teoria biologiczna uzależnień

W celu wyjaśnienia przyczyn rozwoju uzależnienia autorzy teorii biologicznych koncentrują się na analizowaniu czynników neurologicznych, genetycznych i fizjologicznych [1,7].

Biologiczny mechanizm uzależnień mówi o tzw. ścieżce mózgowej, na którą składa się ścieżka dopaminowa i ścieżka serotoninowa [4].

Według wielu badań czynniki neurologiczne, które wyjaśniają mechanizm uzależnienia są wspólne dla wszystkich substancji uzależniających, zaś uzależnienie jest skutkiem zaburzeń funkcjonowania mózgu. Zaburzenie to jest efektem zażywania określonej substancji. Różnicą między poszczególnymi substancjami jest siła oddziaływania oraz szybkość docierania czynnika aktywnego do mózgu. Według badań nad drogami „deregulacji mózgu" stwierdza się, że wskutek działania substancji psychoaktywnej zaburzeniu ulega funkcjonowanie układu nagrody, układu emocjonalnego i poznawczego. Największa rola przypisywana jest znaczeniu dopaminy, czyli neuroprzekaźnika zwanego substancją szczęścia [4,8].

Efekt działania dopaminy równoważy serotonina. Współczesna teoria ścieżki dopaminowej jest znacząca dla zrozumienia wpływu narkotyku na ośrodkowy układ nerwowy (OUN). W świetle teorii biologicznej, wyjaśniającej mechanizm uzależnienia, ważnym pojęciem jest termin „uczenie asocjacyjne", które oznacza proces skojarzenia. Uczenie to powiązane jest z procesami behawioralnymi, które zachodzą w mózgu osoby uzależnionej. W efekcie dochodzi do utrwalenia pozytywnej reakcji w odpowiedzi na kontakt z pozytywnymi bodźcami dla organizmu. W celu lepszego zrozumienia zjawiska, autorzy teorii behawioralnych dodają mechanizm pojawiających się w mózgu wzmocnień pozytywnych i negatywnych [4,7,9,10].

## Koncepcje genetyczno-behawioralne

Behawiorystyczne modele uzależnień opierają się na zachowaniu, które można bezpośrednio obserwować [6]. Dowiedziono, że na zachowania człowieka ma wpływ wiele czynników środowiskowych. Nawet kilka osób z podobnym materiałem genetycznym (rodzeństwo bliźniacze), wychowujące się w odmiennym otoczeniu, będzie wykazywało odmienne zachowania i predyspozycje behawioralne [4,5].

## Teorie psychologiczne uzależnienia od substancji psychoaktywnych

Zażywanie środków psychoaktywnych jest postrzegane jako zewnętrzny przejaw adaptacyjnych i obronnych mechanizmów ściśle obejmujących cechy osobowości [5,11]. Koncepcja ta ma dwa nurty psychologiczne –psychoanalizę, wedle której przyczyn toksykomanii należy dopatrywać się w okresie dzieciństwa oraz behawioryzm, wyjaśniający swoje założenia na teorii uczenia się. Psychoanalitycy wyróżniają dwie przyczyny narkomanii: powrót do niespełnionych okresów rozwoju psychoseksualnego i połączenie brania narkotyków z defektami w strukturze osobowościowej [4,5].

## Teorie środowiskowe akcentujące rolę (wpływ) rodziny

Teorie te zakładają, że nieprawidłowo funkcjonująca rodzina w wysokim stopniu predysponuje do zachowań patologicznych wśród wychowującej się w niej młodzieży [4,6,11].

Według wielu badań autorzy tych teorii zauważyli związek między wzorcami rodzinnymi a ryzykiem wzrostu zażywania substancji psychoaktywnych, niższym wiekiem eksperymentów, jak również wyborem określonej substancji. Dysfunkcyjna rodzina może w znacznie większym stopniu ukształtować osobowość dziecka podatną na uzależnienie oraz być powodem sytuacji stresogennych, prowadzących do inicjacji narkotykowej [4,6,11].

## OBJAWY UZALEŻNIENIA

Uzależnienie jest rozumiane w szerokim pojęciu, jako zaburzenie stanu zdrowia psychicznego i fizycznego, charakteryzujące się stałym lub okresowym przymusem wykonywania określonej czynności lub zażywania substancji psychoaktywnej [9,12].

Zasadniczymi objawami uzależnienia, występującymi przy prawie każdym jego typie są [10]:

- nawykowe zachowanie;
- częste, systematyczne i stereotypowe nawyki;
- poświęcanie znacznej ilości czasu czynnościom związanym z uzależnieniem;
- czasami problemy zdrowotne, finansowe, zawodowe, małżeńskie i inne;
- kompulsywne zachowania;
- skrytość, działania owiane tajemniczością;
- objawy zespołu abstynencyjnego, po odstawieniu substancji lub zaprzestaniu kontaktu z daną substancją.

Uzależnienie fizjologiczne (fizyczne) przejawia się bardzo silną potrzebą ciągłego zażywania danej substancji i dające bardzo dotkliwe objawy fizjologiczne, takie jak bóle, biegunka, uczucie zimna, wzmożona potliwość, wymioty, drżenia mięśniowe, zaburzenia snu [5].

Zaprzestanie zażywania substancji psychoaktywnej prowadzi do wystąpienia zespołu abstynencyjnego, zwanego inaczej zespołem odstawienia [5,13].

W celach leczniczych stosuje się odtrucie organizmu, czyli detoksykację, podejmowane działania w tego rodzaju uzależnieniu mogą być bardzo skuteczne. Stosowane środki farmakologiczne zapobiegają nagłym objawom zespołu abstynencyjnego i łagodzą odczuwany ból [9].

Nagłe odstawienie niektórych substancji psychoaktywnych często bywa niebezpieczne - w przypadku alkoholu może prowadzić do stanu określanego *delirium tremens*. W ciężkich przypadkach uzależnienia od opioidów stosowana jest kuracja metadonem lub buprenorfiną. W łagodniejszych przypadkach stosowane są duże dawki diazepamu [5,7,11].

Uzależnienie psychiczne (psychologiczne) związane jest z wykształceniem silnej potrzeby stałego wykonywania czynności lub zażywania substancji, której niespełnienie nie powoduje fizjologicznych następstw.

Główne cechy tego rodzaju uzależnienia, to [5]:

- wzmożony popęd w celu poszukiwania środka uzależniającego;
- wzrost tolerancji na działanie środka (obniżenie efektu przyjemności, który on dostarcza);
- kompulsywna zażywanie substancji psychoaktywnej kosztem zdrowia i otoczenia;
- osłabienie woli osoby uzależnionej;
- obsesja stałego brania i natręctwa myślowe utrzymujące się i nawracające nawet po długotrwałej abstynencji;
- samousprawiedliwienie się podczas wykonywania danej czynności związanej z uzależnieniem;
- fizyczne wyniszczenie organizmu, brak zainteresowania statusem socjo-ekonomicznym osoby uzależnionej [5,7].

Uzależnienie psychiczne to stan, w którym osoba nim dotknięta nie potrafi bez pomocy z zewnątrz przerwać zachowań kompulsywnych związanych ze zdobywaniem i konsumpcją środka psychoaktywnego. Obecnie nie są znane skuteczne metody leczenia uzależnienia psychicznego od substancji chemicznych. Możliwe jest jedynie zatrzymanie kompulsywnych zachowań [5,7].

## RODZAJE UZALEŻNIEŃ

Wskutek zażywania substancji psychoaktywnych dochodzi do rozwinięcia się zespołu uzależnienia. Toksykomanie (używanie substancji psychoaktywnych) prowadzą też do wielu problemów zdrowotnych, społecznych, ekonomicznych i moralnych [4,8]. Na przykład spożywanie alkoholu, czy palenie tytoniu uważa się za główną przyczynę zgonów ludzi w krajach cywilizowanych i rozwijających się. Spożywanie alkoholu stanowi także główny czynnik izolacji społecznej. Na samym tylko przykładzie alkoholu można stwierdzić, że przyjmowanie substancji psychoaktywnych przyczynia się do ogromnych strat ekonomicznych, wskutek zażywania alkoholu i szkód z tym związanych. Państwa członkowskie Unii Europejskiej tracą 2–3% produktu krajowego brutto (PKB), co daje rocznie ok. 125 miliardów euro. Palenie tytoniu natomiast powoduje straty ekonomiczne (w postaci kosztów leczenia palaczy) wyższe niż zyski, jakie przynosi opodatkowanie papierosów. Osoby będące pod wpływem substancji psychoaktywnych częściej powodują wypadki samochodowe na drogach, są sprawcami przestępstw czy zachowań agresywnych [8,9].

Człowiek uzależnić się może od wszystkiego, co jest w zasięgu jego działań [5]. Uzależniają zarówno środki chemiczne, jak i różne czynności. W obszarze uzależnień wymienia się także uzależnienia od człowieka. Uzależnienia można podzielić umownie: na uzależnienia chemiczne i niechemiczne [4,13].

Na podstawie literatury do uzależnień chemicznych można zaliczyć „alkoholizm, narkomania, nikotynizm, bigoreksja, lekomania, uzależnienia od jedzenia, uzależnienia od substancji wzmacniających (dopalacze), uzależnienia od innych substancji, politoksykomania oraz dopalacze" [4,13].

Według literatury do uzależnień niechemicznych można zakwalifikować hazard, seksoholizm, infoholizm (siecioholizm), uzależnienie od człowieka, tanoreksja, uzależnienie od kupowania, pracoholizm, uzależnienie od idei, uzależnienia wizualizacyjne [4,13].

## UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU

Statystycznie szacuje się, że liczba osób uzależnionych od alkoholu w Polsce wynosi około 700-800 tys., czyli ok. 2% populacji [11]. U członków tych rodzin szkody, jakie występują, obejmują schorzenia psychosomatyczne oraz zaburzenia emocjonalne, które zostały spowodowane chronicznym stresem, przemocą w rodzinie czy demoralizacją. Picie przestaje służyć utrzymywaniu kontaktu między rzeczywistością a reakcjami emocjonalnymi [11]. Jest ono przyczyną ubóstwa oraz obniżenia szansy rozwoju kariery zawodowej. Granica, jaka jest pomiędzy okazjonalnym a chorobliwym spożywaniem alkoholu jest płynna oraz zależna od charakteru człowieka. Alkoholizm jest chorobą chroniczną, czyli nieuleczalną. Podstawą leczenia jest psychoterapia, która jest niezbędną składową jej leczenia [14,15].

Osoby, które sięgają po alkohol mają w pamięci przyjemność, jaką daje stan upojenia alkoholowego. Przyjemność ta związana jest z tym, żeby się lepiej poczuć, zapomnieć o swoich problemach, móc się odprężyć czy uspokoić. Alkohol łagodzi lęk, smutek, niepokój, sprawia, że osoba go spożywająca w towarzystwie staje się pewna siebie, umie się dobrze bawić. Powodów do spożywania substancji alkoholowych jest bardzo wiele. Człowiek spożywa alkohol z powodu odczucia radości, smutku, zdenerwowania. Także z obawy przed śmiesznością bądź odrzuceniem, aby uzyskać pozycję wśród rówieśników lub wyrazić bunt przeciwko rodzicom czy władzy [11,15,16].

Ludzie młodzi spożywają alkohol pomimo świadomości negatywnego oddziaływania na organizm. Każdy człowiek reaguje inaczej na alkohol, np. niektórzy ludzie przez bardzo długi okres czasu nie będą odczuwały w sposób fizyczny skutków picia, a także ich organizm

również nie będzie ulegał degradacji. Podczas gdy inny człowiek już po pierwszym incydencie upojenia alkoholowego ulegnie poważnemu zatruciu organizmu. Nie zmienia to jednak faktu, że człowiek, który jest w początkowej fazie alkoholizmu nie jest w stanie uchwycić jego rozpoczęcia [14].

W literaturze wyróżniono następujące fazy choroby alkoholowej [17]:

- **Faza wstępna, nazywana prealkoholiczną fazą objawową** - Jest to faza, w której zaczyna się uzależnienie psychiczne. Alkohol był spożywany w towarzystwie dla rozładowania napięcia emocjonalnego, poprawy samopoczucia. Zdolność radzenia sobie z napięciem bez substancji alkoholowej jest bardzo ciążka i prowadzi to do picia każdego dnia, co wiąże się ze stopniową zwiększoną tolerancją na alkohol [11,17].
- **Faza druga, nazywana ostrzegawczą bądź zwiastunową** - W trakcie tej fazy osoba uzależniona szuka okazji, aby spożywać jak największą ilość alkoholu. Próbuje koncentrować się na alkoholu, nawet pić po kryjomu, łapczywie, celowo tworząc specjalne okazje do wypicia [17].
- **Faza krytyczna (ostra)** - W tej fazie u osoby zażywającej niewielką ilość alkoholu pojawia się często pragnienie do dalszego picia, które odczuwane jest jako przymus fizyczny. Zaczyna się w danej fazie utrata kontroli nad rozpoczętym piciem. W fazie tej rozwijają się objawy uzależnienia, tj. samooszukiwanie i tworzenie racjonalnych uzasadnień do picia, utrata kontaktu z otoczeniem, zaniedbywanie pracy, a w tym utrata kontaktów z bliskimi osobami, zaniedbywanie jedzenia, konieczność ciągłego zażywania alkoholu, aby uzupełnić stężenie alkoholu w organizmie [17,18].
- **Faza czwarta, czyli faza przewlekła, chroniczna** - w której picie alkoholu jest ciągiem. Osoba uzależniona potrafi pić alkohol kilka razy w ciągu dnia. Picie ranne jest momentem przełomowym. Człowiek nie ma już oporu ani nie czuje wstydu. Potrafi nawet upić się w pracy czy na ulicy. Wówczas pojawiają się objawy zespołu abstynencyjnego, które mogą przerodzić się w objawy psychoz alkoholowych. Te natomiast objawy ustępują po zażyciu alkoholu [17,19].

Osoba pijąca próbuje odizolować się od rzeczywistości, nie dostrzega i nie słyszy bolesnych faktów, jakie go otaczają typu, że za dużo pije bądź sińców na twarzy osób mu bliskich czy potłuczonych przedmiotów [20].

Na podstawie literatury można stwierdzić, że choroba alkoholowa jest nieuleczalna, więc mówi się o trzeźwiejącym alkoholiku, a nie o wyleczonym. Niekiedy u osób uzależnionych podczas trwania abstynencji pojawiają się objawy, tj. ogólne samopoczucie,

które jest podobne jak w zespole abstynencyjnym, smak wódki w ustach, chory odczuwa bardzo silny głód alkoholowy- tzw. "suchy kac" [16,20]. Występuje to wyłącznie u osób uzależnionych, które są wystawione na bodźce lub sytuacje kojarzące się z alkoholem, np. wizyta w sklepie alkoholowym, czy nawet podczas snu, w którym osoba śni, że pije alkohol [11]. Alkohol ma to do siebie, że jest degradacyjny na organizm. Już niewielkie ilości alkoholu mogą powodować zaburzenia czynności nerwowych, występują zaburzenia reakcji wzrokowej, słuchowej, czy pogarszają precyzję ruchów. Człowiek traci zdolność rzeczywistego myślenia, obniża się zdolność osądu, nie potrafi racjonalnie myśleć. Do głosu dochodzą instynkty i popędy, osoba zachowuje się prymitywnie [20]. Działanie alkoholu wywiera toksyczny wpływ na ośrodkowy układ nerwowy. Alkoholicy tracą apetyt, co z kolei powoduje niedobór witamin [17,18]. Można zaobserwować zaburzenia czucia w kończynach, nadwrażliwość na bodźce zewnętrzne: zimno czy ciepło [17]. U osób tych pojawia się szybka męczliwość kończyn dolnych przy chodzeniu, mrowieją palce u stóp. W miarę postępowania choroba prowadzi do zaników mięśniowych, niedowładu kończyn. Wpływ alkoholu na układ krążenia jest dość złożony. Występuje zaburzenie akcji serca, gwałtowne rozszerzenie bądź zwężenie naczyń krwionośnych. U osoby, która spożywa alkohol ciśnienie krótko podwyższa się, a po niedługim okresie - obniża i wraca do normy [20]. W układzie pokarmowym u każdej osoby, która zażywa alkohol występuje zapalenia błony śluzowej żołądka i choroby wrzodowej. W układzie oddechowym występują warunki sprzyjające rozwojowi bakterii i wirusów, które są spowodowane osłabioną odpornością ustroju człowieka [17], i mogą być przyczyną przewlekłego zapalenia dróg oddechowych, oskrzeli oraz płuc. Z strony układu nerwowego mogą występować zaburzenia pamięci, myślenia, bardzo szybko człowiek się męczy pracą umysłową, a także traci swoje zainteresowania, ma problemy z koncentracją uwagi, występuje zmienność nastroju [11,20].

Leczenie może być prowadzone w kilku wariantach: począwszy od psychoterapii - gdzie człowiek jest motywowany do zaprzestania zażywania danej substancji. Podstawą jest wzmocnienie organizmu, uzupełnienie deficytu witamin oraz innych substancji niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania organizmu [16,18,20].

Ważny jest także kontakt z ludźmi, należy odbudować ważne dla człowieka znajomości i je podtrzymywać. Przemiana duchowa jest istotna dla każdego człowieka, który odkrywa wartości, które wcześniej lekceważył i niszczył. Kolejnym krokiem jest farmakoterapia. W terapii może być stosowanych wiele leków, które mają pozytywny wpływ na leczenie danej choroby: disulfiram, topiramat, a także ondansetron, nalmefen [16,18,20].

## UZALEŻNIENIE OD NIKOTYNY

Nikotyna pod względem chemicznym jest alkaloidem i wywodzi się z tej samej grupy, co kokaina, czy amfetamina itp. [21]. Należy do grupy narkotyków o bardzo silnym działaniu. Zażywanie substancji w małych dawkach pobudza serce, pracę mózgu, przyśpiesza oddech, następuje zwężenie naczyń obwodowych i wzrost RR [22].

Palenie papierosów ma istotnie niekorzystny wpływ na zdrowie [21].

Głównym czynnikiem, jakim jest sięganie przez młodzież po papierosy jest ciekawość oraz chęć naśladowania dorosłych, również imponowanie otoczeniu, przekora i bunt przeciwko autorytetom. Dla osób dorosłych papieros pomaga w rozładowaniu wewnętrznej energii oraz opanowaniu niepokoju, dla innych palenie jest sposobem na nawiązanie kontaktu i rozpoczęcia rozmowy oraz pokonania braku pewności siebie,[22].

Według badań epidemiologicznych, przyczyną ok. 69 tysięcy zgonów w Polsce (w tym 12 tysięcy kobiet, 57 tysięcy mężczyzn) jest problem palenia papierosów. Zerwanie z tym nałogiem jest bardzo trudne, ponieważ powoduje uzależnienie psychogenne i farmakologiczne od nikotyny [22].

Palenie tytoniu jest najbardziej globalnym czynnikiem ryzyka wielu chorób. Człowiek, rozpoczynając wcześnie i intensywne palenie, jest bardziej podatny na większe i szybsze straty zdrowotne [22,23].

Z badań epidemiologicznych wynika, że wiele chorób powstaje na skutek palenia tytoniu, np. choroba niedokrwienna serca, choroby obwodowego układu krążenia, przewlekła obturacyjna choroba płuc, nadciśnienie, miażdżyca, nowotwory rak płuca, krtani, jamy ustnej, gardła, przełyku, trzustki [22,23].

Na podstawie literatury charakterystycznymi objawami, jakie występują przy braku nikotyny w organizmie, są [22]:

- tzw. „głód” palenia,
- problemy w kontrolowaniu zachowań dotyczących palenia bądź ilości wypalanych papierosów,
- nikotynowy zespół abstynencyjny,
- wystąpienie tolerancji,
- brak czasu na własne zainteresowania,
- kontynuacja palenia mimo świadomości o jej szkodliwości.

W celu udzielenia pomocy osobie uzależnionej wskazane jest odzwyczajenie od nałogu poprzez motywowanie do zaprzestana palenia oraz pozostania w jak najdłuższym czasie w abstynencji. Stosowane są także metody farmakologiczne. Większa część metod farmakologicznych ma charakter objawowy i służy przede wszystkim złagodzeniu objawów związanych z rzuceniem nałogu palenia tytoniu [23,24].

W Polsce metodami, które powszechnie są stosowane przy leczeniu uzależnienia od nikotyny to nikotynowe terapie zastępcze, tj. guma nikotynowa, plastry, które zawierają nikotynę, a także bupropion SR. Częstym lekiem pomagającym w walce z nałogiem jest stosowana wareniklina czy cytozyna [21,23].

Guma nikotynowa jest lekiem, który stosowany jako lek pierwszorzędowy w terapii zastępczej. Nikotyna zawarta w gumach nikotynowych jest wchłaniana poprzez błonę śluzową jamy ustnej, osiągając maksymalne stężenie we krwi w ciągu 30 minut.

Aby nikotyna z gumy wchłonęła się maksymalnie, należy ją rzuć powoli, aż do pojawienia się pierwszego smaku. Następnie guma powinna zostać umieszczona między policzkiem a dziąsłem, przez co nikotyna zostanie zaabsorbowana z błony śluzowej jamy ustnej. Gumę należy żuć na zmianę i wkładać między policzek a dziąsło do momentu utraty jej smaku. Problemem, jaki może wystąpić to za krótkie rzucie gumy bądź rzucie jej zbyt rzadko. Czas trwania danej kuracji powinien trwać od 1 do 3 miesięcy. U osób stosujących gumę nikotynową może wystąpić suchość w ustach, czkawka, dyspepsja-problemy z trawieniem, zgaga oraz bóle głowy. Na rynku dostępne są dawki po 2mg oraz 5mg gum nikotynowych, aby je zakupić nie wymagana jest recepta. Udowodniono, że obie dawki są skuteczne, aby rzucić palenie. Natomiast wykazano, że większa dawka jest skuteczniejsza w 21% u osób, które są bardzo uzależnione, a mniejsza dawka jest efektywniejsza u osób o mniejszym stopniu uzależnienia [23,24].

Kolejną metodą jest stosowanie plastrów zawierających nikotynę. W metodzie tej po zaaplikowaniu plastra stężenie nikotyny we krwi wzrasta stopniowo w ciągu sześciu do dziesięciu godzin [23].

W początkowych stadiach kuracji należy rozpoczynać od dawki większej, stopniowo ją zmniejszając. Plastry nikotynowe można zakupić w formach do noszenia przez 16 bądź 24 godziny. Plastry o krótszym czasie działania powinny być stosowane rano i usuwane przed pójściem spać. Preferowane jest używanie plastrów 24-godzinnych dla palaczy, u których rano występuje silny głód nikotynowy, natomiast 16-godzinne plastry u osób cierpiących na zaburzenia snu. Do działań niepożądanych można zaliczyć miejscowe odczyny skórne oraz zaburzenia snu [23,24].

Bupropion należy do grupy leków przeciwdepresyjnych i jest jedynym w Polsce nienikotynowym lekiem służącym do leczenia uzależnienia od tytoniu. Lek ten jest dobrze tolerowany przez organizm. Początek leczenia rozpoczyna się 1- 2 tygodnie przed zaplanowaną datą rzucenia palenia. Działania niepożądane, jakie mogą wystąpić to zaburzenia snu, tj. bezsenność bądź suchość w jamie ustnej. Występuje także sporadyczny wzrost ciśnienia tętniczego krwi i bóle głowy [23,24].

## UZALEŻNIENIE OD KOFEINY I TEINY

Kofeina, jak i teina jest substancją psychoaktywną i należy do najczęściej używanych [25]. Duża zawartość kofeiny znajduje się w kawie, napojach typu cola, czekolada oraz herbata, kakao, również napoje orzeźwiające i energetyczne typu np. Red Bull [26]. Substancja ta może być składnikiem o działaniu fizjologicznym lub pełnić funkcję aromatu [25]. Nie jest ona zaliczana do substancji uzależniających, jednak wchodzi w skład substancji, które mogą uzależniać zarówno psychicznie, jak i fizycznie. Kofeina wywiera działanie pobudzające na ośrodkowy układ nerwowy, przyśpiesza pracę serca i oddech, rozszerza naczynia krwionośne i działa moczopędnie. Subiektywnie podnosi nastrój człowieka poprzez poprawienie sprawności myślenia. Jednak jej działanie zależy od wielu czynników endogennych, czy środowiskowych [26,27]. Zwęża naczynia krwionośne mózgu, co przynosi ulgę w napięciowych bólach głowy, a także migrenie. W medycynie używana jest jako składnik mieszanek przeciwbólowych, wykazano, że kofeina zwiększa skuteczność preparatów przeciwbólowych poprzez łagodne, pobudzające działanie ośrodkowe, a także polepsza samopoczucie w stanach przeziębieniowych [27]. Podczas, gdy człowiek spożywa umiarkowanie kofeinę, dzienne spożycie mieści się w granicach 3-7 mg/kg m.c. (200mg/osobę/dzień; 4,5 kg/osobę/rok) ,poprawia ona wydolność psychomotoryczną, człowiek czuje się mniej zmęczony oraz nie odczuwa mocnej potrzeby snu [25,26].

Śmiertelne zatrucia kofeiną są rzadkością (wstrzyknięcia dożylne 3200 mg kofeiny), natomiast przyjmowanie codzienne substancji przez długi czas powoduje uzależnienie psychiczne i fizyczne w dawce przekraczającej 500 mg [28].

Kofeina jest substancją, która bardzo szybko i dobrze jest wchłaniana z przewodu pokarmowego. Przenika przez barierę krew-mózg, łożysko, a także do mleka i nasienia. Substancja nie kumuluje się, a jej okres półtrwania to 3-4 h. Czas jest skrócony o 30-50% u ludzi, którzy są nałogowymi palaczami tytoniu [25].

W uzależnieniu od kofeiny człowiek czuje się rozdrażniony, następuje wzrost ciśnienia tętniczego krwi, pojawiają się drżenia mięśniowe [26]. Kofeina wywiera również negatywny wpływ na gospodarkę wapniowo-fosforanową organizmu, co może zaburzać kształtowanie prawidłowej masy kostnej. Nasila dolegliwości ze strony układu pokarmowego, tj. zaparcia, biegunki, zgaga. Nadmiar wypijanej kofeiny ulega w organizmie przemianie do kwasu moczowego , który wytrąca się w postaci kamieni nerkowych lub kryształków moczanowych, osadzając się w stawach powodując obrzęki i bóle stawowe [26,27,28]. Przyjęcie dużych jednorazowych dawek kofeiny może wpłynąć na stężenie glukozy we krwi, czy zwiększenie insulinooporności. Przyjmowanie jej w bardzo dużych dawkach może spowodować wystąpienie niepożądanych reakcji poprzez nadmierną stymulację ośrodkowego układu nerwowego. Jest również przyczyną zmniejszonego napięcia przełyku, czy zwiększa ryzyko przedwczesnego przerwania ciąży bądź wewnątrzmacicznego zaburzenia wzrostu płodu [26]. Pozytywnym wpływem kofeiny na organizm jest to, że długotrwałe jej spożycie zmniejsza częstość występowania cukrzycy typu 2 [25,29].

Herbata czarna jest bogatym źródłem alkaloidu teiny, której właściwości chemiczne są identyczne jak kofeiny, teofiliny oraz teobrominy. Działanie na organizm jednak znacznie różni się od kofeiny i jest słabsze. Posiada, podobnie jak kofeina, właściwości psychostymulujące, tzn. usuwa objawy zmęczenia psychicznego, jak i fizycznego. Umiarkowane picie herbaty nie powoduje szkodliwych następstw dla organizmu. Jednak długotrwałe i nadmierne jej spożywanie wywołuje bezsenność, niepokój, uczucie kołatania serca. Negatywnym skutkiem nadużywania czarnej herbaty jest rozwój niedokrwistości (anemii) lub zaburzenia wchłaniania zawartego w pokarmach żelaza i z tego powodu nie jest zalecana, m.in. u kobiet w ciąży [20,29].

## PIŚMIENNICTWO


1. Marcinkowski T.J.: Epidemiologia uzależnień w Polsce – ze szczególnym uwzględnieniem zawodów medycznych. Hygeia Public Health 2011; 46(3): 334-338.
2. Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2012/2013. Raport wydany przez: Polską Sieć Polityki Narkotykowej.
3. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii EUROPOL. Raport o rynku narkotykowym w UE 2016.
4. Jędrzejko M.: Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i niechemicznych. Warszawa, Fundacja Pedagogium, 2009.
5. Rohr Heinz - Peter.: Uzależnienia, przyczyny i terapia. Poznań, Wydawnictwo W drodze,

2013.

6. Jędrzejko M.: Człowiek wobec uzależnień (narkotyki i dopalacze). Poznań, Wydawnictwo Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, 2010.
7. Zwierzyńska E., Pietrzak B.: Patogeneza uzależnień, problem wciąż aktualny. Alkoholizm Narkomania 2014; 27(2): 163–175.
8. Mikuła J.: Rozwiązywanie problemów alkoholowych w świetle dokumentów europejskich. Świat Problemów 2006; 1: 4–13.
9. Encyklopedia PWN. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2009.
10. Ulman P.: Społeczne i rodzinne uwarunkowania uzależnień u dzieci i młodzieży. Kwartalnik Naukowy 2011; 4(8): 74-86.
11. Woronowicz B.T.: Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia. Warszawa, Wydawnictwo. Edukacyjne Parpamedia, 2009.
12. Kostowski W.: Uzależnienia: podstawowe pojęcia i teorie. Psychiatria 2005; 2(2): 61–76.
13. Kostowski W.: Podstawowe mechanizmy i teorie uzależnień. Alkoholizm i narkomania 2006; 19(2): 139-168.
14. Stelmach W.: Palący problem - czyli prawie wszystko o tytoniu i skutkach jego używania. Cz II. Postępy Fitoterapii 2009; 2: 137-140.
15. Frąckowiak M., Motyka M.: Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu. Hygeia Public Health 2015; 50(2): 314-322.
16. Jedynak M.: Alkoholizm jako zjawisko patologiczne i społecznie destruktywne. Rzeszów, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2014.
17. Mellibruda J., Mellibruda-Sobolewska Z.: Integracyjna psychoterapia uzależnień. Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia, 2006.
18. Cichońska M., Nartowska W., Kaczmarzyk D., Szemraj S., Mazur G.: Tendencje w zakresie spożywania alkoholu. Acta Scientifica Academiae Ostroviensis. 2012; 2: 199-212.
19. Kuźmicka P., Jasińska M., Grzegorczyk M., Karakiewicz B.: Palenie tytoniu, a jakość życia. Medycyna Środowiskowa 2013; 16(1): 43-50.
20. Szczygieł Ł.: Psychofarmakoterapia uzależnienia od alkoholu. Gazeta farmaceutyczna 2008; 8: 24-27.
21. Zieleń I., Śliwińska- Mossoń M., Milnerowicz H.: Preparaty stosowane w leczeniu uzależnienia od nikotyny. Przegląd Lekarski 2012; 69(10): 1098-1101.
22. Doboszyńska A.: Leczenie uzależnienia od nikotyny. Gabinet prywatny 2008; 09: 33-36.
23. Ślusarczyk H.: Nowoczesne metody walki z paleniem papierosów. Świat Farmacji 2010; 6: 18.

24. Chlebio-Abed D.; Pierwotna profilaktyka uzależnienia od alkoholu. Katowice, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, 2000.
25. Dworzański W., Opielak G., Burdan F.: Niepożądane działania kofeiny. Polski Merkuriusz Lekarski, 2009; 27: 161-357.
26. Wierzejska R.: Dopalacze i kofeina - charakterystyka substancji psychoaktywnych i ich wpływ na organizm. Development Period Medicine, 2014; 18: 394-399.
27. Figura B.: Kofeina- wiemy już wszystko. Świat Farmacji 2009; 12: 30-31.
28. Korpetta E., Szmerdt-Sisicka E.: Kanabinole, substancje z konopi indyjskich. Wydawnictwo Stowarzyszenie Eleuteria, Warszawa 2000.
29. Wierzejska R.: Kofeina - powszechny składnik diety i jej wpływ na zdrowie. Roczniki Państwowego Zakładu Higieny 2012; 63(2): 141-147.

# Rozwój uzależnień od środków psychoaktywnych w Polsce i na świecie

**Mirosława Pryczynicz[1], Krystyna Kowalczuk[2]**

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

## WPROWADZENIE

Środki odurzające towarzyszą ludzkości od tysięcy lat. W różnych kulturach narkotyki używane były do różnych celów, począwszy od religijnych przez rytualne, obrzędowe, lecznicze. Na podstawie literatury można stwierdzić, że znaleziska archeologiczne wykazały, iż w plemionach ludzi pierwotnych obecne były narkotyki, naukowcy przypuszczają, że ludzie w poszukiwaniu pożywienia przypadkowo natrafiali na rośliny, których skutków działania jeszcze nie znali. Odkrywając ich cudowne działanie przenosili się w „inny świat", co utwierdzało ich w przekonaniu istnienia sił nadprzyrodzonych. Analizując wszystkie fakty badacze szacują, że człowiek po raz pierwszy zażył substancje odurzające już w górnym okresie paleolitu (40 000-10 000 lat p.n.e.) [1,2].

Rozwój cywilizacji nierozerwalnie towarzyszył większej świadomości społecznej. Pojawiło się zjawisko hierarchizacji i kontroli dostępu do substancji zwykłym śmiertelnikom. Zorganizowane wspólnoty ludzkie dopuszczały do odurzania się jedynie przywódców czy też szamanów [1,3].

Na podstawie literatury można stwierdzić, że narkotyki znajdują się wśród najstarszych używek i znane były dużo wcześniej niż alkohol czy nikotyna. Do substancji psychoaktywnych, które pojawiły się jako pierwsze, można zaliczyć: opium, marihuanę i kokainę [1].

Opium to jeden z najstarszych narkotyków, związany jest z Bliskim Wschodem, pochodzi z Mezopotamii, w Europie natomiast znane jest już od 4 000 lat. Środek stosowany był jako lek przeciwbólowy, czy też leczący choroby umysłowe, np. psychozy. Jego lecznicze właściwości opisywał Hipokrates [1,2,4].

Wraz z rozprzestrzenianiem się ludów azjatyckich opium stało się popularne również w Azji. Około 7 w. n.e. obecne było już w Chinach i Indiach. W dość krótkim czasie Chiny

stały się krajem o największym rynku zbytu, a później także dominowały w produkcji opium. Niepokojącym zjawiskiem stała się duża moda na palenie opium w Chinach. Powszechne zjawisko zaczęto traktować jako zagrożenie narodowe. W rezultacie cesarz Young Chinga w 1829r. wydał całkowity zakaz używania i sprzedaży opium, jednak narkotyk ten był już potężnym źródłem interesów międzynarodowych, głównie Brytyjczyków [1,2]. Wprowadzenie zakazu nie było łatwe do wcielenia w życie. Narastający konflikt miedzy cesarstwem a importerami doprowadził do wojny opiumowej. Chiny zgodziły się na produkcję opium, a importerzy na zmniejszenie dostaw. To jednak nie rozwiązało problemu, gdyż w ciągu następnych dwóch dekad liczba palaczy opium wzrosła ponad pięćdziesięciokrotnie, miała w tym również swój udział Europa, bowiem wiek XVIII i XIX cieszył się ogromną popularnością leku laudanum (opium rozpuszczone w alkoholu). Specyfik był lekiem na niemal wszystkie dolegliwości, od bezsenności po chroniczne bóle i wycieńczenie [1,2,4].

Dopiero druga połowa XIX w. i początek XX w. przyniosła znaczący wzrost świadomości zagrożeń związanych z przyjmowaniem środków odurzających. W przypadku opium sprawa była nieco bardziej skomplikowana, gdyż w początkach XIX wieku Sertuerner wyodrębnił z opium związek morfiny. Powyższy specyfik okazał się niezastąpionym środkiem przeciwbólowym, dzięki czemu chętnie podawano go żołnierzom rannym na polach bitew dziewiętnastowiecznej Europy. W następnych latach wyizolowano kodeinę (stosowaną w chorobach dróg oddechowych, oskrzeli i w gruźlicy), tebainę i papawerynę [2,5]. Morfina powszechna była również w Ameryce, stała się tak poważnym problemem, iż uzależnienie to nazywano wręcz chorobą wojskową. Na początku lat dwudziestych XX wieku lekarze zaczęli alarmować o szkodliwości pochodnych opiatów. Liczba osób wymagająca pomocy z powodu powikłań stosowania tych substancji gwałtownie wzrosła. Zaczęto wycofywać heroinę i do 1925r. wyeliminowano ją z użycia szpitalnego i ambulatoryjnego [5].

Kolejna fala zagrożeń pojawiła się na początku lat 80. XX wieku. Włoskie i amerykańskie grupy przestępcze zdobyły umiejętność wytwarzania heroiny z morfiny, poprzez używanie prostych sposobów, a laboratoria powstawały w bardzo prymitywnych warunkach (w letnich domkach, piwnicach). Lawinowy wzrost liczby uzależnionych był skutkiem rozprowadzania taniej heroiny wśród mieszkańców Europy i Ameryki Północnej. Konsekwencją tego były wojny mafijne, które w ciągu 4 lat tylko w USA doprowadziły do śmierci ok. 2000 członków rodzin grup przestępczych [2,6]. W tym samym okresie w roku 1979 w Polsce opanowano technikę produkcji kompotu- heroiny uzyskiwanej ze słomy makowej. W roku 1986 liczba uzależnionych znacznie wzrosła i zdaniem naukowców mogła wynosić nawet 300-600 tys. W owym czasie profil polskiego rynku oparty był jedynie na

zaspokojeniu potrzeb własnego środowiska. Na podstawie badań epidemiologicznych wykazano, że kraje wschodniej Azji, a w szczególności Afganistan, Pakistan i Tajlandia uchodzą za największych nielegalnych producentów opium [2,5,6].

Na podstawie literatury można stwierdzić, że istniejące konopie indyjskie znane były od tysięcy lat, a co za tym idzie znalazły wiele zastosowań w różnych dziedzinach gospodarki [1]. Istnieją dwa typy konopi, które różnią się między sobą właściwościami i zastosowaniem. Konopie tzw. typu włóknistego używane były do produkcji tkanin, papieru i lin okrętowych. Typ drugi- narkotykowy stanowił surowiec do produkcji środków odurzających (haszysz, marihuana), kolebką poznania właściwości konopi był Daleki Wschód, w Chinach obecne były już około 3 tys. lat p.n.e. W starożytnej medycynie substancja ta była środkiem służącym duchowej inspiracji [1,4].

Pierwsze wzmianki dotyczące używania konopi w rejonie Morza Śródziemnego pochodzą z VII w. n.e. Narkotyk ten na różne sposoby przedostawał się m.in. do Afryki Północnej i innych krajów Morza Śródziemnego, co przypada na okres między XI a XV wiekiem. W wyniku ekspansji kolonialnej i przenoszenia zwyczajów przez obcokrajowców konopie dotarły do Ameryki Środkowej i Meksyku, a stamtąd do Stanów Zjednoczonych, wraz z wojskami Napoleona konopie dotarły także do Europy pod koniec XVIII wieku. Największą popularność środek ten zdobył w latach 60. XX wieku, modne były kluby haszyszowe, które skupiały arystokrację, artystów i intelektualistów [1,2,4,5]. Jednak, jak sama nazwa wskazuje, konopie indyjskie najbardziej rozpowszechnione były w Indiach. Ludzie masowo produkowali wywary, napary i przetwory z tych roślin. Środek wytwarzany z konopi- haszysz pod koniec XIX wieku w Europie jak i Stanach Zjednoczonych odgrywał bardzo dużą rolę w uśmierzaniu bólu - głownie migrenowego i miesiączkowego. Stosowany był również w leczeniu astmy, krztuśca czy bezsenności. W połowie XX wieku zaniechano używania konopi jako leku, gdyż trafiły one na listę środków zakazanych. Na początku lat 90. kanabinole stały się niezwykle popularne w krajach Bloku Wschodniego, np. w Polsce i na Węgrzech [1,5,6,7].

Kokaina jest rośliną znaną od tysięcy lat ,podobnie jak konopie indyjskie. Używana była już przez Inków do ceremonii religijnych. Dostęp do tego narkotyku mieli jedynie wybrani, a mianowicie: kapłani i inni przewodnicy religijni. Roślina cieszyła się dużym uznaniem, gdyż niemal pośredniczyła w kontaktach nadprzyrodzonych kapłanów z boskimi siłami, a co za tym idzie, znalazła się w herbie królewskim, a pierwsza królowa Inków nazywała się „Mama cuca" [1,4]. Roślina najbardziej rozpowszechniona jest głównie w Ameryce Południowej (w Andach), jak również w zachodnich Indiach i Indonezji. Badania naukowe wykazały, iż kokaina prawdopodobnie była używana przez Indian z Peru już 2000 lat p.n.e. Żucie liści koki

wywoływało euforię i usuwało zmęczenie. W roku 1749 kokaina pojawiła się już w Europie. Za początek współczesnego kokainizmu uważa się drugą połowę XIX wieku. Natomiast lata 1920-1930 to okres, kiedy bardzo intensywnie wzrósł poziom kokainizmu w Europie, Ameryce i Azji. W Stanach Zjednoczonych narkotyk ten był najpopularniejszy wśród elity artystycznej i muzycznej. Lata 50. i 70. ubiegłego stulecia charakteryzują się szerokim zainteresowaniem kokainą przez artystów jazzowych i rockowych. W 1985 roku oszacowano, że w Stanach Zjednoczonych liczba osób zażywających kokainę wynosi 12 milionów [1,2,4].

Kolejnym najbardziej popularnym narkotykiem, zwłaszcza wśród młodzieży, jest amfetamina. W latach 30. XX wieku stosowano do leczenia astmy, depresji, a nawet choroby morskiej. W okresie II wojny światowej amfetamina była powszechnie używana po obu stronach konfliktu. Podawano żołnierzom, aby zredukować objawy zmęczenia, zmniejszyć lęk i wywołać większą agresywność [4]. Na nielegalnych rynkach pojawiał się narkotyk o podobnym działaniu pod nazwą Ectasy (pochodna amfetaminy). Od czasów powojennych amfetaminę zaliczano do stałych używek kierowców ciężarówek, studentów i tych wszystkich, którzy chcieli zwiększyć swój stan aktywności i przeciwdziałać bezsenności [1,4,8].

W XX wieku w rejonie Basenu Morza Śródziemnego, Morza Czarnego i Azji Środkowej popularne stały się halucynogeny. W 1938 roku z roślin halucynogennych wyodrębniono substancję potocznie nazywaną LSD. Kilkanaście lat później powyższy środek odgrywał istotną rolę w obrzędach młodzieży amerykańskiej należącej do ruchu pt.: „Międzynarodowa Federacja Wolności Wewnętrznej". Członkowie powyższej organizacji twierdzili, iż narkotyki pozwalają na potęgowanie i intensyfikację przeżyć [1,4].

W rozwoju narkomanii bardzo duże znaczenie odgrywał czas powojenny XX wieku. Okres rozwoju technologii, jak i medycyny stworzył idealne warunku do produkcji narkotyków, które posiadały coraz intensywniejsze własności odurzające. Ponadto procesy globalizacyjne nawiązywały do życia społecznego, kultury wiązały się z unifikacją zwyczajów, rytuałów, postaw, mody, przyczyniły się do lawinowego wzrostu i rozprzestrzeniania się zjawiska narkomanii [1].

Do środków psychoaktywnych można także zaliczyć nikotynę. Nazwa pochodzi od nazwiska francuskiego lekarza Nicota, który prawdopodobnie sprowadził tytoń z Ameryki do Europy. Pierwsze zaś wzmianki dotyczące nikotyny pochodzą 1492 roku, kiedy to Kolumb odkrył nieznany ląd. Został tam poczęstowany przez lokalnych Indian Arawaków suszonymi liśćmi tytoniu [5]. Niektórzy naukowcy potwierdzają, iż na wiele lat przed odkryciem Ameryki uprawą tytoniu zajmowali się Chińczycy, początkowo liście tytoniu palone były w fajkach, ale z upływem czasu coraz modniejsze stało się palenie papierosów i cygar. W 1853 roku na Kubie

powstała pierwsza fabryka papierosów. W krajach wschodnich tytoń był obecny głównie dzięki szlakom handlowym. Tytoń stosowano jako środek uspakajający, na ból głowy lub jako roślinę ozdobną. Kiedy stwierdzono, że posiada również niekorzystny wpływ na człowieka wprowadzano zakazy palenia nikotyny. Papież Urban III kategorycznie potępiał palenie tytoniu pod groźbą rzucania klątw na wiernych. Kobiety palące uznawane były za wyznawczynie szatana i mogły za to nawet spłonąć na stosie [4,5]. We Francji palaczy karano więzieniem, a w Rosji w 1634r. wprowadzono całkowity zakaz palenia pod karą batów. Równie surowe kary dotyczyły ludzi palących tytoń w Chinach, Turcji i Anglii. Obecnie znane są już bardzo dokładnie negatywne skutki palenia papierosów zarówno dla palaczy, jak i dla osób znajdujących się w otoczeniu palaczy, czyli tzw. biernych palaczy. Dlatego też w krajach Unii Europejskiej, jak i większości stanów w USA palenie tytoniu w miejscach publicznych jest zabronione. Aktualnie za największych producentów tytoniu uważa się: Chiny, Indie, Turcję, Tunezję, USA, Brazylię, Grecję i Włochy [4,5].

## ROZWÓJ UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU NA ŚWIECIE

Uzależnienie od alkoholu to jedno z najczęściej rozpoznawanych zaburzeń psychicznych. Na podstawie literatury można stwierdzić, że u osób nadużywających alkohol powstaje tolerancja na jego działanie i chcąc osiągnąć pożądany efekt organizm potrzebuje coraz to większych dawek, a nagłe odstawienie trunku prowadzi do zespołu abstynencyjnego [9].

Badania antropologów stwierdzają, iż alkohol był obecny w życiu człowieka od zarania jego dziejów i pełni różne funkcje [3].

Początkowo stosowano jako środek redukujący ból i zmęczenie, zmniejszał lek, odprężał, ułatwiał kontakty międzyludzkie oraz stanowił element obrzędów i praktyk religijnych. Pierwsze napoje alkoholowe wytwarzane były najczęściej w sposób całkowicie przypadkowy i niezamierzony, w wyniku fermentacji winogron (wino) i ziarna jęczmiennego (piwo), trudno jest obecnie ustalić, która z substancji powstała jako pierwsza [3].

Znalezione na terenie Mezopotamii tabliczki piktograficzne wspominają o spożywaniu „chmielowego soku", który był jednym z podstawowych produktów spożywczych obok chleba, przypuszcza się, iż wytłaczanie wina zapoczątkowano w Azji Środkowej ok. 6000 lat p.n.e. Uprawa winorośli nieco później pojawiła się również w Mezopotamii, Fenicji i Egipcie [4].

W starożytnym Egipcie piwo było uważane za podstawowy napój ludności tego kraju. Stwierdzono także inne walory tego napoju, gdyż piany z piwa używano do wykonywania

okładów w celu odświeżenia skóry. Wino zdobyło popularność również na Krecie ok. 2400 lat p.n.e., a w związku z tym król Krety nałożył podatek od produkcji tego trunku. W Chinach piwo wytworzono około 4000 lat p.n.e. z ryżu. Z przekazów historycznych wynika, iż ok. 1000 lat p.n.e. winorośl uprawiana była już w południowej Grecji i Italii, a do Europy zachodniej i środkowo – wschodniej trafiła około IV wieku n.e [3,4].

W Polsce pierwsze winnice pojawiły się w XII wieku, ale do końca XVI wieku głównym napojem było piwo. Nieco później odkryty został proces destylacji, w wyniku którego powstawał alkohol znacznie mocniejszy niż wino czy piwo. Proces ten prawdopodobnie odkrył jeszcze przed naszą erą arabski lekarz- Phazes [4].

Brakuje jednak dokładnych informacji dotyczących tego, kto i kiedy po raz pierwszy uzyskał czysty alkohol. Z przekazów pisemnych wynika, iż prawdopodobnie Arystoteles poznał czysty alkohol, który uzyskał przez gotowanie wysokoprocentowego wina. W Europie zaś czysty alkohol pojawił się w VIII w. n.e. [4,10].

## CZYNNIKI RYZYKA NADUŻYWANIA ALKOHOLU I ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH

Zjawisko nadużywania alkoholu i środków psychoaktywnych jest jednym z najtrudniejszych problemów dotyczących oceny ryzyka uzależnienia od powyższych substancji. Na podstawie licznych badań epidemiologicznych można stwierdzić, że nie ma jednoznacznej diagnozy do oceny ryzyka uzależnienia [5,11-16]. Na podstawie dostępnej literatury można stwierdzić, iż wśród osób spożywających tę samą ilość alkoholu czy innej substancji odurzającej, tylko u niektórych zaobserwowano rozwój pełnoobjawowego uzależnienia. W modelu procesów przeciwstawnych Salomona obecne są trzy kryteria odpowiedzialne za wzrost ryzyka uzależnienia od każdej substancji psychoaktywnej [5,17]:

- **uczucie przyjemności** (po zażyciu substancji psychoaktywnej pojawiają się przyjemne doznania)
- **wzrost tolerancji** (pojawia się potrzeba zwiększania dawki celem uzyskania efektu początkowego tzw. syndrom mocnej głowy)
- **zespół abstynencyjny** (pojawia się w momencie odstawienia substancji psychoaktywnej)

Model ten zakłada, iż podstawowym czynnikiem ryzyka uzależnienia jest osobnicza różnica w reakcji z substancjami psychoaktywnymi. Dla jednych substancje są źródłem pozytywnych doznań, natomiast odstawienie zmienia samopoczucie doprowadzając do

dyskomfortu. Pojawiająca się dysproporcja między odczuciami pozytywnymi a dyskomfortem spowodowanym odstawieniem substancji odurzającej napędza presję redukowania występującej różnicy. W taki oto sposób powstaje błędne koło rozwoju uzależnienia [5,17].

Brak niedostatecznej wiedzy na temat genezy uzależnień skupia zainteresowanie naukowców wokół innych aspektów mających wpływ na rozwój uzależnienia. Na podstawie literatury można wyodrębnić następujące koncepcje [17].

## Koncepcje biologiczne

Zakładają, że uzależnienie częściej rozwija się wśród potomków osób nadużywających substancji psychoaktywnych [5].

Na podstawie literatury można stwierdzić, iż uzależnienie jednego z rodziców podnosi trzykrotnie ryzyko rozwoju uzależnienia u któregoś z dzieci, niż w porównaniu z potomstwem rodziców nieuzależnionych. Jeżeli jednak oboje rodzice są uzależnieni to ryzyko jest nawet czterokrotnie wyższe. Powyższa koncepcja uzależnienia wyłania cztery hipotezy podejmujące próbę wyjaśnienia biologicznej predyspozycji jednostki do uzależnienia [5]:

- uzależnienie powstaje na skutek specyficznego neuroprzekaźnictwa, głównie dotyczy to szlaków dopaminergicznych i serotonergicznych mózgu u osób wysokiego ryzyka,
- zjawisko to może być efektem nietypowej przemiany biochemicznej w organizmie pod wpływem alkoholu,
- uzależnienie powiązane jest również z różnicami bioelektryczności mózgu u osób z grupy ryzyka,
- może powstawać w wyniku dziedziczenia genów lub zaburzeń genetycznych.

Na podstawie licznych badań epidemiologicznych można stwierdzić, iż neuroprzekaźniki mają istotne znaczenie w powstawaniu uzależnień [4]. Stwierdzono, że poziom serotoniny w mózgu koreluje z poziomem alkoholu. Jednorazowe użycie alkoholu doprowadza do wzrostu poziomu serotoniny w mózgu, zaś przewlekłe używanie tej substancji doprowadza do obniżenia jej poziomu w organizmie. Z niskim współczynnikiem tego neuroprzekaźnika związany jest rozwój depresji [4,5].

Spożywanie substancji odurzających może spowodować wzrost uwalniania innego neuroprzekaźnika, jakim jest dopamina. System dopaminergiczny odpowiedzialny jest za odczuwanie przyjemności, pamięci, uczenia się oraz regulację aktywności [5]. Niektórzy naukowcy twierdzą, że wzrost przekaźnictwa dopaminergicznego może być dość istotnym mechanizmem wzmacniającym, prowadzącym do powstania uzależnienia. Przewlekłe

używanie substancji odurzających powoduje większą wrażliwość receptorów, co skutkuje przewagą mechanizmów „nagradzających" nad „odrzucającymi" [4,5,18].

Na podstawie dostępnej literatury można stwierdzić, że ludzie bardzo indywidualnie reagują na spożywanie alkoholu i innych środków odurzających [5]. Niektórzy odczuwają przyjemność i odprężenie bezpośrednio po użyciu, zaś inni odczuwają dyskomfort. Inne reakcje na alkohol są wynikiem biochemicznej odmienności organizmów i wiążą się ze zróżnicowaniem enzymów biorących udział w spalaniu alkoholu. Zazwyczaj jest to dehydrogenaza alkoholowa (ALD) oraz dehydrogenaza aldehydowa (ALDH). U niektórych ludzi powyższe enzymy mają upośledzoną zdolność do rozkładania molekuł alkoholu w wątrobie. Proces ten powoduje wyższe i dłużej utrzymujące się stężenie alkoholu we krwi, wywołuje ciężką niedyspozycję i może zniechęcać do picia alkoholu [4]. Z kolei aktywna dehydrogenaza alkoholowa powoduje szybką przemianę alkoholu do aldehydu octowego, a w związku z tym euforyzujące działanie alkoholu jest krótkie. Dotyczy to głównie osób o wysokiej tolerancji alkoholu. Niestety zjawisko to nie zwiększa bezpieczeństwa picia, gdyż aby uzyskać pożądany efekt jednostka „prowokowana" jest to wypijania większej ilości alkoholu [4,5,19].

W badaniach epidemiologicznych przeprowadzonych w ostatnich latach zwrócono również uwagę na zaburzenia aktywności bioelektrycznej mózgu u osób wysokiego ryzyka uzależnienia, szczególną uwagę poświęcono nieprawidłowym zapisom fal alfa oraz zwrócono także uwagę na nietypową aktywność innych fal mózgowych [5,20]. Fale alfa pojawiają się w stanie relaksu, uspokojenia, zanikają zaś w sytuacji wzrostu czujności, koncentracji i aktywności jednostki. W jednej z postawionych hipotez przez naukowców jest mowa o tym, iż u osób będących pod wpływem alkoholu fale alfa utrzymują się znacznie dłużej. Stan taki jest niezmiernie pożądany przez człowieka [4]. Kolejna hipoteza zakłada, że oprócz fal alfa również pojawiać się mogą fale beta u tych osób pod wpływem alkoholu, a jeszcze inna wskazuje na wzrost aktywności dodatkowych fal mózgowych (fal P300). Zdaniem niektórych naukowców niska amplituda fal P300 jest uważana za marker ryzyka rozwinięcia się uzależnienia [4,5,20].

Do jednych z najpopularniejszych hipotez dotyczących ryzyka uzależnienia należy dziedziczenie skłonności z pokolenia na pokolenie [19]. Badania rodzinne potwierdzają przypuszczenie, iż czynniki genetyczne odgrywają istotna rolę. Stwierdzono, że wśród synów alkoholików dochodzi do mniejszych zaburzeń niż u synów ojców nienadużywających alkoholu, fakt ten może świadczyć o dziedziczeniu tolerancji na alkohol [4,21]. W ostatnich latach pojawiły się doniesienia odnośnie genów, które mogłyby być odpowiedzialne za predyspozycje do uzależnienia. Wyniki badań łączą występowanie uzależnienia z genami

zlokalizowanymi na różnych chromosomach oraz w chromosomie Y (4,6,7,11,13,16). Uzyskaną wiedzę próbuje się również wykorzystać w celach profilaktycznych [4,19,21,22].

Przedstawione hipotezy są dość wiarygodne, aczkolwiek nie wyjaśniono do końca dlaczego nie wszystkie dzieci alkoholików miały problem z alkoholem, jak również problem osób uzależnionych, których rodzice nie byli alkoholikami. W takim przypadku można stwierdzić, iż istotne mogą być powiązania z innymi koncepcjami, przedstawionymi poniżej [5].

## Koncepcje psychologiczne

Są ściśle związane z cechami osobowości, dotyczy to każdego, a więc również alkoholików i osób nadużywających środków psychoaktywnych. Istnieje kilka kierunków, które starają się wyjaśnić przyczyny rozwoju uzależnienia na podstawie czynników psychologicznych, wśród, których można wyróżnić [4,21]:

- **Hipoteza redukcji napięcia** - Na samym początku jednostka sięga po alkohol jedynie w celach towarzyskich, bez konkretnego powodu, oprócz tego który towarzyszy przyjętym zwyczajom. W sytuacji, gdy człowiek znajduje się pod dużą presją, kiedy przeżywa duży stres, szybko odkrywa, iż alkohol redukuje stres i poprawia nastrój, skojarzenie tego faktu w przyszłości skutkuje świadomym sięganiem po alkohol, w sytuacjach krytycznych [5]. Po pewnym czasie pojawiają się problemy spowodowane zbyt częstym odurzaniem się (poczucie winy, obniżenie własnej wartości, konflikty z otoczeniem). Takie odczucia stanowią dodatkowy czynnik stresogenny, wywołują silniejszą potrzebę poprawy nastroju. Odurzanie staje się zjawiskiem powtarzającym się coraz częściej i prowadzi do autodestrukcji. Ostatnim stadium jest picie dla zminimalizowania wcześniejszych efektów odurzania się, dla wyrównania nastroju [4,5,21].
- **Zaburzenia osobowości** - Na podstawie literatury można wymienić [5]: antysocjalne zaburzenia osobowości, skłonności depresyjne, osobowość typu borderline (osobowość chwiejna emocjonalnie) oraz zaburzoną strukturę osobowości. Jednostki z zaburzeniem osobowości najczęściej charakteryzują się:
  - impulsywnością,
  - trudnościami w kontrolowaniu własnych emocji,
  - negowaniem autorytetów,
  - często dochodzi u nich do łamania norm społecznych,
  - przejawiają agresywność.

- **Problemy własnej tożsamości** - naukowcy w teoriach osobowościowych starają się wyjaśniać zależność miedzy posiadanymi cechami osobowości a powstawaniem uzależnienia. Na podstawie licznych badań epidemiologicznych następujące cechy predysponują do sięgania po środki odurzające [4,21]:
  - słabość, a zatem negatywny obraz samego siebie, słaba identyfikacja z płcią, niedojrzałość emocjonalna, wrogość, impulsywność
  - neurotyczność, wysokie natężenie lęku, lęk przed śmiercią, skłonność wpadania w depresję, zachowania histeryczne
  - zwiększona wrażliwość na bodźce, tendencja do intensyfikacji wrażeń i nasilania działania bodźców w celu spotęgowania stymulacji
  - „zależność od pola" zależność interdyscyplinarna i emocjonalna
- **Skłonności autodestrukcyjne** - na podstawie literatury można wyjaśnić genezę uzależnienia poprzez różne teorie psychologiczne [4]. Zdaniem psychoanalityków uzależnienie może być uwarunkowane podświadomą tendencją do samozniszczenia. Można wyodrębnić dwa kierunki postrzegania uzależnienia: pierwszy zakłada, że picie lub narkotyzowanie się destrukcyjne jest wynikiem dojścia do głosu potężnego instynktu, który jest instynktem śmierci. Może być skierowany na zewnątrz lub bezpośrednio na jednostkę. Skierowanie instynktu śmierci na siebie jest wynikiem posiadania zbyt silnego i karzącego superego, przy jednoczesnym słabym ego [5]. Zachowanie samozniszczenia ujawnia się w postaci form samokarania się, np. przez zniszczenie własnego życia nadużywaniem środków psychoaktywnych.

Drugi kierunek szukania przyczyny uzależniania się związane jest z utratą poczucia sensu życia. Substancje odurzające mają jedynie za zadanie zneutralizować świadomość braku celów, cierpienie, wypełnić poczucie pustki, znieczulić [4,5].

## Koncepcje społeczno-kulturowe

Rozpowszechnienie problemu uzależnienia ma ścisły związek z obyczajowością i postawami społecznymi wobec nadużywania alkoholu i środków psychoaktywnych. Badania wskazują, iż niezmiernie istotnym wskaźnikiem rozwoju uzależnienia jest wpływ środowiska rodzinnego [21].

W rodzinach dysfunkcyjnych zaniedbywane są potrzeby dziecka, co prowadzi do zachwiania poczucia bezpieczeństwa, niskiej samooceny [21].

Sięganiu po środki psychoaktywne może towarzyszyć niska samoocena ukształtowana poprzez doznanie różnego rodzaju przemocy, nadużyć, zaniedbań, lęków społecznych, poczucia winy, wywołanej niemożnością sprostania postawionym wymaganiom [21].

Osoby nieśmiałe, mające trudności w nawiązaniu kontaktu z drugim człowiekiem często sięgają po środki odurzające, aby dodać sobie pewności siebie, odwagi. Rodzina odgrywa bardzo istotną rolę w kształtowaniu osobowości młodego człowieka [21].

W piśmiennictwie fachowym wyróżnia się takie rodziny, które sprzyjają rozwojowi uzależnieni. Stawiają one jedynie na konsumpcyjny styl życia, nie przekazując prawidłowej hierarchii wartości, rodziny, w których praca zawodowa zdominowała wszystkie aspekty życia codziennego i uniemożliwia rozwój prawidłowych relacji i zaspakajanie potrzeby bycia z drugim człowiekiem [5,20].

Są to również rodziny, w których rodzice prezentują postawy nadopiekuńcze, zaburzając równowagę w hierarchii potrzeb dziecka [21,23].

Na podstawie literatury można stwierdzić, że alkoholicy pochodzą najczęściej z rodzin, gdzie przynajmniej jedno z rodziców miało problem z alkoholem [23].

W rozwoju uzależnienia równie istotną rolę odgrywa reklama. Media chcąc zareklamować dany produkt skupiają się jedynie na tym, by w jak najlepszym świetle przedstawić jedynie walory. Działa to na zasadzie perswazji, wzbudzając zainteresowanie i ciekawość młodych ludzi. Badania wykazują, iż młodzi ludzie przyjmują styl zachowań dokładnie taki, jaki prezentuje ich grupa rówieśnicza. Picie alkoholu obserwuje się w niemal każdej grupie kulturowej, tak więc młodym ludziom może się wydawać, iż jest to nieodłączny element komunikacji w obrębie grup i subkultur młodzieżowych [4,5,20,23].

## KRYTERIA ROZPOZNAWANIA UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU I ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „*uzależnienie to psychiczny i fizyczny stan wynikający z interakcji między żywym organizmem a substancją chemiczną (do których należą: alkohol, narkotyki, nikotyna, leki), charakteryzujący się zmianami i innymi reakcjami takimi, jak: konieczność przyjmowania danej substancji w sposób ciągły lub okresowy, w celu doświadczania jej wpływu na psychikę lub by uniknąć objawów towarzyszących brakowi substancji*” [4].

Na podstawie literatury można stwierdzić, że uzależnienie nie pojawia się od razu po pierwszym kontakcie ze środkiem odurzającym, choć jego rozwój jest uwarunkowany pewnymi predyspozycjami osobniczymi.

Uzależnienie to proces, który obejmuje cztery fazy [4,11].

- **Eksperymenty**- w tej fazie dominuje głównie ciekawość, kontakt z substancją następuje w czasie wakacji, na imprezie, w grupie, w której chcą zdobyć akceptację. Część ludzi po zaspokojeniu ciekawości już nigdy nie sięga po środki odurzające, ale i są tacy u których pojawia się pokusa do kolejnego skorzystania z okazji [11].
- **Używanie towarzyskie**- w tym etapie człowiek zaczyna kojarzyć swój dobry nastrój z narkotykiem. W sytuacji, kiedy czuje się spięty, brak pewności siebie i trudności w nawiązaniu kontaktu z grupą powodują nieodpartą chęć zażycia narkotyku, który rozwiąże wszystkie problemy [11].
- **Nadużywanie ( regularne zażywanie)** - substancja psychoaktywna zaczyna być używana po to, żeby łatwiej poradzić sobie z problemami, choć na chwilę o nich zapomnieć. Skracają się okresy abstynencji, a na zakup kolejnej dawki potrzeba coraz więcej pieniędzy. Przy braku odpowiedniej ilości środków zaczynają się kradzieże, długi, handel narkotykami. Osoba nadużywająca substancji próbuje przekonać siebie i innych, że panuje nad sytuacją i że może przestać kiedy tylko zechce [11].
- **Uzależnienie (ciągłe zażywanie)** - na tym etapie jednostka odczuwa konieczność zażywania narkotyku, nawet gdy widoczne są już negatywne skutki w życiu i zdrowiu. Stan odurzenia trwa przez cały czas i zażywane są coraz mocniejsze środki. Skutkuje to rozwojem uzależnienia fizycznego, a po odstawieniu narkotyków pojawiają się objawy abstynencji. W tej fazie człowiek traci kontrole nie tylko nad narkotykami, ale i nad swoim życiem [11].

Według klasyfikacji DSM-IV, rozpoznanie uzależnienia od substancji psychoaktywnych, opiera się na występowaniu co najmniej trzech, z siedmiu, niżej wymienionych objawów podstawowych w ciągu 12 miesięcy [5,11]:

- tolerancja rozumiana jako:
  - zapotrzebowanie na znacznie większe niż wcześniej dawki substancji, konieczne do osiągnięcia stanu intoksykacji lub pożądanego efektu,
  - znacznie osłabiony rezultat działania dotychczas przyjmowanej dawki substancji;
- objawy odstawienne charakteryzujące się

  - zespołem odstawiennym, charakterystycznym dla danej substancji,
  - przyjmowaniem tej samej (bądź też innej) substancji w celu złagodzenia objawów odstawiennych lub ich uniknięcia;
- przyjmowanie substancji w dawkach większych niż zamierzone lub przez czas dłuższy niż planowany;
- uporczywe pragnienie używania substancji lub nieudane próby jego ograniczenia czy kontrolowania;
- poświęcanie dużej ilości czasu na działania zmierzające do zdobycia substancji, do jej używania (np. wspólne palenie) lub uwolnienia się od jej działania;
- zaprzestanie lub ograniczenie istotnej aktywności społecznej, zawodowej lub wypoczynkowej ze względu na używanie substancji;
- kontynuowanie używania substancji mimo świadomości, że doświadczane – trwałe lub nawracające – dolegliwości somatyczne bądź psychiczne zostały prawdopodobnie spowodowane lub nasilone przez tę substancję [5,11].

Podobne kryteria rozpoznania uzależnienia znajdują się w kluczu diagnostycznym (ICD-10 ) opracowanym przez Światową Organizację Zdrowia WHO. Poniższe kryteria skupiają się na problemie utraty kontroli nad piciem oraz dowodzą, że wzrost organicznej tolerancji na alkohol nie jest warunkiem niezbędnym do rozpoznania uzależnienia. Podstawą rozpoznania uzależnienia wg ICD-10 jest wystąpienie w ciągu jednego roku trzech, z sześciu, objawów [17,21]:

- głód alkoholu, picie kompulsywne;
- problemy z kontrolowaniem zachowań związanych z piciem, m.in.;
  - rozpoczęcia picia
  - długości trwania picia
  - ilości wypijanego alkoholu
- zespół abstynencyjny występujący po przerwaniu picia lub zmniejszeniu dawki alkoholu przejawiający się na dwa sposoby;
  - klasyczne objawy odstawienia
  - picie alkoholu lub substancji o podobnym działaniu, aby złagodzić objawy odstawienia.
- tolerancja alkoholu przejawiająca się zwiększaniem dawek (aż do zagrożenia życia) do wywołania takiego samego efektu, do którego wystarczyły niegdyś mniejsze dawki;

- zaniedbywanie, wynikające z picia, alternatywnych przyjemności i zainteresowań, poświęcanie coraz większej ilości czasu na zdobycie alkoholu lub powrót do równowagi po piciu;
- picie alkoholu mimo posiadania wiedzy o szkodliwości dla zdrowia fizycznego i psychicznego.

Na podstawie literatury można stwierdzić, iż uzależnienie objawia się w dość konkretny sposób, to jednak schematy zachowań nałogowych wykazują pewne zróżnicowanie. W literaturze znanych jest wiele rodzajów typologii alkoholizmu. Lecz najbardziej znaną jest typologia alkoholizmu autorstwa Jelinka. Autorzy wyodrębnił pięć typów alkoholizmu, uwzględniając specyfikę kulturową [5,17,21,24,25] :

- **Alkoholizm typu Alfa** - jest to uzależnienie od alkoholu opierające się wyłącznie na czynnikach psychologicznych. Dotyczy głównie osób o niskiej tolerancji na frustrację lub braku zdolności radzenia sobie z napięciem i stresem. Alkohol jest im niezbędny po to, aby dodać sobie odwagi, odseparować się od rzeczywistości, uśmierzyć cierpienia fizyczne lub
- psychiczne. Piją zbyt wiele i w nieodpowiednich okolicznościach, co staje się powodem
- poważnych kłopotów życiowych [5,16].
- **Alkoholizm typu Beta-** jest to całkowite przeciwieństwo alkoholizmu typu alfa. Alkohol jest konsumowany nieregularnie, ale za to w dużych ilościach i przy jednoczesnym niedożywieniu. W związku z tym problemy zdrowotne pojawiają się bardzo szybko (marskość wątroby, zapalenie błony śluzowej żołądka i przełyku, uszkodzenie trzustki). Potrzeba picia ma podłoże psychologiczne i może prowadzić do uzależnienia fizycznego [5,16].
- **Alkoholizm typu Gamma-** jest to pełnoobjawowe uzależnienie fizyczne i psychiczne, które odzwierciedla się w utracie kontroli nad piciem, wzrostem tolerancji na alkohol, zespołem abstynencyjnym i głodem picia. Alkohol przyjmowany jest w coraz większych dawkach, może powodować miedzy innymi zmiany metaboliczne w organizmie, jak i zmiany osobowościowe osoby pijącej [5,16].
- **Alkoholizm typu Delta-** typ ten charakteryzuje się systematyką picia, ale przy umiejętności kontrolowania ilości wypijanego alkoholu. Występuje zależność fizyczna i psychiczna, zespół abstynencyjny i nieudane próby zaniechania picia. Takie zachowanie prowadzi wcześniej czy później do poważnych następstw zdrowotnych [5,16].

- **Alkoholizm typu Epsilon-** charakteryzuje się występowaniem ciągów alkoholowych. Dłuższe lub krótsze okresy abstynencji przerywane są kilkudniowymi nawrotami pijaństwa. Pretekstem do picia są wszelkiego rodzaju imprezy i uroczystości rodzinne [5,16].

## SKUTKI NADUŻYWANIA ALKOHOLU I ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH

Na podstawie literatury można stwierdzić, że osoba uzależniona od alkoholu lub środków psychoaktywnych może doświadczać wielu niekorzystnych konsekwencji ich używania, takich jak problemy zdrowotne, przemoc czy wypadki [9,26].

Na podstawie literatury wykazano, że powszechnym skutkiem nadużywania alkoholu jest pojawienie się stanów zapalnych różnych narządów, np. zapalenie jamy ustnej, przełyku, żołądka, dwunastnicy, wątroby, trzustki, nerwów czuciowych, dróg moczowych [27].

Przewlekłe stany zapalne mogą prowadzić w konsekwencji do całkowitego wyłączenia funkcji poszczególnych narządów. Podrażniona wątroba reaguje początkowo otłuszczeniem, następnie zapaleniem, zwłóknieniem i marskością. U osób nadużywających alkohol odnotowano dziesięciokrotnie częstsze zachorowania na nowotwory przełyku, krtani, tchawicy [5,9,26,27,28].

Najpoważniejsze zmiany dotyczą mózgu. Uszkodzenie struktur mózgowych może prowadzić do ciężkich zaburzeń psychicznych. Do najpoważniejszych i najczęściej wymienianych objawów można zaliczyć delirium tremens - majaczenie alkoholowe. Ujawnia się jako urojenia dotykowe, zapachowe, manii prześladowczych. Powyższe objawy mogą pojawiać się po upływie 72 godzin po zaprzestaniu picia [5]. Takim stanom może towarzyszyć także wysoka gorączka i zaburzenia elektrolitowe. Innym równie częstym powikłaniem jest ostra halucynoza alkoholowa lub przewlekła halucynoza alkoholowa, ujawniająca się bardzo nagle, przybierając postać manii prześladowczych lub urojeń autodestruktywnych. Może się także pojawić zespół Otella charakteryzujący się patologiczną zazdrością i podejrzliwością w stosunku do partnera życiowego, konsekwencją największego wyniszczenia mózgu wynikającego z długotrwałego picia wymienić można, np. zespół Korsakowa oraz zespół encefaliczny Wernickiego [4,5,29].

Z dostępnej literatury wynika, iż umiarkowane picie alkoholu zmniejsza ryzyko wystąpienia choroby wieńcowej [4].

Jednak przeważają doniesienia o szkodliwym działaniu przewlekłego picia alkoholu na układ krążenia, w wyniku czego może dojść do następujących zaburzeń: nadciśnienie tętnicze,

kardiomiopatię (zmiany zwyrodnieniowe włókien mięśnia sercowego, stłuszczenie i powiększenie serca, znaczne osłabienie siły skurczu mięśnia sercowego), zaburzenia rytmu [4].

Na postawie dostępnej literatury można stwierdzić, iż nadmierne spożywanie alkoholu ma negatywny wpływ na funkcjonowanie układu odpornościowego; zmniejsza liczbę białych krwinek, co prowadzi do spadku odporności organizmu [30]. Konsekwencją jest wzrost ryzyka zakażenia się wirusem HIV poprzez bezpośredni kontakt z osobą chorą. Natomiast u osób zakażonych, w wyniku spadku odporności, może dojść do zaostrzenia przebiegu choroby [4,30].

Na podstawie literatury, oprócz konsekwencji zdrowotnych nadużywania alkoholu, można również stwierdzić negatywne oddziaływania społeczne. Obejmują najczęściej najistotniejsze sfery życia człowieka, do których należy [31]:

- **sfera osobista** (rozpad bliskich więzi, obniżenie się standardu życia, utrata przyjaciół, możliwości realizacji celów życiowych, wzrost agresywności, wzrost ubóstwa, izolacja społeczna),
- **sfera zawodowa** (utrata wiarygodności, obniżenie kompetencji zawodowych, ryzyko utraty pracy, brak możliwości na awans, zmiana warunków pracy)
- **sfera prawna** (naruszenie prawa, problemy z policją)

Alkohol jest także przyczyną wielu problemów prawnych. Ponad jedna czwarta przestępstw ma związek z alkoholem. Przestępstwa o najwyższej karalności np. zabójstwa, zgwałcenia popełniane są w większości przez osoby nietrzeźwe. Do przestępstw karalnych zaliczyć również można jazdę pojazdami mechanicznymi pod wpływem alkoholu. Wyniki badań wskazują, że nawet niewielki poziom alkoholu we krwi upośledza koncentrację i zdolność do prowadzenia pojazdów, zwiększając ryzyko wypadków [31,32,33].

## SKUTKI NADUŻYWANIA ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH

Najbardziej negatywnym skutkiem używania narkotyków może być rozwój uzależnienia od środków psychoaktywnych. Jest to taki stan, kiedy człowiek musi przyjmować substancję, gdyż tylko dzięki niej jest w stanie funkcjonować i dobrze się czuć [34].

Każde uzależnienie przebiega nieco inaczej, a zaburzenia wywołane nadużywaniem tych substancji można podzielić na takie, które powstają w czasie zażywania narkotyku lub które powstają w momencie jego odstawienia [34].

## Opiaty

Substancje z grupy opium wywołują zmiany w postaci oszołomienia, zadowolenia, czy nawet wręcz euforii. Znika poczucie winy, niepokoju, minimalizuje się napięcie. Ludzie zażywający narkotyki doznają złudzenia rzeczywistości wolnej od trosk i zmartwień. Do objawów somatycznych zaliczyć można: zwężenie źrenic, brak lub słaba ich reakcja na światło, spowolnienie psychoruchowe, hipotermia, osłabienie odruchu wykrztuśnego, spadek RR, bradykardia, wysychanie błon śluzowych, bladość skóry, zaparcia [35].

Przewlekłe stosowanie opiatów może pociągać za sobą następujące skutki zdrowotne: uszkodzeniem narządów miąższowych, zaburzenia hormonalne układu odpornościowego, wyniszczenie, zmiany zapalne skóry, zakażenia, urazy, zaburzenia seksualne, wczesna umieralność [36].

Zespół abstynencji (odstawienia) może wywoływać: wzrost RR, przyspieszenie tętna, wymioty, bezsenność, drżenia mięśniowe, nudności i bóle brzucha, jadłowstręt, światłowstręt, niepokoje, głód narkotyczny.

Przedawkowanie opium może skutkować śpiączką lub śmiercią w wyniku niewydolności krążeniowo- oddechowej [35,36,37].

## Kanabinole

Do tej grupy narkotyków można zaliczyć przetwory konopi indyjskich (marihuanę, haszysz). Skutki zażywania narkotyku są różne, gdyż w dużej mierze zależą od charakterystyki użytkowników. Objawy zażywania konopi indyjskich zgłaszane przez pacjentów, to: omamy, halucynacje, gonitwa myśli, niepewność, lęk, niepokój, bezsenność. Substancja ta ma również swoje odzwierciedlenie wpływając negatywnie na zdrowie somatyczne. Na podstawie badań klinicznych do istotniejszych objawów można zaliczyć: tachykardię, wzrost RR, suchość błon śluzowych (wzmożone pragnienie), wzrost temperatury ciała , przekrwione śluzówki [7].

Trudno jednoznacznie określić skutki przewlekłego stosowania tej używki. Wiąże się to z tym, iż użytkownicy marihuany często nadużywają również innych substancji psychoaktywnych. Na podstawie badań można wyróżnić następujące objawy: zaburzenia snu, pamięci, percepcji, apatia, wychudzenie, przewlekłe zapalenie krtani i oskrzeli, psychozy intoksykacyjne [36].

Osoby uzależnione, które nie dostarczają organizmowi odpowiedniej dawki narkotyku są pod wpływem działania zespołu abstynencji, który charakteryzuje się pojawieniem się lęku. Dochodzi również do zaburzenia snu, osoby takie są bardzo drażliwe, mają zmniejszone

łaknienie, obficie się pocą. Obecne są liczne dolegliwości gastryczne i głód narkotykowy [7,36].

### Związki halucynogenne i psychostymulujace

Substancje halucynogenne mają zdolność wywoływania złudzeń w odbieraniu wrażeń zmysłowych, głównie wzrokowych i słuchowych, często mogą się łączyć z objawami depersonalizacji, po zażyciu kokainy i amfetaminy. Wymienione środki przedłużają okres czuwania, przyspieszają procesy myślenia i mowy [35].

Objawy zgłaszane przez osoby nadużywające powyższych substancji mogą być następujące: euforia, omamy, zaburzenia percepcji, lęk, zaburzenia pamięci i wnioskowania, urojenia mistyczne i religijne [37].

Objawy somatyczne, jakie można zaobserwować u zwolenników substancji psychoaktywnych to: szerokie źrenice, wzrost RR, tachykardia, ślinotok, nudności, śpiączka, drgawki, krwotoki w obrębie OUN.

Przewlekłe zażywanie powyższych substancji może skutkować apatią, zmianą osobowości, wahaniem nastroju i tendencjami samobójczymi. Wraz ze zmniejszeniem efektu działania narkotyku szybko rozwija się zależność psychiczna oraz wzrasta tolerancja organizmu na daną substancję. Wiąże się to z przyjmowaniem coraz to większych dawek. W sytuacji, kiedy nie jest utrzymywany odpowiedni poziom wysycenia organizmu narkotykiem pojawią się objawy zespołu odstawienia. Charakteryzuje się zaburzeniami depresyjnymi, zespołem urojeniowym (pseudoschizofrenicznym), „odbłyskami” [34-37].

## METODY LECZENIA UZALEŻNIEŃ

Leczenie osób uzależnionych to proces, w którym ogromną rolę spełnia kompleksowość działań psychologiczno- medycznych, jak również oddziaływania społeczne, których zasięg wynika z oceny osobowości i czynników środowiska. Dzięki ocenie osobowości człowieka i motywacji do walki z uzależnieniem, można ustalić realne cele i sposób realizacji leczenia [38].

W sytuacji rozpoznania problemu i podjęciu decyzji o zmianie dalsze losy jednostki mogą przebiegać w następujący sposób.

Człowiek świadomy własnego problemu może podjąć decyzję o zaprzestaniu lub ograniczeniu picia alkoholu bez niczyjej pomocy. Jest to sytuacja występująca dość często i nosi miano „samorzutnej remisji”.

Jedną z metod leczenia jest włączenie człowieka do grup samopomocy [4] jest Ruch AA – anonimowych alkoholików, jak i inne grupy wsparcia są znaczącym elementem leczenia zaburzeń związanych z nadużywaniem środków psychoaktywnych. Członkowie takich grup pełnią funkcję terapeutyczną choć pod żadnym względem nie są profesjonalistami w danej dziedzinie. Osoby należące do grupy łączy wspólny problem, z który wspólnie starają się poradzić. Grupa AA jest najstarszą grupą samopomocową i stała się wzorem dla rozwoju grup samopomocowych zajmujących się leczeniem innych problemów [4].

Pierwszą grupę AA założyli dwaj alkoholicy Bob i Billi w 1935 roku w USA. Z ruchu tego wywodzą się inne grupy, między innymi Alateen i Alanon. Pierwszy za swój cel uważa niesienie pomocy nastolatkom, których rodzic jest alkoholikiem. Alanon niesie pomoc współmałżonkom, a także innym bliskim alkoholika. Główną tezą programu AA jest wyleczenie z nałogu poprzez stosowanie się do „Dwunastu Kroków" oraz uczestniczenie w spotkaniach i zajęciach grupy. Terapeutyczny sukces powyższego programu wynika z faktu, iż egzekwuje u alkoholika działanie, zmusza go do uczciwej i realnej samooceny oraz zmiany w zachowaniu w stosunku do innych [4,39].

## LECZENIE SPECJALISTYCZNE

Bardzo ważną sprawą wpływającą na skuteczność terapii, jest dostosowanie rodzaju terapii do właściwości pacjenta. Istotne jest to, gdyż mimo tego, że wszyscy pacjenci przychodzą z tym samym problemem, to jednak znacznie się między sobą różnią. Indywidualny charakter programu terapeutycznego określany jest na podstawie cech demograficznych takich, jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, intensywność i częstotliwość picia. Na podstawie tych cech do każdego pacjenta dobierana jest terapia oraz podejmowana jest decyzja o charakterze preferowanej terapii, celem osiągnięcia jak najlepszych efektów. Dotyczy to zarówno miejsca, jak i specyfiki leczenia, które może się odbywać w szpitalu, miejscu pośrednim oraz poradni. Częścią składową programów terapeutycznych realizowanych w przychodni lub szpitalu może być w danym zakresie opieka medyczna i farmakoterapia [4,39].

### Grupy leków stosowanych w zespole zależności alkoholowej (ZZA) [4,39,40]:

- **Disulfiram** - lek ten podawano w tzw. terapii leczenia uczulającego. Lek powodował objawy zatrucia aldehydem octowym (zaczerwienienie twarzy, uczucie duszności, rozpieranie w klatce piersiowej, przyspieszenie akcji serca, uczucie niepokoju, lek przed śmiercią). Głównym celem terapii była zmiana stosunku pacjenta do alkoholu.

- **Akamprozat i Naltrekson** - jest to grupa leków zmniejszających nagradzające działanie alkoholu, zmniejszają głód alkoholu, pomagają zwiększyć liczbę dni abstynencji.

Ciągły rozwój badań nad uzależnieniem niewątpliwie pozwala na większą indywidualizację terapii ZZA. Jednak dostępne metody leczenia farmakologicznego są niewystarczające i dlatego nie mogą zastąpić metod psychoterapeutycznych.

Narkomania to jeden z największych problemów społecznych, którego przyczyną jest m.in. pęd cywilizacyjny. Naturą człowieka jest ciekawość i chęć odkrywania, tego, co nowe. W rezultacie powszechnym zjawiskiem stał się fakt obniżenia wieku inicjacji narkotykowej. Osoby trwale uzależnione, które podjęły decyzje o rozpoczęciu leczenia, muszą przebywać w ośrodkach terapeutycznych. Nadrzędnym celem pobytu jest nauczenie tych osób umiejętności funkcjonowania bez narkotyków. Jest to początek drogi jaką muszą pokonać, uczą się na nowo jak radzić sobie z problemami dnia codziennego [1,3].

Społeczność terapeutyczna ma za zadanie dostarczać wsparcia emocjonalnego osobom uzależnionym, którzy starają się odbudować więzi zerwane podczas kolejnych faz wchodzenia w uzależnienie. Terapia ma służyć przywróceniu wiary w siebie i pozytywnej samooceny. Skuteczność terapii polega na tym, że już „podleczony" narkoman po powrocie z ośrodka potrafi odnaleźć się w środowisku bliskich, których zawiódł, a jednocześnie radzi sobie z problemami nie sięgając po narkotyki. Z punktu widzenia korzyści dla społeczeństwa najważniejsze jest, aby zapobiegać takim patologiom. Dlatego też edukacja antynarkotykowa powinna być obecna już w szkołach podstawowych, by jak najwcześniej uświadamiać młodzież [1].

Systematyczne przyjmowanie narkotyków prowadzi do rozwinięcia się tolerancji na daną substancję, przez co należy rozumieć przymus zwiększania dawek w celu uzyskania początkowego efektu. W ten sposób dochodzi do uzależnienia psychicznego i fizycznego, objawiającego się zespołem abstynencyjnym. Przyjmowanie dużych dawek środków psychoaktywnych prowadzi początkowo do zaburzeń w funkcjonowaniu poszczególnych układów, prowadząc do stopniowego pogorszenia stanu zdrowia, aż do zejścia śmiertelnego [3,7].

Ostre zatrucia narkotykowe wymagają leczenia farmakologicznego. W przypadku przedawkowania takich narkotyków, jak: amfetamina, konopie indyjskie i kokaina, leczenie jest objawowe wg zasad intensywnej terapii zachowawczej. Inne postępowanie wdraża się w przypadku przedawkowania morfiny i heroiny. W leczeniu objawów abstynencyjnych

powyższych substancji podaje się specyficzną odtrutkę – nalokson, którego mechanizm działania opiera się na antagonizmie w stosunku do receptorów opiatowych w OUN [2,37].

## PIŚMIENNICTWO


1. Knapik W.: Uzależnienia jako problem cywilizacyjny XXI wieku. Kraków, Uniwersytet Rolniczy im. Hugona Kołłątaja w Krakowie, 2010.
2. Wiese M., Kruszewska S., Fabicka B.: Obraz kliniczny i leczenie zatruć wybranymi narkotykami. Nowa Klinika 2000; 7(11/12): 1159-1163.
3. Woronowicz B.T.: Geneza, terapia, powrót do zdrowia. Warszawa, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, 2009.
4. Woronowicz B.T.: Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu. Warszawa, Wydawnictwo Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2001.
5. Pospiszyk I.: Patologie społeczne. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2008.
6. Marcinkowski J.T., Jabłoński P.: Zarys historii terapii uzależnień w Polsce a współczesny system pomocy osobom uzależnionym. Serwis Informacyjny Narkomania, 2008; 44(50), https://www.narkomania.org.pl/czytelnia/zarys-historii-terapii-uzaleznien-w-polsce-a-wspolczesny-system-pomocy-osobom-uzaleznionym/ (data dostępu 15.06.2020).
7. Dąbrowska K., Miturska E., Moskalewicz J., Wieczorek Ł.: Konsekwencje używania i nadużywania marihuany w świetle współczesnej wiedzy. Alkoholizm i Narkomania 2012; 25(2): 167-186.
8. Zajączkowski M., Zajączkowski S., Grzybiak M.: Amfetamina – Lek czy narkotyk? Annales Academiae Medicae Gedanensis 2001; 41: 109-114.
9. Tesson M., Degenhardt L., Hall W.: Uzależnienia. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2005.
10. Durda R.: Alkohol a zdrowie. Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 2000.
11. Borzucka- Sitkiewicz K., Sas- Nowosielski K.: Stosowanie substancji psychoaktywnych przez młodzież szkół śląskich - zasięg, skutki i przeciwdziałani. Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls", 2007.
12. Stepień E.: Psychospołeczne korelaty używania narkotyków wśród młodzieży. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2004.
13. Kuntz H.: Narkotyki i uzależnienia. Wszystko o czym należy wiedzieć. Warszawa, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, 2009.

14. Fornal R., Cistak P., Ciota M., Dworzański T., Błaszczyk R.: Nadużywanie alkoholu- problem medyczny, psychologiczny i społeczny. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłądowska, Lublin- Polonia 2004; 59(Suppl. 14): 111.
15. Włoch K.: Rola lekarza w rozpoznawaniu przyczyn i okoliczności nadużywania alkoholu przez pacjentów poradni ogólnych Wiejskich Ośrodków Zdrowia. Wiadomości Lekarskie 2005; 58: 9-10.
16. Zimakowska M.: O studentach i alkoholu. Terapia uzależnienia i współuzależnienia 2003; 2: 1-4.
17. Cierpiałowska L.: Alkoholizm. Przyczyny. Leczenie- Profilaktyka. Poznań, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, 2000.
18. Ślósarska M.: Od genów do geografii: wyznaczanie kierunków rozwoju badań nad alkoholizmem. Alkohol i Nauka 2001; 12: 1-6.
19. Woźny E.: Alkohol. Zagrożenia spowodowane nadużywaniem alkoholu. Żywienie człowieka i metabolizm 2010; 37(2): 115-127.
20. Lewicka M.: Picie alkoholu przez młodzież: czynniki ryzyka i konsekwencje. Alkohol i Nauka 1999; 3: 1-8.
21. Kościan A.: Przyczyny i przejawy uzależnienia od alkoholu. Kwartalnik Naukowy Towarzystwa Uniwersyteckiego Fides Et Ratio, 2011; 8(4): 5-13.
22. Nowosielska A.: Genetyka uzależnienia od alkoholu. Alkohol i Nauka 2004; 60, http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/914-genetyka-uzaleznienia-od-alkoholu.html, (data dostępu 15.06.2020).
23. Prajsner B.: Alkohol a młodzi Europejczycy na progu XXI wieku. Alkohol i nauka 2001; 14, http://ipz.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/247-alkohol-a-mlodzi-europejczycy-u-progu-xxi-wieku.html, (data dostępu 15.06.2020).
24. Ślósarska M.: Kryteria rozpoznawania nadużywania alkoholu i uzależnienie od alkoholu. Alkohol i Nauka 2000; http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/281 - kryteria-rozpoznawania-naduzywania-alkoholu-i-uzaleznienia-od-alkoholu.html (data dostępu 15.06.2020).
25. Waszkiewicz N., Szulc A.: Diagnoza nadużywania alkoholu. Przegląd Lekarski, 2009; 66: 529-533.
26. Nowosielska A.: Alkohol a wątroba. Alkohol i Nauka 2005; 64, http://www.psychologia. edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/958-alkohol-a-watroba.html, (data dostępu 15.06. 2020).

27. Piątosa B.: Alkohol i wątroba: aktualności w dziedzinie badań. Alkohol i Nauka 2000; 6, http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/280-alkohol-i-watroba-aktualnosci-w-dziedzinie-badan.html (data dostępu 15.06.2020).
28. Kotlicka J.: Alkohol a nowotwory. Alkohol i Nauka 2000; 5, http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/278-alkohol-a-nowotwory.html, (data dostępu 15.06.2020).
29. Nowosielska A.: Szkodliwy wpływ alkoholu na mózg. Alkohol i Nauka 2004; 63, http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/915-szkodliwy-wplyw-alkoholu-na-mozg.html, (data dostępu 15.06.2020).
30. Tobaczyńska A.: Alkohol i AIDS. Alkohol i Nauka 2000; 8, http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/270-alkohol-i-aids.html, (data dostępu 15.06.2020).
31. Stawicka E.: Nadużywanie substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież. Postępy Nauk Medycznych 2006; 19(6): 333-340.
32. Fronczyk K., Sacewicz M.: Alkohol, przemoc i agresja. Alkohol i Nauka 1999; 1, http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/251-alkohol-przemoc-i-agresja.html, (data dostępu 15.06.2020).
33. Ślósarska M.: Alkohol a bezpieczeństwo transportu. Alkohol i Nauka 2001; 13, http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/269-alkohol-a-bezpieczenstwo -transportu.html, (data dostępu 15.06.2020).
34. Udziałło J.: Zaburzenia psychiczne u młodzieży przyjmujących środki psychoaktywne. Biuletyn Informacyjny Problemy Narkomanii 2005; 3: 11-17.
35. Juczyński Z.: Narkomania. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2008.
36. Borowiak K., Machoy-Mokrzyńska A.: Problemy narkomanii w praktyce lekarza rodzinnego. Lekarz Rodzinny 2004; 2(9): 588-594.
37. Kozubski W.: Narkotyczne środki uzależniające i ich wpływ na układ nerwowy. Przewodnik Lekarza 2002; 5(7): 8-12.
38. Bętkowska- Korpała B., Gierowski J.K., Rymiak J., Kasprzak J., Nolbrzak- Drozd J., Stanowicz A.: Profile osobowości w modelu Wielkiej Piątki u osób uzależnionych od alkoholu rozpoczynających leczenie. Alkohol i Narkomania 2012; 25(2): 151-165.
39. Szczepkowski J., Grodzi L., Augustyńska B.: Uzależnienie od alkoholu- diagnoza i terapia
40. (wybrane zagadnienia) .Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera; Bydgoszcz 2007: 17-29.
41. Samochowiec J., Kucharska- Mazur J., Samochowiec A.: Uzależnienie od alkoholu: od neurobiologa do nowoczesnej terapii. Alkoholizm i Narkomania 2011; 24(2): 117-123.

# Analiza zachowań ryzykownych młodzieży

## Aneta Skrodzka[1], Krystyna Kowalczuk[2]

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

## WPROWADZENIE

Obserwacja współczesnej rzeczywistości i zachowań młodych ludzi prowadzi do stwierdzenia, iż wśród wielu zachowań i związanych z nimi postaw można dostrzec szereg zachowań, określanych mianem ryzykownych. W związku z tym również konieczne staje się podejmowanie wobec nich określonych postaw i ocen, wyznaczających subiektywny stosunek do świata jednostki, a także ocenę istniejących norm moralnych, czy społecznych [1].

Okres studiów jest związany ze zdecydowanie częstszym występowaniem nieprawidłowych zachowań oraz współistnienia w życiu społecznym, a także podejmowania różnych decyzji, które nie zawsze są zgodnych z istniejącymi trendami grup rówieśniczych. Często może być to istotne w podejmowaniu decyzji skorzystania z substancji psychoaktywnych oraz zachowań ryzykownych, które mają wpływ antyzdrowotny na życie. Zachowania mają swój początek zazwyczaj już w dzieciństwie lub w okresie młodzieńczym [2].

Etiologia zachowań ryzykownych zazwyczaj jest złożona. Istotnymi elementami wpływającymi na przejawianie się u studentów zachowań ryzykownych są nieprawidłowe więzi rodzinne, a także płeć oraz ciężka sytuacja społeczno-ekonomiczna rodziny, z jakiej student pochodzi [1,2].

Zachowania ryzykowne studentów w dużej mierze zależą także od ich indywidualnych cech charakteru, jak również elementów środowiska będących czynnikami chroniącymi i stanowiącymi czynniki ryzyka w środowisku studenta.

Zachowania ryzykowne to również negatywny wpływ grupy rówieśniczej. Występowanie takich uwarunkowań dodatkowo w połączeniu z cechami osobowości charakteryzującymi się wysokim poziomem lęku, niedojrzałością emocjonalną i społeczną,

niską samoocenę, a w trakcie studiów małe zainteresowanie nauką może rodzić dużo ryzykownych zachowań [3,4].

Niejednokrotnie wzmaganie lub inicjacja zachowań ryzykownych studentów jest wynikiem, poza obserwacją nieprawidłowych zachowań, także informacji zdobytych w przekazach medialnych lub znalezionych w internecie [1,3].

Analizując dostępną literaturę dotyczącą zachowań ryzykownych studentów wykazać można, że grupy różnych uzależnień mają tendencję do wzrostu. Jednocześnie zauważa się spadek wieku inicjacji zachowań ryzykownych zwykle tych, które ze sobą współwystępują, a przez to stanowią tzw. zespół zachowań ryzykownych, które są bardzo niebezpieczne w dalszym rozwoju człowieka [1,2,4].

## CHARAKTERYSTYKA ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH

Zachowania ryzykowne traktować trzeba jako przeciwieństwo zachowań zdrowotnych, a więc zachowania w swej istocie antyzdrowotne, stwarzające zagrożenie dla zdrowia i powodujące często negatywne konsekwencje w strefie zdrowia fizycznego i psychicznego jednostki [1,2]. Zachowania te są też określane mianem problemowych, niekorzystnych dla zdrowia, stwarzających dla niego bezpośrednie, czy też nieco bardziej odległe ryzyko, a określone zostały tak w ścisłym związku z teorią zachowań problemowych Richarda i Shirley Jessorów [3,4].

Wśród zachowań ryzykownych uwzględnia się następujące rodzaje czynności: palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie środków psychoaktywnych (narkotyków, substancji wziewnych, leków itp.). To także wczesna aktywność seksualna i ryzykowne zachowania seksualne (przygodne kontakty seksualne, współżycie z wieloma partnerami, czy przemoc seksualna), ale także prostytucję czy tzw. sponsoring [5]. Zachowaniami ryzykownymi określa się też zachowania agresywne i przestępcze, a także próby samobójcze [5]. W kategorii tego typu zachowań ujmuje się też: ucieczki z domu, stosowanie różnorakich restrykcyjnych dla zdrowia diet, czy ekstremalne zachowania, rodzące różnego rodzaju ryzyko dla zdrowia czy życia [5]. Dodawane są wciąż nowe zachowania ryzykowne i podkreślany ich negatywny wpływ dla zdrowia fizycznego i psychicznego młodych ludzi, czego przykładem mogą być uzależnienia behawioralne, związane, chociażby z hazardem, czy rozpowszechnieniem gier komputerowych różnego rodzaju, jak i w ogóle tzw. „siecioholizmem" (cybernałogiem czy też internetoholizmem) współczesnej młodzieży, widocznym w coraz młodszych grupach wiekowych [5,6].

Istniejąca, jak widać, cała gama zachowań ryzykownych, została też sklasyfikowana z uwagi na ich specyfikę, cele oraz sposoby realizacji w czterech kategoriach [7,8]:

- poszukiwanie silnych wrażeń i emocji - prowadzące do ekstremalnych sportów, np. spadochroniarstwo, skoki na bangie, wspinaczka wysokogórska, płetwonurkowanie, speleologia, ale także na przykład porzucenie szkoły;
- bunt przeciw różnym normom - prowadzący do podejmowania takich zachowań ryzykownych, jak: picie alkoholu, palenie tytoniu, używanie substancji psychoaktywnych różnego rodzaju, przebywanie poza domem w nocy;
- zachowania brawurowe - prowadzenie samochodu pod wpływem alkoholu lub bez prawa jazdy, kradzież samochodu w celu jeżdżenia nim dla zabawy, seks bez właściwego zabezpieczania się itp.;
- zachowania antyspołeczne - dokuczanie i prześladowanie innych, oszukiwanie ludzi, nawiązywanie znajomości z przypadkowymi ludźmi, wąchanie toksycznych substancji.

Trzeba też zauważyć, że powyższa klasyfikacja bynajmniej nie jest rozłączna, nie umożliwia jednoznacznego przyporządkowania wszystkich zachowań ryzykownych do poszczególnych kategorii, bowiem większość z nich współwystępuje ze sobą, zwiększając zagrożenie zdrowotne. Zachowania brawurowe mogą być też zachowaniami podejmowanymi w celu przeżycia silnych wrażeń, a bunt przeciw normom może prowadzić do silnych zachowań antyspołecznych. Potwierdza to, że podejmowanie jednych zachowań w obszarze ogólnie klasyfikowanych zachowań ryzykownych prowadzi bardzo często do kolejnych zachowań tego rodzaju, nierzadko o groźniejszym dla zdrowia znaczeniu i większej skali. Toteż każe patrzeć na zachowania ryzykowne jako na zespoły zachowań [9].

Zachowania ryzykowne są także opisywane w dwóch kategoriach: jako zachowania bezpośrednio lub pośrednio łączone ze zdrowiem, ale i określonym samopoczuciem. Bezpośrednimi działaniami tego rodzaju są, między innymi: palenie tytoniu, picie alkoholu i stosowanie środków psychoaktywnych czy uprawianie ryzykownego seksu. Pośrednimi działaniami ryzykownymi są, chociażby, nieprawidłowa dieta, mająca wpływ na powstawanie nadwagi i otyłości, i dalsze poważne konsekwencje związane z tymi czynnikami, ale także używanie substancji psychotropowych i uzależniających, czego dalsze konsekwencje prowadzą do licznych skutków związanych z uzależnieniami w sferze fizycznej i psychicznej [9,10,11].

Zachowania ryzykowne trzeba odróżnić również od zachowań autodestrukcyjnych, bowiem, wskazuje się, że są one ukierunkowane na podniesienie pewności siebie, wzrost poczucia własnej wartości i zniwelowanie negatywnych emocji, czego nie można powiedzieć

o zachowaniach autodestrukcyjnych, ujawniających wprost negację własnego ja i własnego stylu życia. W związku z tym też wskazywany jest tzw. nagradzający charakter zachowań ryzykownych, potwierdzający, że ich celem nie jest świadoma autodestrukcja, ale są one sposobem niejako zastępczym dla osiągania istotnych celów życiowych [10,11].

Zachowania dysfunkcjonalne i ryzykowne podejmowane są przez młodych ludzi głównie pod wpływem trzech czynników: stresu, braku odpowiednich umiejętności życiowych, a także negatywnej presji rówieśniczej [11]. Oprócz tego istotną rolę odgrywają czynniki związane z rodziną, szkołą czy lokalnym środowiskiem [12,13,14].

## EPIDEMIOLOGIA WYSTĘPOWANIA ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH

Zachowania ryzykowne są najlepiej udokumentowane badaniami statystycznymi w odniesieniu do palenia tytoniu i picia alkoholu, które to zachowania od dawna są ukazywane jako czynniki ryzyka wielu chorób i konsekwencji dla zdrowia fizycznego oraz psychicznego człowieka [14,15].

Zachowania ryzykowne są widoczne we wszystkich grupach wiekowych młodzieży, przy czym podejmowane są także w coraz młodszym wieku, potwierdzając, że młodzież jest grupą szczególnie narażoną na podejmowanie tego typu działań [15].

Z ostatnich danych GUS (Głównego Urzędu Statystycznego) z 2009 roku, dotyczących stanu zdrowia ludności w Polsce wynika, że zachowania ryzykowne młodzieży u progu dorosłości (17-18 lat) były szczególnie widoczne w odniesieniu do palenia tytoniu (ponad 66% tej grupy podejmowało takie próby, a ok. 25% paliło regularnie) oraz picia alkoholu (ok. 70% tej grupy przyznało, że co najmniej 1 raz było w stanie upojenia alkoholowego, zaś w ciągu minionego miesiąca fakt ten potwierdziło ok. 8% badanych). Ponadto ponad 1/3 badanych w tym wieku przyznała że podejmowała ryzykowne zachowania seksualne, nie używając prezerwatywy podczas stosunku płciowego [16,17].

Z raportu GUS (2011) dotyczącego zdrowia dzieci i młodzieży wynika, że zidentyfikowanymi zachowaniami ryzykownymi w zakresie stylu życia, w grupie 15-29 lat (takie kryteria przyjęto w opisie młodzieży) były: palenie tytoniu i picie alkoholu. Z danych GUS wynika, że w 2009 roku co czwarta młoda osoba w wieku 15-29 lat przyznała, że paliła papierosy. Spośród tej grupy większość paliła codziennie (ok. 19%), natomiast tylko 6% paliło okazjonalnie. Znacznie większy odsetek palących wystąpił w grupie 20-latków, czyli 20-29 lat (30,8%, w tym 23,4% paliło codziennie) [17].

Zweryfikowano też, że znacznie częściej palili mężczyźni, niż kobiety - w całej grupie 15-29 lat było to odpowiednio 33 i 18%, zaś w przedziale 20-29 lat wskaźniki jeszcze wzrosły, bowiem było to: 40,2% wśród mężczyzn i 22,2% wśród kobiet. Charakteryzowane zachowanie ryzykowne było też częstsze wśród mieszkańców miast (poziom był tu zweryfikowany wskaźnikiem 26,6%, podczas gdy na wsi było to ok. 23,8%) [17].

Nałogowe palenie, czyli powyżej 20 papierosów dziennie w grupie 20-29 lat, cechowało w znacznie większym stopniu mężczyzn, bowiem w tej grupie był to wskaźnik 49,3%, podczas gdy w grupie kobiet było to 24,3%. Jeszcze większa skala nałogu (powyżej 30 sztuk papierosów dziennie) występowała wśród 4,9% mężczyzn w wieku 20-29 lat i wśród 2,4% kobiet w tym wieku [16].

W grupie dwudziestolatków (20-29 lat) zweryfikowano też, że wśród osób palących codziennie w zależności od długości tego okresu (od roku do 10 lat i więcej) ogółem najwięcej było osób palących 5-9 lat - uzyskany wskaźnik wynosił 47%. Około 21% tej grupy ogółem paliło jeszcze dłużej - 10 lat i więcej. Najmniej było osób palących rok lub krócej (3,3%). Palący 2 lata stanowili 5,7% ogółu, a palących 3 lub 4 lata było odpowiednio 11 i ok. 10%. Zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn wykazane proporcje zachowały się, tzn. liczby osób z poszczególnymi okresami palenia [16,17].

Drugim opisanym zachowaniem ryzykownym dla zdrowia było picie alkoholu. W porównaniu do 2004 roku (poprzednie badanie stanu zdrowia ludności Polski) w 2009 roku nie nastąpiły istotne zmiany w grupie osób 15-29 lat- w dalszym ciągu był to wskaźnik ok. 70%, przy czym uległ on niewielkiemu zwiększeniu w porównaniu do 2004 roku (wówczas 70,9%). W całej grupie młodzieży osoby, które piły alkohol w ciągu 12 miesięcy przed badaniem w wieku 20-29 lat stanowiły ogółem 82,2% tej grupy (poprzednio było 83,2%), podczas gdy w młodszej grupie było to 42%. Dwukrotnie wzrosła różnica między pijącymi kobietami i mężczyznami w porównaniu do 2004 roku (z 7,2% do 14,4% w 2009 roku). Mężczyźni potwierdzający picie alkoholu w okresie 12 miesięcy przed badaniem ogółem stanowili 78,3%, ale w grupie 20-29 lat było to już 90,7%, podczas gdy w analogicznej grupie kobiet było to 74,5% (ogółem wskaźnik wynosił 63,9%). W badaniach GUS zweryfikował też, że młodzież 20-29 lat mieszkająca na wsiach dwukrotnie częściej piła alkohol, niż ich młodsi koledzy (15-19), zaś w miastach różnica w całej grupie 15-29 lat była mniejsza [17].

Częstość picia alkoholu przez młodzież 20-29 lat (według ocen od raz w miesiącu lub rzadziej przez 2-4 razy w miesiącu i kilka razy w tygodniu do codziennie), zweryfikowana w badaniu wykazała, że najwięcej ogółem było osób deklarujących picie 1 raz w miesiącu lub rzadziej (40%). Około 30% badanych potwierdziło picie alkoholu 2-4 razy w miesiącu, a

kolejne ok. 7% 2-3 razy w tygodniu. Liczba osób pijących 4-6 razy w tygodniu stanowiła ogółem 2,2% grupy 20-29 lat, a pijących codziennie było 1,7%.

Badaniom zachowań ryzykownych wśród młodzieży poświęcone było też badanie HBSC (Health Behaviour In School-aged Children's) z 2010 roku, uwzględniające całą grupę 11-18 lat [18]. Dane odnoszące się do końcowego zakresu, czyli 17-18 lat można uznać za reprezentatywne dla oceny młodzieży starszej u progu dorosłego życia. Z badań tych, ukazujących znaczenie poszczególnych zachowań w obu płciach wynikało, że ok. 65-69% dziewcząt i chłopców podejmowało próby palenia tytoniu, a ok. 25% paliło go regularnie. Co najmniej raz w życiu ok. 70-78% badanych było w stanie upojenia alkoholowego, a stan taki cztery lub więcej razy zadeklarowało ok. 44% chłopców i ok. 22% dziewcząt. Używanie marihuany co najmniej 1 raz w życiu potwierdziło średnio ok. 34% badanych (znacznie częściej chłopcy). Ryzykowne zachowania seksualne potwierdziło ok. 25% badanych w wieku 17-18 lat (częściej dziewczęta niż chłopcy).

Skala problemów związanych z zachowaniami ryzykownymi dla zdrowia wśród młodych ludzi jest rozległa, choć samo zjawisko jest opisywane jedynie w najbardziej typowych ujęciach, czego odzwierciedleniem są przedstawione badania statystyczne.

Rola rodziny w rozszerzaniu się zachowań ryzykownych wśród studentów

Znaczenie środowiska rodzinnego jest jednym z wyodrębnianych czynników podejmowania zachowań ryzykownych przez młodych ludzi [12]. Fakt ten nie budzi wątpliwości zwłaszcza, że środowisko to obok pozostałych, jak szkoła i grupa rówieśnicza jest podstawowym obszarem kształtowania wartości i światopoglądu, nabywania określonych cech stylu życia, a także umiejętności mierzenia się z problemami egzystencji. Uwzględnić należy tu zarówno istniejącą strukturę rodziny, jak i styl wychowawczy, realizowany przez rodziców, związany z przejawianymi przez nich postawami oraz relacje z rodzicami, jak i obserwowane zachowania rodziców, w tym ich podejście do różnych zachowań ryzykownych. Wszystkie dysfunkcjonalności rodziny, widoczne w różnych sferach jej funkcjonowania, stanowią źródło wielu negatywnych zjawisk, odbijających się na jakości całego życia rodzinnego i życiu wszystkich jej członków, w tym szczególnie młodych ludzi [19,20,21].

Z reguły liberalny stosunek do zachowań ryzykownych i niedostrzeganie w nich problemu przez rodziców jest podstawą podejmowania tego typu zachowań przez dzieci, a oprócz tego obecność tego typu zachowań w postępowaniu rodziców na co dzień również jest wskazówką co do ich akceptacji i możliwego naśladownictwa. Dotyczy to szczególnie typowych i mocno rozszerzonych zachowań ryzykownych młodych ludzi, jak palenie tytoniu, picie alkoholu czy sięganie po używki różnego rodzaju. Wzór rodziców i tolerowanie tego typu

zachowań jest dla młodych ludzi, wzrastających w takiej rodzinie sygnałem, że nie stanowią one problemu i można je realizować [21,22].

Na podejmowanie zachowań ryzykownych przez młodych ludzi wpływa także struktura rodziny. Z reguły prawdopodobieństwo sięgnięcia, chociażby po narkotyki i substancje psychoaktywne, tytoń czy podejmowanie zachowań ryzykownych związanych z przemocą, jest wyższe w rodzinach o zaburzonej i niepełnej strukturze, czyli z jednym rodzicem. Na podejmowanie zachowań ryzykownych przez młodych ludzi przemawia również udowodnienie tego, że pełna struktura rodziny może być czynnikiem chroniącym przed angażowaniem się w działania ryzykowne [21].

Zagadnienie struktury rodziny i jej wpływu na podejmowanie przez młodych ludzi różnych zachowań ryzykownych wiąże się też ze zjawiskiem, typowym dla opisu form współczesnego życia rodzinnego, jakim są różne nowe formy tego życia, określane mianem alternatywnych [22]. Wiele z nowych form życia rodzinnego, rozpowszechniających się w społeczeństwie, nie daje dzieciom w tych środowiskach możliwości prawidłowego rozwoju, zaburzając możliwość tworzenia koniecznych wychowawczo interakcji między rodzicami a dziećmi. Skutkuje to możliwością rozpowszechniania się zachowań ryzykownych, potwierdzających dysfunkcjonalność tych środowisk wychowawczych [15,18,20].

W analogiczny sposób udowodniono również, że atmosfera w rodzinie, przekładająca się na istotę relacji między rodzicami a dziećmi jest również czynnikiem ryzyka dla zachowań ryzykownych podejmowanych przez młodych ludzi. Im większy poziom konfliktów i niezrozumienia w rodzinie lub też brak właściwych więzi, dających dziecku podstawę do pozytywnej oceny własnego życia, tym większe ryzyko ucieczki w zachowania ryzykowne różnego rodzaju. Zweryfikowano między innymi w badaniach, że im niższa spójność rodziny, tym wyższy poziom wczesnej aktywności seksualnej młodych ludzi i stosowania substancji psychoaktywnych [21].

Wszystkie skrajności wychowawcze, tzn. z jednej strony brak lub poważne zaburzenia więzi emocjonalnych z dziećmi i nietraktowanie ich w sposób partnerski, a z drugiej strony otaczanie dzieci nadmierną opieką sprzyjają podejmowaniu zachowań ryzykownych. Ryzyko nałogu, związane z substancjami psychoaktywnymi zachodzi także w tych rodzinach, gdzie rodzice nie potrafią okazywać swym dzieciom uczuć, a dzieci uważają, że nie mogą liczyć na pomoc własnym rodziców oraz tam, gdzie rodzice nie potrafią być konsekwentni w formułowaniu i egzekwowaniu swoich wymagań wobec dzieci. Dochodzi także do konfliktu międzygeneracyjnego między pokoleniem rodziców a pokoleniem młodzieży odnośnie stylu życia młodzieży, a więc sposobu ubierania się, spędzania wolnego czasu, zainteresowań. W

rodzinach, w których atmosfera rodzinna była przez młodzież spostrzegana jako pełna ciągłych zatargów i konfliktów lub wręcz wroga, ryzyko nałogu dziecka było znacznie większe [11,13, 23].

Jakość relacji rodzinnych i funkcjonowanie życia rodzinnego ma też istotny wpływ na podejmowanie przez młodych ludzi zachowań ryzykownych związanych z przestępczością. Rodzina jest uznanym predykatorem zachowań przestępczych w przyszłości, a elementami mającymi na to wpływ są: zaniedbania wychowawcze, brak konsekwencji w wychowaniu lub nadmierna surowość, brak czasu dla dziecka i brak kontroli nad sposobem spędzania przez nie czasu, w tym brak wiedzy o jego kolegach i przyjaciołach. Wszystkie te czynniki sprzyjają podejmowaniu różnych zachowań przestępczych. Hołyst wskazuje badania, które potwierdziły, że rodziny nieletnich przestępców bardzo często były rodzinami, w których dochodziło do rozwodu, co powodowało rozpad prawidłowej struktury rodziny i w konsekwencji prowadziło do istotnych zaburzeń zachowania dzieci, prowadząc je w kierunku zachowań przestępczych [24]. W wielu doniesieniach naukowych potwierdza się związek między karalnością rodziców dzieci a dokonaniem przestępstwa przez dzieci w późniejszym czasie. Podkreśla się, że ok. 40% karanych nieletnich wychowywało się w rodzinach, w których stwierdzono przestępczość przynajmniej jednego z rodziców [11,16,24].

## SYSTEM WARTOŚCI UCZELNI MAJĄCY WPŁYW NA WYSTĄPIENIE ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH WŚRÓD STUDENTÓW

Paradoksalnie, środowisko uczelni wyższej i związany z nią system wartości, nakierowanych na określone ideały pozytywne i wysokie oczekiwania, może również mieć wpływ na występowanie zachowań ryzykownych wśród młodych ludzi. Dotyczy to szczególnie potrzeby sprostania określonym wymaganiom, stawianym studentom przez wykładowców i uczelnię. Im bardziej wysokie i złożone są to wymagania, tym częściej studenci potencjalnie mogą podejmować zachowania ryzykowne, mające pomóc im w spełnieniu tych wymagań. Dotyczy to szczególnie używania różnych substancji psychoaktywnych, których rolą ma być pobudzenie umysłu do wysiłku, zwiększenie zdolności uczenia się i zapamiętywania, a w rezultacie osiągnięcie przez studentów stawianych im wymagań. Liczne badania i dane potwierdzają rozpowszechnienie tych zachowań wśród młodzieży [16,17,18].

W identyczny sposób, tj. skłaniając do podejmowania zachowań ryzykownych, działają sytuacje problemowe, związane ze studiowaniem, analogicznie, jak ma to miejsce w odniesieniu do problemów szkolnych w stosunku do młodzieży [25]. Istnienie tego typu

sytuacji i ryzykowne zachowanie młodych ludzi jako reakcja na ich wystąpienie potwierdza jednocześnie pragnienie sprostania wymaganiom środowiska szkolnego i obecność pewnych aspiracji życiowych oraz oczekiwań co do sukcesów w nauce. Problemy tego rodzaju stanowią ważny czynnik ryzyka zachowań ryzykownych obok innych, takich jak poszukiwanie doznań, presja ze strony rówieśników czy problemy w domu [8,25].

Nie bez znaczenia w związku z omawianym aspektem pozostaje presja otoczenia, w tym, chociażby zjawisko tzw. „wyścigu szczurów", prowadzące do kolejnych wyzwań i potrzeb sprostania określonym wymogom. Rodzi to stres, będący źródłem większości zachowań ryzykownych podejmowanych w nadziei jego rozwiązania lub ograniczenia [26,27]. Negatywny stres i podejmowane w związku z nim zachowania ryzykowne różnego rodzaju to zatem okoliczności wpisane w sytuację studiowania oraz presję szkół wyższych, związaną z ich dążeniem do kształcenia coraz lepiej wykształconych absolwentów, potwierdzających pozycję uczelni w rankingu innych szkół wyższych. „Wyścig szczurów", związany z napędzaniem potrzeby kolejnych osiągnięć, został wpisany w problematykę „cywilizacji sukcesu" i sukcesu jednostki jako jedynego wyznacznika jej wartości i koniecznego celu życiowego [26,27,28].

Konieczność sprostania określonym wymaganiom i poczucie niemożności osiągnięcia tego celu, wpisane w proces studiowania, stają się więc bardzo często powodem demonstracji różnych zachowań ryzykownych, bez oceny skutków tych zachowań zarówno w bliższej, jak i dalszej perspektywie [28,29].

## GRUPA RÓWIEŚNICZA ORAZ JEJ WPŁYW NA POWSTANIE ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH STUDENTÓW

Grupa rówieśnicza jest to „zbiorowość społeczna ludzi posiadających jakąś wspólną cechę, wyróżnioną przez zewnętrznego obserwatora, bez względu na to, czy wspomniani ludzie uświadamiają sobie posiadanie danej cechy czy też nie. W przypadku grup rówieśniczych mamy do czynienia ze zbiorowościami społecznymi, które obejmują osoby należące do tej samej kategorii wieku. Wiedza teoretyczna, dotycząca grup rówieśniczych i ich funkcjonowania oraz znaczenia dla rozwoju, począwszy od wieku szkolnego, nie pozostawia wątpliwości, że środowisko to również należy uwzględnić wśród czynników ryzyka zachowań problemowych [29]. Oczywiście, grupa rówieśnicza, podobnie jak rodzina i szkoła jest niezbędna do realizacji prawidłowego procesu socjalizacji jednostki, umożliwia jej nawiązywanie relacji i uczenie się tej sztuki, a także ukazuje znacznie więzi społecznych w

życiu jednostki. Grupy rówieśnicze są także źródłem kształtowania sposobów spędzania czasu wolnego oraz jego rozumienia, co w prostej linii prowadzi też do przekazywania określonych wzorców tych zachowań i naśladownictwa zachowań, obserwowanych w danej grupie i akcentowanych przez nią jako właściwe, choćby były to zachowania ryzykowne [29].

Młodzi ludzie zazwyczaj nie przeciwstawiają się presji rówieśniczego środowiska, gdyż pragną być akceptowani i pragną nawiązać relacje z rówieśnikami oparte na poczuciu przynależności do danej grupy. Wypicie piwa czy wypalenie jointa jako warunek bycia aprobowanym przez grupę jest z jego punktu widzenia bardzo niską ceną [30].

Ten sam mechanizm działa w odwrotną stronę. Pierwsza w grupie osoba używająca narkotyków, aby nie czuć się wyobcowana, dąży do wciągnięcia w nie także pozostałych. Wpływ rówieśników jest jednym z głównych powodów, dla których dziecko próbuje narkotyków. Tenże wpływ jest równie decydujący później i wymusza stałe ich używanie. Grupa tworzy środowisko sprzyjające szerzeniu się zachowań ryzykownych, w tym palenia i picia, używania substancji psychoaktywnych, w tym tak groźnych ostatnio dopalaczy. Używanie narkotyków - obok odpowiedniego stroju i form zachowania - stało się najlepszym, bo demonstracyjnym, sposobem wyrażenia przez młodzież jej kontestacji wobec zachowań, mody i obyczajów starego pokolenia [31,32,33].

Alkohol i narkotyki, a także wolne od nakazów społecznych zachowania w sferze seksualnej są przez młodych ludzi postrzegane jako integralny element obyczajowości subkulturowej i sposób manifestowania odmienności młodego pokolenia, próba naruszenia społecznego tabu czy wartości wpajanych przez szkołę, rodzinę, religię czy kulturę masową. W pojęciu młodych kontestatorów realizacja własnego „ja" jest uwolnieniem najgłębszych impulsów nawet, jeżeli miałoby to w praktyce oznaczać odrzucenie wszelkich uznawanych przez zbiorowość zasad obyczajowych. W świadomości młodzieży funkcjonuje hedonistyczny model przyjmowania narkotyków, lecz nadal biorący je postrzegany jest jako buntownik, który nie chce w ten sposób pogodzić się z warunkami obowiązującej wszystkich rzeczywistości [30,31].

Grupa rówieśnicza tworzy też określoną modę na różnego rodzaju zachowania ryzykowne, co z perspektywy społecznej jest bardzo groźnym zjawiskiem. Używanie, chociażby, narkotyków mieści się wśród tzw. „zachowań dewiacyjnych", które uznaje za takie, które nie są zgodne z powszechnie akceptowanymi normami prawnymi, obyczajowymi, społecznymi i zdrowotnymi odpowiadającymi danej grupie wiekowej. Picie alkoholu z różnych okazji, w tym typowo studenckich, związanych z oblewaniem sukcesów, ale i porażek różnego rodzaju, jest jedną z typowych form spędzania czasu wolnego i zacieśniania relacji w grupie.

Grupa rówieśnicza w wieku młodych stanowi miejsce ich egzystowania, próbowania różnych relacji, a także ma być okazją do realizacji hedonistycznego sposobu życia [32,33].

Środowisko studenckie i jego rola w powstawaniu zachowań ryzykownych

Oprócz wspomnianych już wyżej aspektów związanych z wymaganiami uczelni wyższych i realizowanym na nich programem nauczania, rodzących zagrożenie podejmowania przez młodych ludzi określonych zachowań ryzykownych, środowisko studenckie generuje kolejne źródła zachowań ryzykownych. Wiąże się to z tworzonymi nawykami wspólnego spędzania czasu oraz preferowanymi sposobami, wśród których różnego rodzaju zachowania ryzykowne coraz częściej są na porządku dziennym i nie stanowią ostrzeżenia dla podejmujących je osób w kontekście ich aktualnego i przyszłego stanu zdrowia. Zachowania te są w środowisku studenckim postrzegane jako stały element życia studenckiego, w którym należy kultywować je w celu zamanifestowania własnej wolności i dorosłości oraz przynależności do „studenckiego świata", który tradycyjnie jest postrzegany, zwłaszcza przez rodziców i osoby starsze jako świat pełen zachowań ryzykownych [32]. Wszystkie zwyczaje związane ze spędzaniem czasu wolnego - organizacja imprez urodzinowych czy imprez związanych z różnymi sytuacjami życia studenckiego (np. zakończenie sesji, ale też jej otwarcie), poznawanie różnych miejsc (puby, kawiarnie, kluby) w celu poznawania nowych ludzi i integrowania się z grupą, dają okazję do podejmowania różnych zachowań ryzykownych, gdzie są one na porządku dziennym. Co więcej, czasami trudno przewidzieć ostateczny rezultat pewnych zachowań, bowiem to inwencja młodych ludzi i różne okoliczności zewnętrzne decydują bardzo często o kształcie ostatecznych zachowań ryzykownych, podejmowanych w danej sytuacji. Przebywanie w różnych miejscach publicznych daje młodym ludziom okazję do poznawania się nawzajem, ale też uczy różnych zachowań, obserwowanych u rówieśników i kolegów. Powszechnie też łączy się to też z przekonaniem, że sięganie po alkohol, narkotyki czy wspólne działania, dostarczające emocji, a ryzykowne dla zdrowia, sprzyja rozwijaniu kontaktów interpersonalnych i jest drogą budowania różnych relacji [12, 31].

Środowisko studenckie, w które wstępuje młody człowiek po osiągnięciu formalnej dojrzałości, wyrażonej uzyskanym świadectwem dojrzałości i zdaną maturą, otwiera przed nim nowe możliwości życia, pokazując nowe wzorce życia. Aspekt ten jest widoczny u wszystkich studentów, rozpoczynających ten okres w swym życiu, ale szczególnie mocno oddziałuje on na osobowość młodych ludzi, wywodzących się ze znacznie bardziej konserwatywnych środowisk. Dotyczy to bardzo często młodzieży wiejskiej, która ma znacznie mniejszy kontakt z wielkomiejskim światem i typowymi dla niego zachowaniami, wśród których mieszczą się

zachowania ryzykowne, obserwowane w środowiskach studenckich, tradycyjnie wielkomiejskich, tam bowiem mieszczą się ośrodki akademickie [1,30,31].

Wszystkie badania, prowadzone w związku z oceną stylu życia i zachowaniami podejmowanymi przez młodzież pokazują też, że zachowania ryzykowne nie mają związku z istotą odbywanych studiów i studiowanym kierunkiem, a są wspólne dla zbiorowości młodzieży po 19. roku życia, studiującej na różnych kierunkach i uczelniach wyższych. Wskazuje to na pewne wspólne cechy zachowań młodych ludzi, wynikające z wieku, presji grup rówieśniczych i powszechnych wzorów zachowania, lansowanych przez te grupy. Środowisko studenckie, bez względu na jego lokalizację i specyfikę grup w większości cechuje się obecnością omawianych zjawisk ryzykownych [17,18,25].

Co więcej, nawet większa niż przeciętna świadomość zdrowotna studentów uczelni wyższych o profilu medycznym i kierunkach związanych z ochroną zdrowia nie jest gwarantem podejmowania przez nich zachowań bezpiecznych dla zdrowia i eliminacji zachowań ryzykownych [33,34,35].

## PIŚMIENNICTWO


1. Woynarowska B. (red.): Edukacja zdrowotna. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
2. Heszen I., Sęk H. (red.): Psychologia zdrowia. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
3. Szczerbiński R., Karczewski J.: Wybrane zachowania zdrowotne studentów Wyższej Szkoły Wychowania Fizycznego i Turystyki w Supraślu- palenie papierosów i spożywanie napojów alkoholowych. Hygeia Public Health 2010; 45(2): 185-188.
4. Siudem A.: Zachowania ryzykowne młodzieży gimnazjalnej. Psychologia Rozwojowa. TWP 2013; 18: 69-85.
5. Imacka J., Bulsa M.: Ryzykowne zachowania seksualne młodzieży jako czynnik zwiększający ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową. Hygeia Public Health 2012; 47(3): 272-276.
6. Jarczyńska J., (red.): Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe młodzieży. Teoria. Diagnoza. Profilaktyka. Terapia. Bydgoszcz, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, 2014.
7. Gullone E., Moore S., Moss S., Boyd C.: The Adolescent Risk-Talking Questionnaire: Development and Psychometric Evaluation. Journal of Adolescent Research 2000; 15: 231-250.

8. Jaros A., Jaros R.: Czynniki ryzyka i czynniki chroniące związane z zachowaniami problemowymi- przegląd badań przeprowadzonych w Polsce [w:] Zapobieganie wykluczeniu z systemu edukacji dzieci i młodzieży nieprzystosowanej społecznie. Perspektywa pedagogiczna. Kowalska J.E. (red.), Łódź, Wydawnictwo UŁ, 2014: 103-115.
9. Hair E. C., Park M. J., Ling T.J., Moore K.A.: Risky behaviors in late adolescence: Co-occurence, predicators, and concequences. Journal of Adolescent Health 2009; 45(3): 253-261.
10. Chodkiewicz J.: Temperament a zażywanie narkotyków przez młodzież licealną [w:] Zachowania zdrowotne i szkodliwe dla zdrowia. Ogińska-Bulik N. R. (red.)., Łódź, Wydawnictwo Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna, 2010: 36-78.
11. Gaś Z. (red.): Profilaktyka w szkole. Warszawa, Wydawnictwo WSiP, 2006.
12. Namysłowska I.: Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce - stan rozwoju opieki psychiatrycznej i zadania na przyszłość. Postępy Nauk Medycznych 2013; 1: 4-9.
13. Baranowska A.S.: Zachowania ryzykowne młodzieży. Health and Sport 2016; 6(6): 517-530.
14. Ostrowska K. (red.): Psychologia resocjalizacyjna. W kierunku nowej specjalności psychologii. Warszawa, Wydawnictwo PWN, 2008.
15. Woynarowska B., Oblacińska A.: Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne. Studia BAS 2014; 2(38): 41-64.
16. GUS: Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku. Warszawa, Wydawnictwo GUS, 2011.
17. GUS: Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 roku. Kraków, Wydawnictwo GUS, 2011.
18. Mazur J., Małkowska-Szkutnik A. (red.): Wyniki badań HSBC 2010. Raport techniczny, Warszawa, Wydawnictwo Instytut Matki i Dziecka. 2011.
19. Kawula S.(red.): Kształty rodziny współczesnej. Szkice familiologiczne. Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek, 2005.
20. Makara-Studzińska M., Morylowska J.: Rodzina a zachowania ryzykowne młodzieży. Roczniki Teologiczne, 2007, 54(10): 59-70.
21. Ulman P.: Społeczne i rodzinne uwarunkowania uzależnień u dzieci i młodzieży. Kwartalnik Naukowy 2011; 4(8): 73-86.
22. Slany K. (red.): Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie. Kraków, Wydawnictwo Nomos, 2008.

23. Moneta-Malewska M. (red.): Zagrożenie Narkotyki w szkole i w domu. Warszawa, Wydawnictwo Pax, 2006.
24. Hołyst B. (red.): Kryminologia. Warszawa, Wydawnictwo PWN, 2009.
25. Szafraniec K.(red.): Młodzi 2011, Warszawa, Wydawnictwo Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, 2011.
26. Litzke S. M.(red.): Schuch H. Stres, mobbing i wypalenie zawodowe. Gdańsk, Wydawnictwo GWP, 2007.
27. Zawadzki R.(red.): Stres- sztuka życia. Waszawa, Wydawnictwo WSiP, 2007.
28. Schroder J.P., Blank R. (red.): Zarządzanie stresem. Jak rozpoznawać sytuacje stresowe i im przeciwdziałać, Warszawa, Wydawnictwo PAN, 2008.
29. Kokociński M.(red.): Rola grupy rówieśniczej w procesie socjalizacji młodzieży. Poznan, Wydawnictwo WSKiZ, 2011.
30. Climati C.(red.): Ekstremalne zabawy młodych: moda, hobby i pragnienie przekraczania wszelkich granic. Kielce, Wydawnictwo Jedność, 2007.
31. Jurek L.(red.): Dopalacze, narkotyki. Niewinny początek. Rybnik, Wydawnictwo Śląskie Centrum Wyd. Handlowe Lexdruk, 2010.
32. Lubelska A.: Ryzykowne zachowania seksualne i „bug chasing" w kontekście zagrożenia HIV/AIDS. Pedagogika Społeczna 2010; 2: 137-158.
33. Gawron-Skarbek A., Nowacka A., Łaszek M., Szatko F.: Negatywne wzorce zachowań studentów. Część IV. Zachowania seksualne sprzyjające zakażeniom. Problemy Higieniczno Epidemiologiczne 2011; 92(3): 474-481.
34. Łaszek M., Nowacka E., Szatko F.: Negatywne wzorce zachowań studentów. Część I. Konsumpcja alkoholu i stosowanie substancji psychoaktywnych. Problemy Higieniczno Epidemiologiczne 2011; 92(1): 114-119.
35. Chodkiewicz J.: Picie alkoholu oraz wiedza o jego działaniu wśród studentów łódzkich szkół wyższych. Alkoholizm i Narkomania 2006; 19: 107-119.

# Epidemiologia alkoholizmu w XXI w. Globalne wyzwanie ewoluującego problemu uzależnienia

**Natalia Nowak, Aleksandra Grzegorczyk, Jakub Kasalik, Gabriela Gut, Maria Greniuk, Mateusz Nowak**

Wydział Lekarski, kierunek Lekarski, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

## HISTORIA ALKOHOLU. GENEZA. MECHANIZM DZIAŁANIA

Według słownika języka polskiego alkohol oznacza napój o właściwościach odurzających lub związek organiczny, stosowany m.in. jako rozpuszczalnik [1]. Według definicji chemicznej jest to związek organiczny, zawierający jedną lub więcej grup wodorotlenowych OH z wyjątkiem fenoli. Niezależnie od definicji, jest to substancja obecna w naszym życiu codziennym od wielu setek lat. Już pierwsze zapiski o przyrządzaniu i spożywaniu alkoholu pochodzą z ok. 4000 r. p.n.e. z Mezopotamii. Na terenie obecnego Egiptu odnaleziono dowody, że ludzie należący do kręgu starożytnych cywilizacji pili alkohol, a nawet włączali rytuał z jego spożycia do nawyków dnia codziennego. Z alkoholem wiązały się również zasady co do jego spożywania i obostrzenia z nim związane. Zakazywano picia alkoholu w święta, a osoby działające w armii faraona podlegały zakazowi jego spożywania [2]. Pierwszej destylacji alkoholu dokonali Starożytni Grecy. Niemniej jednak, to na terenach obecnych Włoch miało miejsce otrzymanie wysokoprocentowego alkoholu, czyli spirytusu. W Niemczech, podczas epidemii dżumy w XIV w., stosowano spirytus w celach leczniczych. Z czasem produkcja alkoholu rozprzestrzeniła się na skalę masową i już w XVI wieku produkowano różne rodzaje wódek, a alkohol stał się nieodłączną częścią każdego posiłku i uroczystym dopełnieniem świętowania [3]. Obecnie alkohol otrzymuje się najczęściej w procesach fermentacji alkoholowej ze skrobi zawartej w ziemniakach, życie, ryżu, kukurydzy lub fermentacji cukru zawartego w owocach. Stęża się go przez destylację i oczyszcza przez rektyfikację [4].

W polskiej literaturze istnieje wiele wzmianek na temat sposobu i częstości spożywania alkoholu. Jego opisy znajdują się w „Panie Tadeuszu” Adama Mickiewicza, czy

„Krzyżakach" Henryka Sienkiewicza. Sceny tam przedstawione obrazują polskie społeczeństwo w przestrzeni mijających wieków, gdzie alkohol był nieodłącznym dodatkiem do polowań czy obrządków religijnych.

Ludzie zawsze zdawali sobie sprawę z jego negatywnego wpływu na zachowanie oraz zdrowie człowieka. Niemniej jednak tzw. kultura picia wymknęła się w pewnym momencie spod kontroli.

Obecnie, etanol jest jednym z najbardziej nadużywanych środków uzależniających, a przy tym również powszechnie dostępnym w większości krajów na świecie.

Aktualna wiedza dotycząca wpływu alkoholu na nasz organizm jest dobrze poznana i wyjątkowo precyzyjna. Działanie, jakie wywołuje on w układzie nerwowym, tłumaczy zmiany zachowania na ostre po nadmiernym jednorazowym spożyciu, czyli pobudzenie i następujący efekt depresyjny oraz zmiany zachowania przewlekł, jak zwiększone użycie, tolerancja na działanie, kompulsywne poszukiwanie i uzależnienie [5,6].

Alkohol należy do grupy tzw. depresantów OUN. Stymuluje on zmiany w drogach przewodzenia neuronalnego. Wywiera bezpośredni wpływ na receptory neurotransmiterów glutaminowych (GABA) i endokannabinoidowych (AEA, 2-AG), a także pośredni wpływ na układ limbiczny, opioidowy, kanały wapniowe, kanały potasowe i na białka regulowane przez GABA w hipokampie [7].

Kaskada opisanych reakcji biochemicznych powoduje, że alkohol prowadzi do zmian w zachowaniu. Początkowo nie jest możliwym zaobserwowanie zewnętrznych objawów jego spożycia. Dopiero po przekroczeniu stężenia 0,5‰ we krwi występuje faza dysforyczna (ulega nieznacznemu pogorszeniu ostrość widzenia oraz zdolność adaptacji oczu). Przy dalszej intoksykacji, gdy stężenie etanolu osiągnie 1‰, rozpoczyna się faza euforyczna. Charakteryzuje ją podniecenie, odhamowanie, wydłużenie czasu reakcji i łagodne zaburzenia równowagi oraz zborności ruchów. Przy wartościach przekraczających 2‰ alkoholu we krwi występuje znaczne zaburzenie równowagi, niezborność, silne odurzenie, stępienie reakcji zmysłowej, a czasem utrata przytomności. Ten stan jest określany jako faza ekscytacji. Po przekroczeniu 3‰ występuje faza narkotyczna, charakteryzuje ją utrata przytomności, a w niektórych przypadkach nawet śpiączką. Po osiągnięciu stężenia 4‰ etanolu we krwi może dojść do porażenia ośrodków krążeniowo-oddechowych i śmierci. Wielokierunkowe, długoterminowe działanie alkoholu na OUN objawia się ogólnym efektem depresyjnym na układ psychomotoryczny, trudnościami w przechowywaniu informacji, utrudnionym logicznym rozumowaniem, brakiem koordynacji motorycznej. Nieustanna stymulacja układu nagrody powoduje postępujący rozwój uzależnienia [6,7].

# STATYSTYKI DOTYCZĄCE ILOŚCI ORAZ SPECYFIKI PICIA ALKOHOLU W RÓŻNYCH REJONACH ŚWIATA

## Ogólnoświatowe statystyki spożycia alkoholu

Szacuje się, że obecnie 2,3 miliarda osób spożywa alkohol na całym świecie. Pomimo spadku o ponad 10% w ostatnich 10 latach, WHO przewiduje, na podstawie trendów, ponowny wzrost konsumpcji alkoholu, zwłaszcza w Azji Południowo-Wschodniej, regionie Zachodniego Pacyfiku i w obu Amerykach. U osób, które deklarują picie, średnie spożycie czystego etanolu wynosi 33 g dziennie na osobę, co jest równoważne z ilością 2 kieliszków wina, dużego piwa lub dwóch kieliszków alkoholu wysokoprocentowego.

Na podstawie danych WHO oraz GBH (*ang. Global Burden of Disease*) globalne spożycie alkoholu jest większe, niż miało to miejsce prawie 30 lat temu. Przedstawione tam wyniki stanowią analizę poziomu spożycia alkoholu w 189 państwach w latach 1990-2017, jak również szacują trend spożywania alkoholu do 2030 roku. Odnotowano globalny wzrost spożycia alkoholu do 70% w latach 1990-2017 z 20,999 miliona litrów do 35,676 miliona litrów rocznie [8].

W przypadku Europy poziom konsumpcji alkoholu *per capita* wśród dorosłych w latach 2010-2017 spadł o 12% z 11,2 litra do 9,8 litra, z równoczesnym wzrostem odsetka konsumentów spożywających alkohol w sposób szkodliwy [8].

W tym samym czasie w Azji Południowo-Wschodniej spożycie alkoholu wzrosło o 34%, z 3,5 litra do 4,7 litra. Prognozuje się, że do 2030 roku nadal obserwowany będzie globalny wzrost spożycia do 7,6 litra, spowodowany w dużej mierze wzrostem konsumpcji alkoholu w południowo-wschodniej Azji i zachodnich regionach Pacyfiku. Globalny plan działań prewencyjnych i kontroli chorób niezakaźnych opracowany przez organizację WHO ma na celu obniżenie szkodliwego picia alkoholu o 10% do 2025 r. [8].

Śmiertelność związana ze spożyciem alkoholu w 2016 roku stanowiła 5,3% wszystkich zgonów (3 mln osób). Obecnie sprawia to, że śmiertelność w związku ze spożywaniem alkoholu jest wyższa względem takich chorób, jak gruźlica, AIDS, czy cukrzyca. Statystyki ogólnoświatowe wykazują, że w skali całego globu 237 mln mężczyzn i 46 mln kobiet cierpi na zaburzenia związane ze spożyciem alkoholu [9].

W Polsce szacuje się, że w rodzinach z problemem uzależniania alkoholowego żyje 3-4 mln osób (1,5-2 mln dzieci). Tym samym, liczbę ofiar uzależnienia alkoholowego szacuje się na około 700-900 tysięcy [9].

### Europejskie statystyki spożycia alkoholu

Statystyki zebrane spośród 30 państw europejskich (*ang. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*) w latach 2010-2016 wskazują, że rocznie ponad 290 000 Europejczyków umiera z przyczyn zależnych od alkoholu. Średnio spożycie przez osoby dorosłe w państwach UE wynosi dwie butelki wina tygodniowo. Kiedy wykluczy się z tej grupy zadeklarowanych abstynentów i osoby, które zaprzestały picia alkoholu, średnie spożycie alkoholu wzrasta do trzech butelek wina na tydzień. Przedstawiona w raporcie ilość prowadzi do poważnych, negatywnych następstw zdrowotnych [10].

W celu zmniejszania spożycia alkoholu, w 2012 roku wdrożony został przez prawie wszystkie państwa europejskie Europejski Plan Działania na rzecz zmniejszenia poziomu szkodliwego picia alkoholu 2012-2020. Niemniej jednak, zgodnie z wymienionymi wyżej danymi WHO, szkodliwe spożycie alkoholu w Europie do tej pory nie spadło w stopniu, jakiego oczekiwano i założono w wymienionym projekcie.

Kolejny problem stanowi fakt, że w populacji europejskiej istnieje tendencja do nieodpowiedzialnej konsumpcji alkoholu. 30,4% populacji deklaruje fakt konsumpcji więcej niż 60 g czystego alkoholu przy jednej okazji w ciągu ostatnich 30 dni, co równoznaczne jest ze stanem upojenia alkoholowego. Ten wzorzec picia jest szczególnie obecny wśród mężczyzn (47,4% mężczyzn), u kobiet opisany wzorzec picia nie jest tak popularny (14,4% kobiet). Zjawisko jednorazowego, obfitego picia alkoholu częściej obserwuje się w krajach bałtyckich, Czechach i Luksemburgu [11]. Wobec powyższego zasadnym wydaje się wdrożenie metod prewencji i skutecznych strategii radzenia sobie z problemem, takich jak zwiększenie ceny minimalnej alkoholu, wprowadzenie limitu dostępności i zakaz reklam marketingowych. WHO zadeklarowało również, że nie będzie nawiązywać współpracy z przedstawicielami przemysłu alkoholowego w ramach prac nad polityką alkoholową, czy wdrażania żadnych regulacji, zapisów czy działań w zakresie zdrowia publicznego.

## KONSUMPCJA ALKOHOLU W POSZCZEGÓLNYCH KRAJACH

### Konsumpcja alkoholu na Węgrzech

Wyjątkowym krajem wyróżniającym się na tle centralnej Europy, którego dotyczy omawiane zagadnienie, są Węgry. Według przeprowadzonego w 2018 roku badania Eurostat wykazano, że Węgrzy wydali więcej niż pozostali członkowie EU na alkohol, wyroby tytoniowe, żywność i komunikacje (15,5%), z czego na napoje alkoholowe i wyroby

tytoniowe przeznaczyli aż 7,6% swoich wydatków. Poziom ten stanowi prawie dwukrotność średniej dla państw UE (3,9%). Jedynie wyższe wyniki miały takie państwa, jak Estonia, czy Luksemburg. Porównując do danych z poprzednich lat, Węgrzy w poziomie wydatków poniesionych na alkohol i wyroby tytoniowe, wyprzedzili Litwinów [12]. Zgodnie z danymi toksykologicznymi, liczba osób uzależnionych od alkoholu na Węgrzech sięga prawie 800 tysięcy. Każdego roku umiera 300 tysięcy z powodu chorób powiązanych z nadużywaniem napojów alkoholowych. Alkohol stanowi w tym kraju obecnie zdecydowanie poważniejszy problem społeczny, niż uzależnienie od narkotyków [13].

## Konsumpcja alkoholu w Wielkiej Brytanii

Dystrybucja treści marketingowych dotyczących napojów alkoholu szczególna jest w Wielkiej Brytanii. Koncerny związane z produkcją alkoholu wydają na marketing w tym kraju około 800£ milionów rocznie. Fakt ten w znaczącym stopniu przyczynia się do interpretacji wyników ostatnich badań. Zgodnie z danymi statystycznymi (the Office for National Statistics), w tym roku z powodu alkoholu zmarło 7 551 osób w Wielkiej Brytanii. Mimo że od 2004 roku odnotowuje się spadek spożycia alkoholu wśród Brytyjczyków, to widoczny jest wyraźny wzrost odsetka osób pijących ryzykownie i szkodliwie, dlatego treści marketingowe są skierowane głównie dla tej grupy odbiorców. W szkołach i na uczelniach wyższych prowadzonych jest obecnie niewiele działań profilaktycznych z zakresu tematyki alkoholowej [14].

Zgodnie z danymi NHS, w Wielkiej Brytanii 10% nastolatków w przedziale wieku 11-15 lat spożywało alkohol w poprzednim tygodniu, a około 20% 15-latków przyznaje się do stanu upojenia alkoholowego. W mieście Barrow-in-Furness odnotowuje się najwyższy w Anglii odsetek hospitalizacji dzieci z powodu alkoholu [15].

Ponadto, coraz mniej lekarzy pierwszego kontaktu stosuje wczesną i krótką interwencję, mającą na celu skierowanie pomocy dla pacjentów należących do grupy ryzyka. Od 2012r. w systemie lecznictwa odwykowego środki finansowe zostały zmniejszone o 30%. Wartym zauważenia jest fakt, że problem rozpowszechniony jest również w obrębie grup odpowiedzialnych za promowanie profilaktyki pierwszorzędowej alkoholizmu. Jak donoszą raporty, w Wielkiej Brytanii 44% lekarzy deklaruje fakt upijania się i spożywania przy jednej okazji więcej niż 6 porcji standardowych (za dawkę standardową alkoholu SJA przyjmuje się 12,5 ml czystego etanolu). Z kolei, 5% lekarzy spełniała kryteria uzależnienia od alkoholu. Badani lekarze przyznają, że spożycie alkoholu wiąże się z faktem, że jest to ich

wypracowany i utrwalony sposób na rozładowywanie stresu, na który narażeni są w pracy [16].

## Konsumpcja alkoholu na terenie Szkocji

Mieszkańcy Szkocji stosują politykę skutecznie radzącą sobie z problemem uzależnienia od alkoholu. Obecnie, sprzedaż alkoholu w Szkocji odnotowuje najniższy poziom od 1994 roku. W roku 2018 poziom sprzedaży alkoholu w Szkocji spadł o 3% w porównaniu do 2017 roku i nadal jest odpowiednikiem spożycia średnio 9,9 litra czystego alkoholu *per capita* (19 SJA tygodniowo). Przedstawiciele szkockiego rządu podkreślają, że jeśli utrzymana zostanie tendencja spadkowa, to strategia ceny minimalnej (MUP - ang. *minimum unit pricing*) ocali życie 392 osobom w pierwszych pięciu latach jej trwania. Szacuje się, że każdego tygodnia w Szkocji z powodów zależnych od alkoholu umierają 22 osoby, a 683 jest hospitalizowanych [17].

Mieszkańcy Szkocji, razem z 7 innymi państwami europejskimi, w tym Polską, uczestniczą w Projekcie FYFA (*ang. Focus on Youth, Football and Alcohol*) [18]. Głównym założeniem tej inicjatywy jest przekonanie, że reklama alkoholu i marketing przemysłu alkoholowego powinny być zakazane w sporcie. Celem prowadzanych działań jest przeciwdziałanie i redukcja szkód, jakie wynikają z picia alkoholu przez osoby młode. Mają one za zadanie podkreślić, że sport wśród młodych ludzi powinien promować zdrowy styl życia. Dodatkowo pozarządowa organizacja SHAAP (*ang. Scottish Health Action on Alcohol Problems*) prowadzi badania mające na celu ocenę postaw wobec alkoholu, jak również strategii wykorzystywanych w międzynarodowych federacjach sportowych [19].

## Konsumpcja alkoholu w Stanach Zjednoczonych

Polityka względem alkoholu w USA od zawsze wzbudza wiele emocji, aktualnie jest to kraj z jednym z najwyższych progów wiekowych umożliwiających legalne spożywanie alkoholu. Nadzór nad dostępnością alkoholu w Stanach Zjednoczonych opiera się na systemie Stanowych Rad Kontroli Napojów Alkoholowych ABC (*ang. Alcocholic Beverege Control)* [20].

Spożywanie alkoholu na poziomie federalnym regulowane jest przez poprawkę 21 Konstytucji Stanów Zjednoczonych, która jest odpowiedzialna za zniesienie prohibicji na terenie tego kraju. Dokument ten nadaje stanom możliwość kontroli nad sprzedażą i dystrybucją alkoholu na terenie stanu, importem alkoholu do stanu i dostępnością alkoholu określającą, kto może być w posiadaniu alkoholu na terenie stanu. Większość stanów zgodnie

z Ustawą Federalną o Piciu Alkoholu (*ang. The Federal Union Drinking Act)* z 1984 ustanowiło 21 lat, jako wiek umożliwiający spożywanie alkoholu [21].

Na terenie całego USA istnieją wyjątki od tej zasady, uwzględniające obniżenie wieku w sytuacjach np. obecności dorosłego opiekuna, tak jest w stanie Wisconsin [22]. Niemniej jednak, we wszystkich stanach wiek umożliwiający kupno alkoholu to 21 lat. W niektórych stanach ograniczenia wiekowe dotyczą również minimalnego wieku dla barmanów. W tym przypadku ograniczenie wiekowe wynosi podobnie 21 lat. Restrykcje związane ze sprzedażą alkoholu obejmują również kobiety w ciąży, którym w 18 stanach nie wolno sprzedawać alkoholu [21].

Pomimo tak restrykcyjnych praw sprzedaży i spożywania alkoholu, w 2018 roku w ankiecie NSDUH (*ang. National Survey on Drug Use and Health*) aż 86,3% osób w wieku 18 lat lub starszych zadeklarowało, że choć raz w życiu piło alkohol. Statystyki dotyczące choroby alkoholowej w tym kraju zarówno wśród osób powyżej 18. roku życia, jak i w wieku 12-17 lat są bardzo wysokie. Odpowiednio wynoszą one 5,8% dla młodzieży powyżej 18 lat oraz 1,6% dla młodzieży w wieku 12-17 lat [23].

Nie tylko prawa dotyczące spożywania i kupowania alkoholu w Stanach Zjednoczonych są restrykcyjne, ale również zakresy jego maksymalnego stężenia we krwi. Zgodnie z limitem wprowadzonym w 1988 roku BAC *(ang. blood alcohol concentration)* aktualnie wynosi 0,08%. Część stanów, korzystając ze swojej władzy ustawodawczej na terenie swojego stanu zaostrzyło ten limit do 0,04%. W 2018 roku w USA doszło aż do 10.511 wypadków komunikacyjnych, w których przynajmniej jeden kierowca miał 0,08% lub powyżej. Stanowi to 29% wszystkich wypadków komunikacyjnych w tym kraju w odniesieniu do roku 2018 [24].

## Konsumpcja alkoholu w Brazylii

Ciekawym zjawiskiem, o którym warto wspomnieć, jest zaobserwowany w Brazylii tzw. paradoks zapobiegania *(ang. prevention paradox*). Wyjaśnia on poziom konsumpcji alkoholu oraz wzory picia i rozpowszechniania substancji. Jak wynika z badania przeprowadzonego na przestrzeni lat, w społeczeństwie brazylijskim 2,5% badanych spożywa 14,9% całego alkoholu konsumowanego w Brazylii (jest to tzw. picie szkodliwe), 5% badanych spożywa 27,4% alkoholu (picie ryzykowne), 10% badanych 44,2% alkoholu (picie okazjonalne, niskich ilości alkoholu) [25]. Oznacza to, że największe ilości alkoholu są spożywane przez osoby pijące małe ilości napojów alkoholowych (*prevention paradox*). Picie szkodliwie wiąże się bardziej z dystrybucją i dostępnością do alkoholu, aniżeli ogólną

spożywaną ilością, ze względu na mały udział osób pijących szkodliwie w badanym społeczeństwie.

## Konsumpcja alkoholu w Polsce

W Polsce obecnie zauważalna jest tendencja do wzrostu spożycia alkoholu na jednego mieszkańca. Na podstawie danych zawartych w raporcie WHO można zaobserwować w populacji polskiej, że wzrost spożycia alkoholu *per capita* rozpoczął się w latach 60. dwudziestego wieku. Współczynnik ten wynosił wówczas ok. 4 litry czystego alkoholu rocznie. Następnie osiągnął on swoje maksimum na przełomie lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych, sięgając wartości ok. 11 litrów [26,27,28].

W kolejnych latach zanotowano spadek jego wartości do wysokości ok. 7 litrów. Tendencja spadkowa utrzymywała się do początku dwudziestego pierwszego stulecia[26,27,28].

Od roku 2000 zarejestrowano ponowny wzrost współczynnika spożycia alkoholu, osiągającego ponownie maksimum ok. 11 litrów w 2008r. Wartość ta utrzymuje się z małymi fluktuacjami do roku obecnego. Opisane zjawisko mogło być spowodowane zmianami regulacji prawnych dotyczących sprzedaży alkoholu. W 2002 roku obniżono wartość opłat akcyzowych [26,27,28]. Sprawiło to obniżenie cen napojów alkoholowych, co przełożyło się na zwiększenie dostępności droższych, dotąd niekupowanych, gatunków alkoholu. Ponadto, w porównaniu do lat dziewięćdziesiątych, zmianie uległ dominujący typ napoju alkoholowego wybieranego przez Polaków. Wcześniejsze napoje wysokoprocentowe o zawartości etanolu rzędu 40% zostały zastąpione na piwo, które obecnie stanowi 56% spożywanego alkoholu przez Polaków. Udział destylatów jest szacowany na 36%, a wino jedynie 8% [27,28].

Rozpowszechnienie kultury picia piwa sprawia, że przeciętny Polak jest obecnie skłonny częściej sięgnąć po niskoprocentowy alkohol, niżeli miałby to czynić z 40% wódką. Ostatecznie, co pokazują dane statystyczne, zmiany te doprowadziły do momentu, kiedy sumaryczna ilość alkoholu, jaką spożywają Polacy w ostatnich latach wzrosła.

Według aktualnych danych Polacy rocznie spożywają 11,6 litrów czystego alkoholu *per capita* (średnia europejska według WHO wynosi 9,8 litrów). W obrębie tej grupy można zauważyć wyraźnie większy udział mężczyzn, u których konsumpcja wyniosła 19,2 litrów *per capita*, natomiast u kobiet – 4,7 litrów. Jedynie 32% Polaków nie sięgało po alkohol w okresie ostatnich 12 miesięcy lub dłuższym [27,28].

## SPOŁECZNE KONSEKWENCJE SPOŻYWANIA ALKOHOLU

Zarówno w populacji światowej, europejskiej, jak i polskiej opisane nadużywanie alkoholu prowadzi do powstawania wielu problemów społecznych. Częstotliwość i konsekwencje ich występowania zależą od uwarunkowań kulturowych oraz prawnych danego kraju. W Polsce w latach 2002-2009 znacząco wzrosło zarówno spożycie, jak i wskaźniki szkód alkoholowych, m.in. wzrosła liczba pacjentów w ośrodkach odwykowych [26].

Wiek inicjacji alkoholowej większości Polaków przypada przed 15. rokiem życia. Tym samym warto zauważyć, że spożywanie alkoholu jest jedną z czołowych przyczyn zgonów i inwalidztwa osób pomiędzy 15. a 21. rokiem życia. Niektórzy badacze uważają również, że może to utrudniać lub wręcz uniemożliwiać prawidłowe kształtowanie osobowości osób młodych [26]. Wobec powyższych faktów, obserwowana tendencja obniżenia wieku pierwszej konsumpcji alkoholu do lat młodzieńczych może negatywnie wpływać na późniejsze funkcjonowanie dorosłego społeczeństwa.

Kolejnym kluczowym problemem społecznym, generowanym przez alkohol, jest przemoc fizyczna w rodzinie i psychiczne konsekwencje życia w otoczeniu osoby uzależnionej. Częstość ich występowania nie jest możliwa do rzetelnego oszacowania ze względu na to, że najbliższe osoby z otoczenia alkoholika często wykazują cechy współuzależnienia, przez co próbują ukrywać nałóg bliskiej im osoby, czują się za nią odpowiedzialne, a ich psychika staje się zaburzona [26]. W Polsce stosowanie przemocy jest przestępstwem ściganym na podstawie art. 207 kodeksu karnego, na podstawie danych statystycznych policji można stwierdzić, że w 2019 roku 88 032 osoby padły ofiarą przemocy domowej. Liczba osób podejrzewanych o popełnienie tego konkretnego przestępstwa wynosiła 74 910, z czego pod wpływem było 42 583, co stanowi ok. 57% potencjalnych sprawców tego czynu [29].

Kolizje drogowe stanowią również jedną z kluczowych konsekwencji nadużywania alkoholu w obrębie społeczeństwa. W 2019 r. w Polsce 16 855 530 kierujących zostało poddanych kontroli trzeźwości, z czego 23 058 kierowców było w stanie po spożyciu, a 87 913 było nietrzeźwych. W tym samym roku na polskich drogach doszło do 30 288 wypadków, z czego 2717 było z udziałem osób będących pod wpływem alkoholu. Wskutek opisanego zjawiska zginęło odpowiednio 2909 i 326 uczestników ruchu drogowego. Zauważyć można niemniej jednak wyraźną tendencję spadkową liczby incydentów z udziałem osób nietrzeźwych w latach 2011-2019 z 4972 na 2717, co daje nadzieję na utrzymanie owego trendu w dalszych latach, co może być spowodowane zaostrzeniem

penalizacji prowadzenia pojazdów pod wpływem. Ciekawym również jest fakt, że wyraźnie więcej zdarzeń ma miejsce w weekend, co prawdopodobnie jest związane z większym spożyciem napojów alkoholowych w te dni. Wartym zauważenia jest również fakt, że wiek większości sprawców zawierał się w przedziale między 25. a 39 .rokiem życia [30].

## ZMIANA PODEJŚCIA DO PROBLEMU ALKOHOLIZMU NA PRZESTRZENI LAT, NA PRZYKŁADZIE ZMIAN SPOŁECZNYCH I NOWELIZACJI PRAWNYCH W POLSCE

Od momentu zakończenia II Wojny Światowej mentalność społeczeństwa polskiego zaczęła ulegać stopniowym zmianom. Wprowadzane kolejne akty prawne determinowały działania, które znacząco oddziaływały na społeczne postrzeganie problemu, jakim był w tym czasie alkoholizm. Zmieniał się również kontekst historyczny zachodzących przemian, a droga ku zmianie ustroju państwa otwierała nowe perspektywy i możliwości leczenia potwierdzone naukowo, stosowane w tym czasie w Stanach Zjednoczonych.

Pierwsze próby lecznictwa odwykowego, jako oddzielnej gałęzi medycyny, zaczęły funkcjonować w Polsce już w latach pięćdziesiątych ubiegłego w wieku. Pierwsze powojenne akty ukonstytuowane w polskim prawie traktowały zjawisko alkoholizmu jako chorobę. Diametralnie zmieniało to ówczesne postrzeganie problemu. Medykalizacja uzależnienia od alkoholu pozwoliła na indywidualizację tego zagadnienia, przestał on funkcjonować jako wyłącznie problem społeczny i moralny. Tym samym, zmiana perspektywy i spojrzenie na osoby dotknięte alkoholizmem, jako na pacjentów umożliwiło ich leczenie, a nie wyłącznie karanie. Pierwszym impulsem do stworzenia lecznictwa odwykowego była ustawa z 27 kwietnia 1957 roku "o zwalczaniu alkoholu". Wedle jej zapisów lecznictwo odwykowe mogło być równocześnie prowadzone bez zgody pacjenta, jako leczenie przymusowe. W trakcie tego leczenia pacjentowi miała być zapewniona odpowiednia resocjalizacja [31-34]

Kolejny akt prawny - rozporządzenie ministra z dnia 1961 r. poszerzył wskazania do leczenia odwykowego i umożliwił przyjmowanie do zakładów również osoby, które dobrowolnie zgodziły się na leczenie. W miarę upływu czasu i w miarę zwiększania się powszechnej wiedzy o alkoholizmie, jako o chorobie zaczęła się wyrównywać proporcja pomiędzy dobrowolnie a przymusowo umieszczonymi w zakładach pacjentami [34-37].

W roku 1972 w zakładach zamkniętych znajdowało się wyłącznie 41% przymusowo osadzonych tam pacjentów. Współczynnik ten początkowo dla tej grupy wynosił 100%. Przymusowe osadzenie w zakładzie odbywało się wówczas, kiedy pacjent uzależniony od

alkoholu w znaczący sposób naruszał porządek społeczny "*powodował rozkład życia rodzinnego, demoralizował nieletnich, zagrażał bezpieczeństwu innych lub zakłócał spokój i porządek publiczny*" [34-37].

Ostateczną decyzję wobec takich pacjentów wydawała komisja społeczno - lekarska lub sąd powiatowy. Proces terapeutyczny oparty był wówczas na terapii awersyjnej albo uczulającej z zastosowaniem disulfiramu w formie doustnej. Spożycie alkoholu po zażyciu wcześniejszym disulfiramu wywoływało nieprzyjemne dla pacjenta objawy, które miały zniechęcić go do kolejnego spożycia alkoholu. Oprócz wymienionych powyżej metod zalecana była ergoterapia, czyli tzw. terapia pracą. Chorzy zatrudniani byli w zakładach produkcyjnych. Sposób ówczesnego leczenia był wysoce nieefektywny, a wyniki niezadowalające [38,39,40]. Pacjenci wyłącznie biernie uczestniczyli w procesie terapeutycznym, przez co nie wzbudzali w sobie indywidualnej potrzeby porzucenia nałogu [41,42]. W społeczeństwie panował wówczas stereotyp alkoholika jako człowieka z marginesu, co tym bardziej zniechęcało i demotywowało pacjentów do zmiany stylu życia. Rewolucję w podejściu do leczenia alkoholizmu przyniosły lata 80. Zaczęła się wówczas rozwijać psychiatria humanistyczna. Lekarze edukowani w nurcie tej gałęzi medycyny zaczęli dostrzegać przyczyny problemów psychicznych. W związku z tym zaczęły być organizowane zajęcia psycho- i socjoterapeutyczne, nastawione na współpracę z pacjentem i zaangażowanie go w proces terapeutyczny. Niemniej jednak, stan prawny w Polsce nie uległ równoczasowej zmianie i do ośrodków leczniczych nadal pacjenci byli kierowani przymusowo. W Polsce powstała paradoksalna sytuacja, kiedy to w specjalistycznych rządowych ośrodkach znajdowały się osoby, które miały nikłe szanse na wyleczenie, a osoby wykazujące nieprzymusową chęć otrzymania leczenia, tej pomocy nie otrzymywały [36]. Doprowadziło to do powstania pierwszego w Polsce ośrodku Anonimowych Alkoholików. Powstał on w Poznaniu w 1977 r. [40,43].

Początki zmian w systemie lecznictwa odwykowego zbiegły się z debatą publiczną na temat konieczności opracowania kolejnej ustawy. Uchwalono ją dnia 26 października 1982 roku. Jej projekt powstał przy udziale Solidarności i dużym zaangażowaniu Kościoła, jeszcze przed wprowadzeniem w Polsce stanu wojennego. Ustawa ta nakładała na państwo obowiązek realizowania spójnej polityki systematycznego ograniczania spożycia alkoholu w kraju. Przejęcie odpowiedzialności moralnej władzy za rozpijanie społeczeństwa stała się elementem nowej definicji alkoholizmu w Polsce. Usankcjonowanie tej zasady przyczyniło się do zmniejszenia postaw dyskryminacyjnych wobec pacjentów [32,35,44].

Wraz ze zmianami w prawie zmieniała się również oferta terapeutyczna. Ustawa z 1982 r. wprowadziła zasadę dobrowolnego leczenia, którą uznano za podstawową i dominującą. W latach 90. terapia uzależniania, oprócz psychoterapii, obejmowała również pomoc dla rodzin. Podejście lekarzy do pacjentów oparte było na założeniach koncepcji psychoterapii poznawczo - behawioralnej. Istotą tej terapii było uczenie nowych i konstruktywnych modeli zachowań. Prawie całkowicie zrezygnowano z leczenia uzależnienia od alkoholu metodami farmakologicznymi. Stan prawny z 1982 r., który zmienił system nozologiczny uzależniania od alkoholu, obowiązuje do dnia dzisiejszego w Polsce. Mimo naniesionych nowelizacji i rozporządzeń jest on głównym aktem prawnym regulującym politykę społeczną kraju w zakresie wychowania w trzeźwości.

Od roku 1982 rozpoczęła się również stopniowa profesjonalizacja kadry pracujących w ośrodkach lecznictwa odwykowego. W pierwotnej wersji ustawy znajdował się jedynie zapis, że ministrowie zdrowia i opieki społecznej oraz nauki, szkolnictwa wyższego i techniki, a także oświaty i wychowania zapewniają kształcenie niezbędnej liczby specjalistów z zakresu profilaktyki i leczenia problemów alkoholowych. W roku 1999 r. zostało wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia regulujące zakres kwalifikacji i funkcji personelu [45].

Zasady organizacji programów szkoleniowych oraz system wydawania certyfikatów opracowywała od tamtej pory powołana do tego celu Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), w porozumieniu z Instytutem Psychiatrii i Neurologii (IPiN). Powołanie wymienionej instytucji sprawiło, że jakość oferty leczniczej, a także przygotowanie profesjonalne osób udzielających pomocy podlegały stałym przemianom.

Niemniej ważnym krokiem było wprowadzenie nowelizacji (z dnia 24 lipca 1998 r), w której widniał zapis o powołaniu wojewódzkich ośrodków terapii uzależnienia i współuzależnienia (WOTUW), będących autonomicznymi jednostkami pełniącymi nie tylko rolę przychodni terapii uzależnień, lecz przede wszystkim koordynującymi pracę pozostałych zakładów lecznictwa odwykowego na terenie województwa. Większą autonomię, obowiązki i prawa zyskały w tym względzie samorządy. Dzięki temu system oferty mógł zostać dopasowany do indywidualnych potrzeb lokalnej społeczności [46].

Od opisanych powyżej zmian polskie lecznictwo odwykowe od początku lat 90. zaczęło podlegać procesowi modernizacji programowej. Zmiany dotyczą przede wszystkim organizacji lecznictwa. Procedury i standardy zostały ujednolicone i opisane dla wszystkich typów placówek. Głównym atutem tej polityki było to, że starano się podążać za duchem czasu, a wprowadzane zmiany sprawiały, że podjęcie leczenia stało się mniej stygmatyzujące i bardziej dostępne. W większym stopniu popularność zaczęły zyskiwać skuteczne

psychoterapie z aktywnym udziałem pacjentów w procesie leczenia. Zaprzestano stosowania terapii awersyjnych i uczulających. W 2008 r. na krótko w Polsce zaistniała sytuacja, że preparaty z disulfiramem stały się jeszcze mniej dostępne ze względu na wycofanie produkcji jego preparatu przez zakłady Polfa Warszawa. Podsekretarz stanu, powołując się na opinie ekspertów, tłumaczył ten krok wysoką nieskutecznością disulfiramu w leczeniu alkoholizmu i utrzymaniu abstynencji [47].

Niemniej jednak problem w społeczeństwie polskim jest wciąż obecny. Według statystyk PARPA, średnie roczne spożycie 100% alkoholu na 1 mieszkańca w litrach z rokiem na rok, w naszym kraju, wzrasta. W roku 1993 było to 6,52 litrów, natomiast w roku 2018 - 9,55 litrów. Czyni to z problemu uzależnienia od alkoholu wciąż żywy i aktualny problem, dla którego rozwiązania powinny być nieustannie dostosowywane do czasów i możliwości naszego kraju [48].

## WNIOSKI. SZANSE ZMIAN NA PRZYSZŁOŚĆ

Według raportu WHO Polacy spożywają 11,6 litrów czystego alkoholu *per capita*. Najchętniej sięgają po piwo, a w drugiej kolejności po trunki wysokoprocentowe. Większość mieszkańców Polski sięga po alkohol po raz pierwszy przed ukończeniem 15. roku życia. Nadużywanie alkoholu powoduje wiele problemów społecznych, takich jak zaburzenia rozwoju osób młodych, wypadki z udziałem nietrzeźwych kierowców, czy przemoc domową. Problem tak kluczowy w Polsce XXI wieku wydaje się nadal być ważnym zagadnieniem, który powinien koncentrować uwagę decydentów odpowiedzialnych za zdrowie publiczne naszego kraju oraz władz państwowych. Jak pokazuje przegląd historii, każda nowelizacja w prawie generowała społeczną odpowiedź, która wyrażała się w statystykach dotyczących sumarycznego spożycia alkoholu. W związku z faktem, że zjawisko alkoholizmu nie zniknęło, powinny być wobec tego podejmowane środki, aby nauczać odpowiedzialnego spożycia alkoholu. Społeczne przekonania na ten temat również odgrywają kluczową rolę. Udział kampanii bądź inicjatyw społecznych analogicznych do tych, implementowanych na terenie Szkocji, wydaje się odgrywać niemniej ważną rolę w szerzeniu świadomości na temat skutków spożycia alkoholu. Implementowanie rygorystycznych zasad i obostrzanie istniejących przepisów, mimo że wydawałoby się skuteczne, na przykładzie USA, nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Młodzież i tak znajduje alternatywne obejścia przepisów, co skutkuje większą popularnością alkoholu w tej grupie wiekowej. Wyłącznie efektywna

komunikacja i podnoszenie poziomu wiedzy wydaje się, na ten moment, być skuteczną metodą do świadomego podejmowania decyzji przez każdego człowieka.

## PIŚMIENNICTWO


1. https://sjp.pwn.pl/slowniki/alkohol.html (data dostępu 04.06.2020).
2. https://histmag.org/Krotka-historia-alkoholu-14314/ (data dostępu 04.06.2020).
3. David J.H.: Preventing Alcohol Abuse: Alcohol, Culture, and Control. Greenwood Publishing Group, Westport 1995.
4. Kawa-Rygielska J., Dziuba E., Pietrzak W.: Trendy i Innowacje w Procesach Fermentacji Etanolowej [w:] Innowacyjne Rozwiązania w Technologii Żywności I Żywieniu Człowieka. Tarko T., Drożdż I., Najgebauer-Lejko D., Duda-Chodak A. (red.). Wydawca Polskie Towarzystwo Technologów Żywności Oddział Małopolski, Kraków 2016: 61-68.
5. Aalto S., Ingman K., Alakurtti K., Kaasinen V., Virkkala J., Någren K., Rinne J., Scheinin H.: Intravenous ethanol increases dopamine release in the ventral striatum in humans: PET study using bolus-plus-infusion administration of raclopride. Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism 2015; 35: 424–431.
6. Abrahao K., Ariwodola O., Butler T., Rau A., Skelly M., Carter E., Alexander N., McCool B., Souza-Formigoni M., Weiner J.: Locomotor sensitization to ethanol impairs NMDA receptor-dependent synaptic plasticity in the nucleus accumbens and increases ethanol self-administration. The Journal of Neuroscience 2013; 33: 4834–4842.
7. Charlton M., Sweetnan P., Fitzgerald L., Terwilliger R., Nestler E., Duman R.: Chronic ethanol administration regulates the expression of GABA, receptor a1 and a5 subunit in the ventral tegmental area and hippocampus. Journal of Neurochemistry 2002; 68(1): 121-127.
8. Manthey J., Shield K., Rylett M., Hasan O., Probst Ch., Rehm J.: Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. The Lancet 2019; 393(10190): 2493-2502.
9. Management of Substance Abuse Department of Mental Health and Substance Abuse: Global status report on alcohol and health 2018. Geneva, Publishers & Resources - WHO, 2018.
10. http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2019/in-europe,-people-continue-to-consume-more-alcohol-than-in-any-other-place-in-the-world (data dostępu 04. 06.2020).
11. Rehm J., Zatonksi W., Taylor B., Anderson P.: Epidemiology and Alcohol Policy in Europe. Addiction 2011; 106(1): 11-19.

12. https://bbj.hu/economy/food-alcohol-spending-well-above-eu-average_174880 (data dostępu 04.06.2020).
13. https://hungarytoday.hu/toxicologist-number-of-alcohol-addicts-in-hungary-reaches-800 000/ (data dostępu 04.06.2020).
14. https://theconversation.com/alcohol-deaths-in-the-uk-second-highest-since-records-began -127148 (data dostępu 04.06.2020).
15. https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/statistics-on-alcohol/20 20/part-5 (data dostępu 04.06.2020).
16. Medisauskaite A., Kamau C.: Does occupational distress raise the risk of alcohol use, binge-eating, ill health and sleep problems among medical doctors? A UK cross-sectional study. British Medical Journal Open 2019; 9(5): 027362.
17. https://www.independent.co.uk/news/health/alcohol-scotland-deaths-buckfast-minimum-unit-price-record-low-england-wales-a8964011.html (data dostępu 04.06.2020).
18. https://www.scotsman.com/lifestyle/scotland-joins-eu-initiative-tackle-underage-and-bin ge -drinking-1416428 (data dostępu 04.06.2020).
19. https://www.shaap.org.uk/ (data dostępu 04.06.2020).
20. http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/62-wiat-problemow/610-problemy-zwiazane-z-dostepnoscia-alkoholu-8211-srodowiskowe-metody-zapobiegania.html?fbclid=IwAR1uU OI5dsXn70H8jloMNO7sIk1dOxNtSMMJxM8jO1TmY95xzY4d1aT_lkA (data dostępu 04.06. 2020).
21. https://www.revenue.wi.gov/Pages/FAQS/ise-atundrg.aspx#undrg1 (data dostępu 04.06. 2020).
22. https://www.alcohol.org/laws/?fbclid=IwAR2P9O3PHt5YkDQbsZv5MgHReUxKqvez4e Ec5fnNrZosyYSG4faMjATi868 (data dostępu 04.06.2020).
23. https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/alcohol-facts-and-statis tics?fbclid=IwAR0C7bMzL2Dcd8PuhOKD_wKqKjUFLEbELSimS6rBgxPVWGSCyIV 45-ngkOw (data dostępu 04.06.2020).
24. https://crashstats.nhtsa.dot.gov/Api/Public/ViewPublication/812864 (data dostępu 02.06. 2020).
25. Caetano R., Mills B., Pinsky I., Zaleski M., Laranjeira R.: The Distribution of Alcohol. Consumption and the Prevention Paradox in Brazil 2012; 107(1): 60-68.
26. Frąckowiak M., Motyka M.: Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu. Hygeia Public Health 2015; 50(2): 314-322.

27. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1 (data dostępu 02.06.2020).
28. http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki (data dostępu 02.06.2020)
29. http://www.statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-w-odzinie/50863,Przemoc-w- rodzinie.html (data dostępu 02.06.2020).
30. http://statystyka.policja.pl/st/ruch-drogowy/76562,wypadki-drogowe-raporty-roczne.html (data dostępu 02.06.2020)
31. Batawia S.: Społeczne skutki nałogowego alkoholizmu. Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1951.
32. Frieske K.: Ideologiczne przesłanki polityki społecznej wobec alkoholu. Alkoholizm i Narkomania 1993; 13: 46-56.
33. Święcicki A.: Alkohol: zagadnienia polityki społecznej. Wydawnictwo Ośrodek Badań Naukowych przy Zarządzie Głównym Społecznego Komitetu Przeciwalkoholowego, Warszawa 1968.
34. Dąbrowski S., Piotrowski A.: Przymusowe leczenie. Problemy Alkoholizmu 1979; 57(2): 5-7.
35. Moskalewicz J.: Polityka społeczna wobec alkoholu w Polsce w latach 1944-1982, Warszawa, PARPA, 1998.
36. Staniaszek M.: Aktualny model lecznictwa odwykowego i rola izb wytrzeźwień w Polsce. Alkoholizm i Narkomania 1992; 10: 63-100.
37. Chećko A.: Zarys podstaw prawnych polityki przeciwalkoholowej w latach 1959-1982. Warszawa, Wydawnictwo Prawnicze, 1984.
38. Lisowska J., Żakowska-Dąbrowska T., Twardowska J., Wiśniewska C., Zielińska M.: Ocena skuteczności leczenia odwykowego alkoholików w warunkach zamkniętych. Problemy Alkoholizmu 1973; 6: 78.
39. Rachowski A.: Przebieg i skuteczność leczenia odwykowego alkoholików w świetle badań katamnestycznych. Problemy Alkoholizmu 1973; 1: 7-10.
40. Woronowicz B.: Na zdrowie. Jak poradzić sobie z uzależnieniem od alkoholu. Warszawa, PARPA Media, 2008.
41. Żmudzki A., Morawski J.: 25 lat przymusowego leczenia alkoholików w Polsce. Psychiatria Polska 1983; 17, 147-157.
42. Moskalewicz J., Świątkiewicz G.: Deviants in a deviant institution: a case study of a Polish alcohol treatment hospital. Contemporary Drug Problems, Summer 1989; 157-176.

43. https://www.aairlandia.com/kim-jeste%C5%9Bmy/kr%C3%B3tka-historia-aa/ (data dostępu 02.06.2020).
44. Morawski J., Świątkiewicz G., Sobczyk E.: Stan ambulatoryjnego lecznictwa odwykowego. Alkoholizm i Narkomania 1992; 10: 101-120.
45. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1999 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów lecznictwa odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu. Dz.U. 1999 nr 3, poz. 44.
46. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 maja 1983 r. w sprawie regulaminów stacjonarnych zakładów lecznictwa odwykowego oraz domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu. Dz.U. 1983 nr 25, poz. 115.
47. http://orka2.sejm.gov.pl/IZ6.nsf/main/0169A444 (data dostępu 02.06.2020).
48. http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki (data dostępu 02.06.2020).

# Wybrane aspekty uzależnienia od alkoholu

**Jolanta Jeżyna[1], Grzegorz Bejda[2], Agnieszka Kułak-Bejda[3]**

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
3. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

## WSTĘP

W 1951 roku WHO zdefiniowało osobę uzależnioną od alkoholu jako osobę spożywającą duże ilości alkoholu, przy nasilonym uzależnieniu od alkoholu, z dodatkowo występującymi zaburzeniami psychicznymi, pogorszeniem stanu zdrowia psychicznego, somatycznego, zaburzeniami stosunków interpersonalnych, funkcjonowania społecznego oraz ekonomicznego [1].

Według obecnej definicji WHO uzależnienie od alkoholu jest stanem psychicznym i fizycznym wynikającym ze współdziałania żywego organizmu oraz alkoholu. Stan ten charakteryzuje się zmianami w zachowaniu oraz innymi następstwami, takimi jak: przymusem ciągłego lub okresowego używania alkoholu po to, aby doświadczyć psychicznych efektów jego działania lub/i aby uniknąć objawów wynikających z jego braku, np.: złe samopoczucie. [1].

Uzależnienie od alkoholu to zjawisko ciągle zajmujące wysoką pozycję w rankingu najczęstszych patologii. Do najważniejszych zjawisk negatywnych jego skutków zalicza się zagrożenia: ekonomiczne, społeczne, kulturowe i biologiczne. Alkoholizm dotyczy osób młodych, kobiet, mężczyzn zarówno ubogich, jak i zamożnych. Uzależnienie od alkoholu to choroba przewlekła, postępująca, która może zakończyć się zgonem. Alkoholizm jest problemem wieloczynnikowym, oddziaływującym nie tylko na zdrowie fizyczne, psychiczne człowieka, ale także na środowisko społeczne uzależnionego [2].

Według literatury alkoholizm jest różnie definiowany, a w tej dziedzinie istnieje chaos terminologiczny, w którym pojęcia pijaństwo, alkoholizm oraz nałóg stosowane są zamiennie i często wyróżnione w oparciu o różne kryteria [3].

Kulisiewicz [4] uważa, że jest tyle sposobów rozumienia alkoholizmu oraz pijaństwa, ilu jest badaczy zajmujących się tym problemem.

Pierwszym autorem pracy poświęconej chorobotwórczym skutkom nadużywania alkoholu był internista Trotter, który w roku 1804 określił pijaństwo, jako chorobę wywołaną przez odległą przyczynę, powodującą takie czynności i ruchy w żywym organizmie, które zakłócają czynności zdrowotne [cyt. za 5].

W roku 1993 Ernst oddzielił alkoholizm przewlekły od nałogu alkoholowego, przy czym za nałogowców uznał ludzi, którzy nie mogą zaprzestać picia, natomiast za alkoholików osoby, które cierpią wskutek uszkodzenia przez przewlekłe spożywanie alkoholu. Każde picie w określonych sytuacjach życiowych może stać się początkiem drogi alkoholowej [cyt. za 6].

Według Kinney [7], uzależnienie od alkoholu wiąże się z genetycznym dziedziczeniem pewnych właściwości metabolicznych i biologicznych, sprzyjających szybkiemu uzależnianiu się od alkoholu. Badania prowadzone na bliźniętach jednojajowych oraz dwujajowych (gdzie jedno z bliźniąt było uzależnione) wykazały, że u bliźniąt jednojajowych częstotliwość wystąpienia choroby alkoholowej jest znacznie większa, niż u bliźniąt dwujajowych [7]. Natomiast Błoz [8] wykazał, iż u synów ojców uzależnionych wielokrotnie częściej występuje alkoholizm.

Majkowski [9] podał argumenty popierające biologiczną koncepcję uzależnienia, takie jak m.in.:

- pewna grupa społeczeństwa posiada wrodzone lub nabyte niedobory endorfin, których niedobór czyni organizm podatnym na uzależnienie,
- osoby uzależnione pozostają uzależnione do końca swojego życia, ponieważ w mózgu zachodzą pewne nieodwracalne zmiany,
- każdy organizm inaczej reaguje na substancję toksyczną, jaką jest alkohol, co świadczy o biologicznym i genetycznym uwarunkowaniu pewnych predyspozycji organizmu do przyjmowania, metabolizowania alkoholu oraz odczuwaniu efektów jego działania.

Do psychicznych uwarunkowań uzależnienia od alkoholu można zaliczyć koncepcje: poznawcze, behawioralne, analityczne oraz teorię osobowości [9].

Według koncepcji behawiorystycznych wyróżnia się następujące hipotezy uzależnień od alkoholu [10]:

- redukcja napięcia - osoba spożywa alkohol w celu uzyskania stanu znacznej redukcji napięcia psychicznego sądząc, iż poprzez spożywanie alkoholu może osiągnąć ten efekt (tzw. działanie wzmocnień pozytywnych)

- uczenia się przez warunkowanie - jest to rola zmian wewnętrznych i zewnętrznych wywołanych działaniem alkoholu, które mogą sprzyjać osiągnięciu wyznaczonego celu.
- hipoteza modelowania - która za przyczynę powstawania uzależnienia podaje obserwowanie i modelowanie destrukcyjnych wzorców picia stosowanych przez osoby bliskie; internalizowane są postawy rodziców, osób z otoczenia oraz oczekiwanie na pozytywne efekty działania alkoholu.

Według teorii Mellibruda [11] ludzie posiadają cechy osobowości sprzyjające sięganiu po alkohol, takie jak np.:

- niskie ego, negatywny obraz siebie, słaba identyfikacja z płcią, niedojrzałość emocjonalna, wrogość i impulsywność;
- neurotyczność, wysokie natężenie lęku np.: przed śmiercią, depresyjność, histeryczność;
- zwiększona wrażliwość na bodźce, tendencja do intensyfikacji wrażeń i nasilania działania bodźców w celu spotęgowania stymulacji;
- zależności interpersonalne oraz emocjonalne.

Bardzo istotnym wskaźnikiem rozwoju uzależnienia jest wpływ środowiska rodzinnego, ponieważ wskutek negatywnego oraz długotrwałego oddziaływania najbliższego otoczenia może dojść do ukształtowania tzw. osobowości przednałogowej [12].

Sięgnięciu po alkohol mogą sprzyjać pewne cechy osobowości, które zostały wykształcone w konsekwencji przeżytych w dzieciństwie: traum, stresu i zaniedbań, na trwałe zarysowujące się w osobowości uzależnionej osoby. Niskie poczucie własnej wartości, nieśmiałość, lęk społeczny wynikają z braku odpowiednich umiejętności interpersonalnych, kompetencji w nawiązywaniu oraz podtrzymywaniu bliskich związków. Alkohol oddziałując chemicznie na organizm, daje odwagę oraz pewność siebie pijącemu i sprawia, że postrzega on siebie o wiele korzystniej, niż w stanie trzeźwości [13].

Szacuje się, iż w Polsce żyje około 800 tysięcy nałogowych alkoholików, natomiast około 2 miliony osób nadużywa alkoholu, około 4 miliony żyje w rodzinach, w których z powodu alkoholu doszło i w dalszym ciągu dochodzi do: przemocy, zaniedbań, ubóstwa oraz demoralizacji. Natomiast 2 miliony dzieci cierpi z powodu alkoholizmu w rodzinie, a 70% rozwodów spowodowanych jest nadmiernym spożywaniem alkoholu [2,14].

Poziom spożycia alkoholu w Polsce jest wysoki i od lat rośnie, mimo iż z konsumpcją alkoholu wiążą się zagrożenia. Policzalne negatywne koszty spożywania alkoholu są duże, gdyż obejmują, m.in.: choroby, urazy, wypadki, przestępczość oraz obniżoną produktywność.

Istotna część kosztów związanych z nadużywaniem alkoholu jest trudna do oszacowania, w tym m.in. dotyczy to spadku jakości życia, cierpienia rodzin, złego wpływu na wychowanie dzieci, cierpienia ofiar wypadków drogowych i przestępstw, ubóstwa, degradacji, wykluczenia społecznego [2].

## OBJAWY POSZCZEGÓLNYCH ETAPÓW UZALEŻNIENIA

Uzależnienie od alkoholu jest chorobą, która zaczyna się i rozwija podstępnie, bez świadomości danej osoby, a polega na niekontrolowanym piciu napojów alkoholowych, co może doprowadzić do przedwczesnej śmierci [15].

Wiele osób może uniknąć kłopotów wynikających z nadużywania alkoholu, jeżeli odpowiednio wcześnie dostrzeże sygnały wskazujące, iż nadmierne spożywanie alkoholu może stać się zbyt niebezpieczną sprawą w życiu.

Razem z rozwojem choroby dochodzi do przechodzenia przez poszczególne fazy, z których każda niesie ze sobą coraz większą destrukcję w różnych sferach funkcjonowania człowieka (np.: w jego zdrowiu, kontaktach z ludźmi, wykonywaniu zadań życiowych) i stale umacnia się jej mechanizm, utrudniając, a nawet uniemożliwiając adekwatne postrzeganie przez alkoholika siebie i swojej sytuacji (nie jest w stanie wychwycić momentu granicznego, świadczącego o stopniu zaawansowania choroby alkoholowej). Taki człowiek minimalizuje swoje problemy z piciem lub/i używa innych tłumaczeń, które ułatwiają niedostrzeganie problemu. To wszystko powoduje, że zdecydowana większość osób nie chce się leczyć [15].

Jellinek, jako pierwszy przedstawił, w jaki sposób dochodzi do powstawania oraz pogłębiania się uzależnienia od alkoholu, dokonując podziału procesu powstawania choroby na poszczególne fazy [7]:

- Faza wstępna, prealkoholowa trwająca od kilku miesięcy do kilku lat, zaczynająca się od konwencjonalnego stylu picia, osoba spożywająca alkohol odkrywa, iż alkohol, oprócz dawania przyjemności, uśmierza różne przykre stany emocjonalne, a za tym idzie wzrost tolerancja na alkohol.
- Faza ostrzegawcza, rozpoczynająca się w momencie pojawienia się luk pamięciowych, ma to miejsce wtedy, gdy człowiek, nie traci przytomności, a nie może przypomnieć sobie swojego postępowania i okoliczności związanych ze spożywaniem alkoholu; charakteryzuje się koncentracją na alkoholu, piciu po kryjomu, tworzeniu sytuacji do wypicia oraz poczuciem winy z powodu wypicia alkoholu. Oprócz tego, u osoby

zagrożonej alkoholizmem można zaobserwować charakterystyczne zachowania np.: przyspieszanie tempa picia oraz inicjowanie „kolejek”; duża zmiana w zachowaniu po alkoholu - osoba dotąd cicha nagle staje się duszą towarzystwa, dużo mówi, jest odważniejsza; dochodzi do picia potajemnego, aby szybciej osiągnąć stan upojenia; picie bez okazji, w samotności.

- Faza krytyczna, rozpoczynająca się od utraty kontroli nad piciem, osoba uzależniona szuka różnych argumentów usprawiedliwiających picia, dochodzi do pojawienia się stanów agresji, zamiennie ze stanami wyrzutów sumienia. Zostają podejmowane próby uzyskania tzw. kontroli nad piciem, poprzez wyznaczanie sobie okresów czasu całkowitej abstynencji. Dochodzi do użalanie nad sobą, kończąc się często próbą samobójczą. Cechą charakterystyczną tej fazy jest gwałtowny spadek samooceny, poczucie pustki oraz bezradności. Dezorganizacji ulegają: stosunki z otoczeniem, kontakty z przyjaciółmi, problemy w pracy. Dochodzą również kłopoty ze zdrowiem, spowodowane przez nadmierne spożywanie alkoholu. Zaczyna się poranne picie alkoholu tzw. "klin".
- Faza przewlekła, zaczyna się wraz z wystąpieniem wielodniowych ciągów. Narasta konflikt z otoczeniem, dochodzi do utrata rodziny, pracy oraz zmniejsza się tolerancja na alkohol. Występują problemy ze zdrowiem m.in.: nasilone objawy abstynencyjne, zaburzenia snu, psychozy alkoholowe. Na tym etapie alkoholik sięga nie tylko po typowe trunki, ale z braku pieniędzy może spożywać trujące surogaty alkoholowe np. denaturat. Z powodu zatrucia coraz częściej takie osoby bywają w izbach wytrzeźwień oraz w szpitalach. Picie bez przerwy i nie podjęcie leczenia może doprowadzić do całkowitego wyczerpania organizmu, a nawet śmierci.

Według teorii Jellinek różnice w nasileniu problemów alkoholowych wynikają z uwarunkowań kulturowych oraz społecznych i w związku z tym uwzględnił on różne modele picia oraz jego następstw i wyróżnił pięć typów alkoholizmu [16]:

1. Typ Alfa, obejmujący kontrolowane oraz umiarkowane picie alkoholu, które pomaga m.in.: w uzyskaniu ulgi, lepszego samopoczucia psychicznego lub/i usunięcia przykrych dolegliwości somatycznych - na tym etapie mogą wystąpić społeczne szkody wynikające ze spożywania alkoholu.
2. Typ Beta, charakteryzujący się nadmiernym piciem alkoholu, powodującym fizyczne szkody w organizmie np.: uszkodzenie wątroby, nieżyt żołądka, zapalenie wielonerwowe - nie dochodzi do wystąpienia objawów świadczących o uzależnieniu psychicznym i fizycznym organizmu.

3. Typ Gamma, to nadmierne, trwające długi czas nadużywanie alkoholu, powodujące chorobę alkoholową z towarzyszącymi jej objawami psychicznego oraz fizycznego uzależnienia, zaburzeniami zachowania i zmianami osobowości - cechami charakterystycznymi tego typu, to m.in.: utrata kontroli nad rozpoczętym piciem, tolerancja alkoholu, przystosowanie metabolizmu komórkowego do alkoholu, objawy abstynencyjne.
4. Typ Delta, charakteryzujący się niemożnością utrzymania trzeźwości spowodowaną występowaniem objawów abstynencyjnych nawet po krótkim czasie niepicia, a jednocześnie z początkową kontrolą ilości wypijanego alkoholu, pojawiającą się zwiększoną tolerancją, przystosowaniem metabolizmu i objawami abstynencyjnymi - występuje u osób pijących w sposób ciągły niskoprocentowe trunki, sprawiając, że alkohol utrzymuje się na stałym poziomie w organizmie, nie wywołując wyraźnych objawów zatrucia, przy czym szkody społeczne, jak i zdrowotne zauważalne są w późniejszym czasie.
5. Typ Epsilon, jest okresowym upijaniem się osoby potrafiącej utrzymać abstynencję nawet przez rok oraz niedoświadczającej w tym okresie silnego pragnienia alkoholu, jednak, gdy zacznie pić, robi to w sposób intensywny, aż do wystąpienia silnych objawów fizycznych i psychicznych.

Dodatkowo można wyróżnia się dwa typy uzależnienia od alkoholu [17]:

- Typ I - charakteryzujący się późnym początkiem, stopniowym rozwojem nałogu, niewielką liczbą krewnych uzależnionych od alkoholu - występuje tak samo często u kobiet, jak i mężczyzn oraz jest łagodniejszy w przebiegu.
- Typ II - charakteryzujący się wcześniejszym początkiem, przed 25. rokiem życia, szybkim rozwojem nałogu, większą liczbą krewnych uzależnionych od alkoholu, występuje częściej u mężczyzn, w jego przebiegu pojawiają się zachowania zagrażające samemu choremu i innym osobom oraz przestępstwa.

Objawy uzależnienia od alkoholu są różne i wykazują ścisłą zależność od osoby, która go doświadcza, mogą pojawiać się w różnej kolejności oraz w różnym nasileniu. Do najpowszechniej występujących należą np. [18]:

- zaprzeczanie problemu z alkoholem, przy jednoczesnych dowodach na jego występowanie;
- zmiana tolerancji na alkohol;

- objawy abstynencyjne: niepokój, lęk, zaburzenia snu, bóle głowy, uczucie rozbicia, dreszcze, drżenie kończyn, skurcze mięśni, szybkie bicie serca, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, wzmożona potliwość, nudności, biegunki, rozszerzone źrenice, podniecenie;
- objawy psychoruchowe - niepowikłany alkoholowy zespół abstynencyjny;
- drgawki abstynencyjne - forma powikłanego alkoholowego zespołu abstynencyjnego;
- koncentracja aktywności życiowej wokół picia;
- chwilowe abstynencje kończące się powrotem do nałogu;
- łaknienie alkoholu, wewnętrzny przymus picia;
- utrata kontroli nad piciem, przymus kontynuowania picia, jeżeli wypiło się nawet niewielką ilość alkoholu;
- zaburzenia pamięci oraz świadomości.

## LECZENIE I SKUTKI ALKOHOLIZMU

W kontakcie terapeutycznym z osoba uzależnioną od alkoholu jednym z najtrudniejszych zadań to zmotywowanie jej do podjęcia leczenia. Zaprzeczania istnienia problemów wynikają u tych osób z samych mechanizmów choroby (iluzji i zaprzeczeń), które sprawiają, że osoba uzależniona, w miarę, jak problem narasta zaczyna izolować się od sytuacji życiowych i negatywnych sygnałów płynących od osób z otoczenia, a także z własnego organizmu w taki sposób, aby bronić dobrego mniemania o sobie i obrony picia [18,19].

Do rozpoznania alkoholizmu potrzebne jest stwierdzenie trzech objawów występujących w ciągu ostatniego roku [20]:

- silna potrzeba picia/ kompulsywne picie alkoholu.
- trudność w kontrolowaniu zachowań związanych z piciem np.: upośledzenie kontrolowania rozpoczęcia picia, długości trwania picia, ilości alkoholu.
- stan abstynencyjny, spowodowany przerwaniem picia albo zredukowania dawki alkoholu.
- wystąpienie tolerancji na potrzebę spożywania większych dawek do wywołania efektu powodowanego poprzednio mniejszą dawką.
- postępujące zaniedbanie alternatywnych przyjemności, zainteresowań.
- spożywanie alkoholu mimo wiedzy ta temat szkodliwości na zdrowie człowieka.

W celu rozpoznania zaburzeń alkoholowych dodatkowo wykorzystuje się metody kwestionariuszowe [21]:

**a)** AUDIT - dotyczy krótkich interwencji alkoholowych, pozwala oszacować spożycie alkoholu, ocenę zachowań związanych z piciem oraz problemów związanych ze spożywaniem alkoholu, które wystąpiły w ciągu roku poprzedzającego badanie.

**b)** CAGE - wskazuje na prawdopodobieństwo nadmiernego spożywania alkoholu lub występowanie uzależnienia przy dwóch pozytywnych odpowiedziach lub więcej z czterech pytań.

**c)** MAST - kwestionariusz oceniający opinie pacjenta na temat spożywania alkoholu, opinie rodzin, przyjaciół, problemy spowodowane piciem oraz objawy uzależnienia od alkoholu.

Leczenie alkoholizmu ma różne cele i ich zadaniem jest [22]:

- zmniejszenie ilości wypijanego alkoholu;
- leczenie zespołów odstawienia alkoholu, które polega na wyrównaniu niedoborów pokarmowych i zaburzeń wodno - elektrolitowych, podawaniu leków działających przeciwdrgawkowo i przeciwlękowo;
- leczenie powikłań alkoholizmu, polegających na leczeniu następstw nadużywania alkoholu;
- leczenie odwykowe, może przebiegać w różnej formie, może mieć postać psychoterapii, terapii zajęciowej, być w formie ambulatoryjnej lub w odosobnionym ośrodku.

Sposób leczenia alkoholizmu jest dosyć obszerny i zaliczyć do niego można:

1. Detoksykację alkoholową (detoks, odtrucie alkoholowe), jest procesem leczenia AZA (alkoholowego zespołu abstynencyjnego). Występują one u osób uzależnionych od alkoholu, po ciągach picia, zazwyczaj w kilka do kilkunastu godzin po ograniczeniu spożycia alkoholu. Detoksykacja ma na celu [23]:
    - usunięcie toksyn spowodowanych zatruciem alkoholem oraz zmianą metabolizmu w ciągu alkoholowym
    - wyrównanie zaburzeń wodno - elektrolitowych, poziomu jonów potasu, sodu, magnezu
    - likwidację abstynencyjnych objawów psychicznych i somatycznych
    - leczenie schorzeń wywołanych, zaostrzonych przez alkoholizm
    - zapobieganie i łagodzenie powikłań głównie padaczki alkoholowej i majaczenia alkoholowego;

- motywację chorego do rozpoczęcia lub/i kontynuacji leczenie odwykowego.

Detoksykację alkoholową rozpocząć należy od dokładnej diagnostyki pacjenta, m.in. poprzez [24]:

- zebranie wywiadu o przebytych schorzeniach, urazach, leczeniu, stopniu zaawansowania uzależnienia od alkoholu, występowaniu i przebiegu AZA w przeszłości;
- badanie stanu ogólnego, ocenę stanu układu krążenia, oddechowego, przeprowadzenie badania neurologicznego.
- ocenę stanu psychicznego pacjenta m.in.: świadomość, kontakt, obecność objawów wytwórczych, niepokój, lęk, zaburzenia snu, objawy depresyjne, zaburzenia pamięci;
- badania podstawowe, m.in.: oznaczenia zawartości alkoholu w wydychanym powietrzu lub we krwi, morfologia krwi obwodowej, ocena uszkodzenia i wydolności wątroby, zaburzeń wodno - elektrolitowych, metabolicznych, badanie ogólne moczu, EKG.
- w razie potrzeby wykonanie diagnostyki obrazowej: tomografia komputerowa głowy, USG jamy brzucha, RTG klatki piersiowej, EEG.

W celu zmniejszenia objawów odstawienia alkoholu podaje się środki farmakologiczne m.in: nieuzależniające leki uspokajające, nasenne, przeciwdrgawkowe, antydepresyjne, płyn wieloelektrolitowy, glukozę z witaminami, antybiotyki, płyny uzupełniające, elektrolity ustrojowe. Detoksykacja odbywa się w warunkach całodobowej opieki medycznej [2].

2. Leczenie farmakologiczne - stosowanie środków farmakologicznych, bez względu na ich skład chemiczny i profil działania, nie może być traktowane jako leczenie uzależnienia od alkoholu. Z badań przeprowadzonych na zwierzętach doświadczalnych, kilkanaście leków doczekało się prób klinicznych, a akamprozat oraz leki blokujące receptor opiodowy: naltrekson i nalmefen zostały uznane za leki, których skuteczność w wydłużaniu abstynencji lub zmniejszaniu ilości wypijanego alkoholu uważa się za udowodnioną medycznie [25].
3. Spotkania indywidualne z terapeutą - to ważny element programu placówki odwykowej. Podczas takich spotkań dochodzi do pierwszego kontaktu pacjenta z placówką. Osoba uzależniona zostaje zapoznana z programem leczniczym, warunkami uczestnictwa - zostaje zawarty kontrakt terapeutyczny, co prowadzącemu terapię umożliwia przeprowadzenie diagnozy problemu alkoholowego oraz ustalenie szczegółowego programu pomocy. W trakcie indywidualnego kontaktu z terapeutą osoba uzależniona

pracuje nad odkrywaniem tego, kim naprawdę jest i jakiego spustoszenia dokonał w niej alkoholizm [2].

4. Terapia grupowa - sprawdza się w leczeniu osób uzależnionych od alkoholu. To, co człowiek uzależniony ma najbardziej zaburzone w swoim życiu, to relacje z innymi ludźmi. Szczególnie dużą rolę odgrywają grupy Anonimowych Alkoholików, Dorosłych Dzieci Alkoholików, Grupy Krewnych i Przyjaciół Alkoholików różnego rodzaju inicjatywy, związane z Kościołem Katolickim np.: Bractwo Trzeźwości, Krucjata Wyzwolenia Człowieka, Apostolstwo Trzeźwości Warszawskiej Prowincji Braci Mniejszych Kapucynów [2].
5. Zajęcia edukacyjne - mają na celu zdobycie wiedzy na temat alkoholu, skutków jego działania oraz przyswojenia sobie informacji o chorobie alkoholowej [2].
6. Treningi psychologiczne: TAZA (trening asertywnych zachowań abstynenckich), trening interpersonalny, trening asertywności, trening radzenia sobie z konfliktami w małżeństwie, trening umiejętności wychowawczych dla rodziców. Takie treningi mają na celu rozwój umiejętności potrzebnych w różnych sytuacjach społecznych. Efektywne radzenie sobie z trudnymi sytuacjami zmniejsza możliwość wystąpienia nawrotu do nałogu alkoholowego [26].

Alkohol przynosi negatywnie skutki na cały organizm, powodując m.in. [27]:

- zaburzenia wzroku;
- zaburzenia słuchu;
- pogorszenie precyzji ruchów;
- zakłócenie funkcji ośrodków kory mózgowej, otępienie i senność;
- brak apetytu;
- zaburzenia czucia w kończynach na bodźce zewnętrzne: zimno, ciepło, ciasne obuwie, kurcze łydek, drętwienie i mrowienie palców stóp;
- owrzodzenia troficzne;
- zanik mięśniowy;
- niedowład kończyn;
- zaburzenia akcji serca, kardiomiopatia alkoholowa, napad częstoskurczu lub migotanie przedsionków;
- podwyższenie ciśnienia tętniczego krwi;
- przekrwienie śluzówki jamy ustnej;

- stan nieżytowy, zapalenie błony śluzowej żołądka, wrzody żołądka;
- niedobory białkowe, mineralne oraz witaminowe;
- alkoholowe zapalenie wątroby;
- ostre zapalenie trzustki;
- zaburzenia pamięci, myślenia, koncentracji;
- psychoza alkoholowa, otępienie alkoholowe, paranoję alkoholową, majaczenia alkoholowe, halucynoza alkoholowa,
- padaczka alkoholowa,
- w ostateczności zgon.

Brown opracował model powrotu do zdrowia, który opiera się na założeniu, że jest to wielowymiarowy, złożony oraz długofalowy procesem, osadzony w teorii rozwoju człowieka, obejmujący następujące fazy, którym przypisane są określone zadania rozwojowe m.in. [28]:

- Faza picia - alkohol jest główną motywacją działania i zajmuje naczelne miejsce w dążeniach osoby. Silnie koncentruje uwagę człowieka wszystkie inne sprawy oraz obowiązki odsuwane są na dalszy plan. Podtrzymywane są zaprzeczenia bycia alkoholikiem oraz zdolność kontrolowania picia. Punkt przełomowy to jakiś punkt zwrotny w życiu osoby, które ma ogromne znaczenie. Sięgnięcie dna, kapitulacja w postaci akceptacji utraty kontroli nad piciem alkoholu wyznaczają punkt, od którego zaczyna się przemiana.
- Faza przejściowa - związana jest z pojawieniem się pierwszych rys w logice alkoholika - racjonalizacji i alkoholicznych zachowań. Dochodzi do przełamania zaprzeczeń oraz zakwestionowania poglądów, przekonań utrzymywanych w fazie picia. Osoba, akceptuje fakt utraty kontroli nad spożywaniem alkoholu oraz fakt bycia alkoholikiem. Przełamuje izolację społeczną, poszukuje pomocy, z czasem doświadczając w kontaktach z innymi alkoholikami poczucia bezpieczeństwa oraz przynależności.
- Wczesna faza powrotu do zdrowia - jest okresem stabilnej formy kontynuacji fazy przejściowej, w której istotne jest umocnienie nowej tożsamości jako alkoholika wraz z odpowiadającym jej przekonaniem o utracie kontroli nad spożywaniem alkoholu. Osoba uzależniana zaczyna wracać do relacji rodzinnych, towarzyskich, zawodowych, zmienia światopogląd, rozszerza dotychczasowe horyzonty oraz swoją świadomość, zaczynając inaczej postrzegać siebie i świat zewnętrzny. Doświadcza wsparcie ze strony innych.

- Faza ustawicznego trzeźwienia - cechuje się trwałością tożsamości osoby uzależnionej od alkoholu oraz zachowań abstynenckich. Wiąże się to ze zmianą znacznie więcej niż tylko samego zachowania, a głębsze zmiany stanowią cel zasadniczej pracy nad sobą podczas ustawicznego powrotu do zdrowia. Alkoholik nabywa oraz umacnia swoje umiejętności przebywania wśród ludzi i z ludźmi, odzyskuje zaufanie innych oraz zaufanie do samego siebie.

## SYSTEM LECZENIA ALKOHOLIZMU W POLSCE

Według Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w 2014 roku spożycie 100% alkoholu w Polsce wynosiło 9,4 l. Pomimo podwyżki podatku akcyzowego w latach 2009 i 2014 spożycie alkoholu przez Polaków systematycznie wzrasta. Najczęściej spożywanym alkoholem w Polsce jest piwo (55,6%). Spożycie wyrobów spirytusowych i spożywania wina wyniosło - 37,2%, zaś miodów pitnych - 7,2%. Polacy najczęściej piją alkohol w domu (65%), u znajomych, przyjaciół, rodziny (24%), na świeżym powietrzu (12%). Znacznie rzadziej w pubach (8%), restauracjach (5%), klubach oraz dyskotekach (4%). 25% dorosłych Polaków sięga po alkohol co najmniej raz w tygodniu (38% mężczyzn i 10% kobiet) [29].

Według danych WHO w 2010 roku, przeciętne spożycie alkoholu w populacji osób pijących powyżej 15. r.ż. w Polsce wyniosło - 24,2 l/100% alkoholu. W tym okresie wyraźnie zaobserwowano wzrost spożywania alkoholu wśród mężczyzn (31,5 l) [30].

W leczenia uzależnienia od alkoholu bardzo popularny jest Model Minnesota, który powstał w 1946 roku. W Polsce użyto go w połowie lat 80. XX wieku w Oddziale Odwykowym Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Do podstawowych założeń Modelu Minnesota należą [17]:

- traktowanie alkoholizmu jako choroby podstawowej, niebędącej przejawem i konsekwencją innej choroby;
- traktowanie alkoholizmu jako choroby przewlekle postępującej, śmiertelnej i niezawinionej;
- motywacja jako niekonieczny element w przebiegu oraz wyników zdrowienia;
- uznanie zaprzeczenia osoby uzależnionej jako najistotniejszego czynnika choroby;
- traktowanie pacjentów uzależnionych od alkoholu z szacunkiem oraz zrozumieniem;

- dożywotnia abstynencja od wszystkich środków psychoaktywnych;
- indywidualne podejście do pacjenta oraz prowadzenie terapii w małych grupach;
- aktywny udział w procesie terapeutycznym rodziny i osób bliskich;
- wykorzystanie w terapii elementów Programu Dwunastu Kroków oraz udział w spotkaniach AA.

W Polsce wobec alkoholików stosowany jest model psychoterapii strategiczno - strukturalnej, stworzony przez Melliburdę. Do analizy funkcjonowania alkoholika i przygotowania wskazań do terapii zbudowany został model psycho-bio-społeczny (PBS). Obejmuje on trzy specyficzne mechanizmy patologiczne, które tworzą uzależnienie, zbiór innych zjawisk oraz czynników aktywizujących te mechanizmy. Podstawowym zadaniem terapii uzależnienia jest zatrzymanie działania tych mechanizmów i ich usunięcie [31].

System patologicznego funkcjonowania osoby uzależnionej tworzony jest przez współdziałanie [32]:

- mechanizmu nałogowego regulowania emocji - dotyczy pracy nad uznaniem własnego uzależnienia oraz powstrzymania się od picia, zrozumienia uzależnienia i zasad terapii, rozpoznania własnego uzależnienia oraz bezsilności wobec alkoholu, wspierania wczesnej abstynencji, zmiany tożsamości alkoholowej.
- mechanizmu iluzji i zaprzeczania - polega na rozbrajaniu mechanizmów uzależnienia oraz zapobieganiu nawrotom w odniesieniu do mechanizmu nałogowej regulacji emocji, mechanizmu iluzji, zaprzeczania i mechanizmu rozpraszania i rozdwajania „Ja”.
- Mechanizmu rozpraszania - jest to zmiana zachowań i sytuacji społecznej pacjenta w postaci wycofania się z sytuacji wysokiego ryzyka, naprawiania szkód spowodowanych przez spożywanie alkoholu oraz uczenia się umiejętności zapobiegania nawrotom.
- rozdwajania „Ja” - to rozwiązywanie problemów osobistych związanych z naprawianiem szkód spowodowanych przez picie, zmian tendencji autodestrukcyjnych, destrukcyjnych form relacji z otoczeniem oraz budowania pozytywnej wizji własnej osoby i życia.

Podstawą prawną funkcjonowania lecznictwa odwykowego w Polsce tworzą art. 21, 22 i 23 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1999 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów lecznictwa odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu (Dz.U. z 2000 r. Nr

3, poz. 44) [33]. Ustawa o wychowaniu w trzeźwości oraz przeciwdziałaniu alkoholizmowi określa m.in.: leczenie odwykowe odbywa się na terenie zakładów lecznictwa odwykowego, istnieją dwie kategorie osób uzyskujących świadczenia w zakładach lecznictwa odwykowego i są to osoby uzależnione i współuzależnione. Osobom uzależnionym od alkoholu i członkom ich rodzin przysługują bezpłatne świadczenia zdrowotne w zakresie terapii uzależnienia i współuzależnienia [33].

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia, istnieją następujące rodzaje zakładów lecznictwa odwykowego:

a) Wojewódzki ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia (WOTUW).
b) Przychodnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia.
c) Poradnia dla osób z problemami alkoholowymi.
d) Oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (OLAZA).
e) Całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu (COTUA).
f) Dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu.
g) Ośrodek terapii uzależnień od alkoholu.

## PIŚMIENNICTWO


1. Woronowicz B.: Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia. Warszawa, Wydawnictwo Media Rodzina, 2009.
2. Ryszkowski A., Wojciechowska A., Kopański Z., Brukwicka I., Lishchynskyy Y., Uracz W.: Walka z uzależnieniem alkoholowym. Journal of Clinical Healthcare 2015; 1: 14-43.
3. Hryniewicz L.: Człowiek- alkohol- alkoholizm. Warszawa, PARPA, 1972.
4. Kulisiewicz T.: Uzależnienia alkoholowe. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1982.
5. Woronowicz B.: Alkoholowe vademecum dla każdego. Zakroczym, Wydawnictwo Bracia Mniejsi Kapucyni Ośrodek Apostolstwa Trzeźwości, 1993.
6. Linowski K., Jędrzejko M.: Trzeźwość i uzależnienia jako wyzwanie duszpasterskie i pedagogiczne. Radom, Wydawnictwo Diecezji Radomskiej Ave, 2012.
7. Kinney J., Leaton G.: Zrozumieć alkohol. Warszawa, PARPA, 1996.
8. Bołoz W.: Uzależnienia i odpowiedzialność. Studia nad Rodziną 1998; 2: 83-92.
9. Majkowski W.: Społeczny kontekst uzależnień. Warszawa, Wydawnictwo UKSW, 1998.
10. Ryś M.: Rodzinne uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików. Warszawa, Wydawnictwo PWN, 2008.

11. Mellibruda J.: Psychologiczna analiza funkcjonowania alkoholików i członków ich rodzin. Warszawa, Wydawnictwo IPZ, 1999.
12. Karpowicz J.: Paradygmaty psychoterapii. Warszawa, Wydawnictwo Eneteia, 2003.
13. Dziewiecki M.: Rola Kościoła w wychowaniu do wolności w kontekście integralnego spojrzenia na profilaktykę. Warszawa, Wydawnictwo UKSW, 1992.
14. Bronowski P., Sawicka M., Kluczyńska S.: Rozpowszechnienie spożycia alkoholu wśród pacjentów szpitali ogólnych po 60. roku życia. Gerontologia, 2011; 19(1): 47-52.
15. Maisto S.A., Galizio M., Connors G.J.: Uzależnienia, Zażywanie i Nadużywanie. Warszawa, Katolicka Fundacja Pomocy Osobom Uzależnionym i Dzieciom Karan, 2000.
16. Jellinek E.M.: Phases of Alcohol Addiction, Quarterly Journal of Studies on Alcohol. 1952; 13: 673-684.
17. Woronowicz B.T.: Na zdrowie. Jak poradzić sobie z uzależnieniem od alkoholu. Poznań, Wydawnictwo Edukacyjne PARPA Media, 2008.
18. Chodkiewicz J.: Zapobieganie nawrotom w chorobie alkoholowej- przegląd piśmiennictwa. Psychiatria, 2006; 3: 105-112.
19. Chodkiewicz J.: Terapia osób uzależnionych od alkoholu: lęk i depresja a zasoby osobiste. Alkoholizm i Narkomania 2010; 3: 201-216.
20. Habrat B.: Przewodnik lekarza praktyka. Szkody zdrowotne spowodowane alkoholem. Warszawa, Wydawnictwo PWN, 1996.
21. Maisto S.A., Krenek M.: Historia używania i aktualne używanie substancji psychoaktywnych. Warszawa, Wydawnictwo UW, 2013.
22. Mellibruda J., Sobolewska- Mellibruda Z.: Integracyjna psychoterapia uzależnień. Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia, 2006.
23. Czabała J.C.: Czynniki leczące w procesie terapii. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2006.
24. Habrat B., Waldman W., Sein Anans J.: Postępowanie w alkoholowych zespołach abstynencyjnych. Przegląd Lekarski 2012; 69(8): 470-475.
25. Garbutt J.C., West S.L., Carey T.S., Lohr KN., Crews F.T.: Pharmacological treatment of alcohol dependence. A review of the evidence. JAMA 1999; 281: 1318-1325.
26. Miller W.R, Walters S.C., Bennett M.: How effective is alcoholism treatment in the United States. The Journal of Studies on Alcohol and Drugs 2001; 62: 211-220.
27. Szczygieł Ł.: Psychofarmakoterapia uzależnienia od alkoholu. Gazeta Farmaceutyczna 2008; 8: 24-27.

28. Brown S.: Leczenie alkoholików. Rozwojowy model powrotu do zdrowia. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1992.
29. Zgliczyński W.S.: Alkohol w Polsce. Infos 2016; 11(215): 1-4.
30. World Health Organization: Global status report on alcohol and health 2014
31. Wnuk M., Marcinkowski J. T.: Alkoholizm - przegląd koncepcji oraz metod leczenia. Hygeia Public Health 2012; 47(1): 49-55.
32. Mellibruda J.: Strategiczno-strukturalna terapia uzależnienia. Alkoholizm Narkomania 1997; 3: 307-324.
33. Kancelaria Sejmu, Dz. U. 1982 Nr 35 poz. 230.

# Uzależnienie i współuzależnienie od alkoholu

**Beata Lachowicz[1], Grzegorz Bejda[2], Agnieszka Kułak-Bejda[3]**

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
3. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

## WSTĘP

Alkoholizm to przewlekła, ciężka i postępująca choroba, która polega na fizycznym, a także psychicznym uzależnieniu od alkoholu, będąca problemem nie tylko chorego, ale i całej jego rodziny, przyczyniając się do wielokierunkowych negatywnych następstw. Około 15% społeczeństwa polskiego nadużywa alkoholu, natomiast 2% jest uzależniona [1,2].

Spożywany alkohol wywiera silny wpływ na hemostazę ustroju, poprzez działanie na układ wegetatywny, gospodarkę wodno–elektrolitową, układ endokrynny, a także proces wchłaniania niezbędnych substancji odżywczych. Nadmierne spożycie alkoholu skutkuje niedoborem witamin oraz innych pierwiastków niezbędnych dla organizmu. Konsekwencją tych deficytów są zmiany skórne, na błonach śluzowych i w szpiku kostnym oraz choroby wzroku, czy nieprawidłowości w procesach rozrodczych [3].

Alkoholizm to choroba, w której osoba uzależniona (pacjent) wymaga silnej motywacji celem rozpoczęcia leczenia, gdyż fakt alkoholizmu bardzo często zostaje wypierany ze świadomości. Formą leczenia przynoszącą największe korzyści jest właściwie dobrana terapia, aczkolwiek trudnym jest odpowiednie zmotywowanie osoby uzależnionej do jej rozpoczęcia. To proces długo trwający i niełatwy [4].

Pielęgniarka, jako często osoba pierwszego kontaktu z pacjentem, odgrywa znaczącą rolę w profilaktyce oraz w leczeniu chorych. Relacje z uzależnionym powinny odbywać się w atmosferze zaufania. Chorego przyjąć należy bez uprzedzeń. Każdy pacjent przeżywa poczucie winy, czasami bardziej świadomie czasami mniej, dlatego też nie powinno się umacniać tego poczucia. Należy podkreślać, że celem leczenia jest dobro pacjenta, a nie obrona moralności, czy też społeczeństwa przed nim. Proces leczenia wymaga cierpliwości, ponieważ doprowadzenie osoby uzależnionej do dojrzałości emocjonalnej oraz społecznej jest długi. Rolą

zespołu terapeutycznego jest nauczenie osoby uzależnionej tolerowania niepokoju i frustracji, bez stosowania farmakoterapii [5].

## UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU

Alkoholizm jest problemem o największej szkodliwości dla społeczeństwa i najszerszym zasięgu na świecie. Zespół uzależnienia od alkoholu jest to szereg zjawisk poznawczych, behawioralnych, a także fizjologicznych, wśród których picie alkoholu przeważa nad innymi zachowaniami, które wcześniej miały dla pacjenta większą wartość. Do głównych objawów zespołu uzależnienia należy chęć picia alkoholu (często bardzo silna, wręcz przemożna). Nawet po bardzo długim okresie abstynencji, ponowne wypicie alkoholu wyzwolić może inne objawy szybkiego nawrotu zespołu uzależnienia i dzieje się to znacznie szybciej niż u osób, które wcześniej nie miały problemu z alkoholem [6,7].

Najbardziej popularną typologią alkoholizmu jest typologia wg Jelinka (1969), uwzględniająca pięć typów alkoholizmu, które można zatrzymać na każdym z etapów trwania choroby alkoholowej [cyt. za 8, cyt. za 9]:

- **Alfa** – kontrolowanie ilości spożytego alkoholu, umiarkowane picie w celu poprawy samopoczucia, uzyskania ulgi, zlikwidowania dolegliwości somatycznych.
- **Beta** – spożywanie alkoholu w nadmiernych ilościach, pojawienie się szkód fizycznych dla organizmu.
- **Gamma** – choroba alkoholowa poprzedzona długim nadużywaniem napoi alkoholowych, występowanie cech uzależnienia zarówno fizycznych jak i psychicznych z towarzyszącymi zaburzeniami osobowości, zachowania. Ten typ choroby alkoholowej cechują: brak kontroli nad spożywanym alkoholem, adaptacja mechanizmu komórkowego do spożywanego alkoholu, rozwijanie tolerancji na alkohol, objawy abstynencyjne.
- **Delta** – z powodu trwających objawów abstynencyjnych, brak możliwości osiągnięcia stanu trzeźwości, niestety nawet po niewielkim okresie niespożywania alkoholu; charakterystyczne jest spożywanie niskoprocentowych trunków.
- **Epsilon**– osoba jest w stanie zachować nawet roczną abstynencję, nie odczuwa intensywnego pragnienia spożywania alkoholu, jednak gdy rozpoczyna picie, nie może przestać, pije do momentu pojawienia się objawów fizycznych, a także psychicznych.

Trudno jest uzyskać dokładne dane na temat liczby osób uzależnionych oraz podejmujących terapię, ponieważ alkoholizm jest tematem wstydliwym i większość pacjentów ukrywa fakt picia. Szacuje się, iż [4,10,11,12]:

- na świecie na alkoholizm cierpi ok. 140 milionów ludzi;
- 2% populacji w Polsce jest uzależniona od alkoholu (około 800 tysięcy) i liczba ta wzrasta;
- osoby pijące w sposób szkodliwy stanowią 5 – 7% populacji (2 – 2,5 miliona);
- 1,5 miliona to osoby żyjące w bliskim otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice);
- 2 miliony stanowią dzieci alkoholików oraz ofiary przemocy alkoholowej;
- inicjacja alkoholowa piwa występuje u 60% chłopców oraz 50% dziewcząt przed 13. rokiem życia albo wcześniej, a w przypadku wódki, w tym wieku pierwszy kontakt deklaruje 1/3 chłopców i około 20% dziewcząt;
- alkoholikami są w większości mężczyźni, a grupę największego ryzyka stanowią ludzie młodzi.

W etiopatogenezie uzależnienia od alkoholu wymieniany jest czynnik biologiczno – metaboliczny (genetyczny). Uważa się, że indywidualna reakcja organizmu na spożywany alkohol, jego metabolizm, wpływ na układ nerwowy oraz narządy, są zdeterminowane genetycznie w 40–50% przypadków. Ważne są też indywidualne fizjologiczne uwarunkowania: płeć, wiek, stan zdrowia, stan odżywienia, czy posiadane choroby. Z kolei aktywność enzymów metabolizujących alkohol etylowy (dehydrogenazy alkoholowej i aldehydowej) zależna jest od płci, wieku, czy rasy [6,13].

Społeczne czynniki wiążą się z łatwą dostępnością alkoholu, stosunkowo niską ceną, zachęcającą reklamą oraz „przymusem" picia w sytuacji niepowodzenia, czy odniesienia sukcesu. Takim pierwotnym społecznym czynnikiem często bywa rodzina, w której nadużywany jest alkohol [6].

Ważne są też psychologiczne czynniki, które zależą od temperamentu osoby (czy to wrodzonego, czy nabytego), określające wzrost zapotrzebowania człowieka na przeżywanie przyjemnych doznań, czy stanów pobudzenia. Odpowiedzialne są także za zdolność do przeżywania stanów nieprzyjemnych. Niektóre osoby spożywają alkohol zgodnie z utartym wzorcem, odbieranym przez organizm jako zachowanie korzystne, co w konsekwencji doprowadzić może do uzależnienia [6].

## ALKOHOLIZM JAKO PROBLEM SPOŁECZNY

Zgodnie z założeniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), alkohol jest na trzecim miejscu (zaraz po paleniu tytoniu i nadciśnieniu tętniczym) czynnikiem ryzyka dla zdrowia społeczeństwa. Działanie toksyczne na organizm wykazuje nie tylko sam alkohol, ale także aldehyd octowy – główny metabolit alkoholu [10].

Alkohol towarzyszy człowiekowi od bardzo dawna, a spożywanie napoi alkoholowych zostało poświadczone we wszystkich społeczeństwach. W ostatnim czasie obserwuje się nieuchronny wzrost ryzyka oraz zagrożeń związanych z nadmiernym piciem alkoholu. Za przyczynę takiego stanu rzeczy możemy uznać powszechną dostępność alkoholu, a także jego dynamiczną reklamę. Zmianie ulega także kultura picia alkoholu. Na niekorzyść działa także eskalacja prawa i sprzedawanie alkoholu osobom małoletnim, nielegalna sprzedaż alkoholu, dobra reklama oraz popularyzacja picia [14].

Problemy wynikające z nadmiernego picia alkoholu wpływają na każdą sferę naszego życia, będąc przyczyną określonych skutków, tj. bezpośrednie skutki dla osób nadużywających alkoholu, ich rodzin, osób młodych, a także osób z bliskiego czy nawet dalszego otoczenia (tzw. przypadkowych) oraz całego społeczeństwa Główne problemy spowodowane przez nadużywanie substancji alkoholowych to [15,16]:

- szkody psychosomatyczne;
- przemoc domowa;
- dezorganizacja środowiska pracy;
- koszty ekonomiczne;
- nadmierne spożycie alkoholu przez osoby młode;
- demoralizacja pokolenia młodych;
- pogłębianie się patologii społecznej;
- naruszenie prawa i porządku;
- wykroczenia i przestępstwa popełniane przez nietrzeźwych;
- samobójstwa.

Osoby nadużywające alkoholu narażone są na powstanie poważnych szkód zdrowotnych, które prowadzić mogą nawet do przedwczesnej śmierci. Rodziny alkoholików borykają ze schorzeniami psychosomatycznymi, zaburzeniami emocjonalnymi wywołanymi przewlekłym stresem, biedą, zmniejszeniem szans na osiągnięcie kariery zawodowej, czy demoralizacją [17].

Koszty wynikające z nadużywania substancji alkoholowych ponosi całe społeczeństwo, na które składają się: opieka medyczna, leczenie, profilaktyka, absencja w pracy, bezrobocie, koszty generowane popełnianiem przestępstw i wykroczeń prawnych, koszty interwencji policyjnych, sądów, zakładów karnych, koszty ponoszone na skutek wypadków drogowych i wiele, wiele innych [14].

Państwo Polskie bierze aktywny udział w zwalczaniu nałogu alkoholowego poprzez coroczne opracowywanie przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) „Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych". Ustanowiona została także ustawa „Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi" [10,11].

## Nadużywanie alkoholu przez młodzież

Alkohol należy do najlepiej dostępnych środków psychoaktywnych w szkołach [14,18]. W genezie uzależnień alkoholowych ludzi młodych wyszczególnić można szereg czynników osobowościowych danej jednostki, tj. poczucie zagrożenia, krzywdy i pustki, lęk, problemy emocjonalne, brak utrwalonego silnego wzorca matki i ojca, trudności w rozwiązywaniu problemów, wyalienowanie społeczne i obniżone poczucie własnej wartości [14,18].

Do czynników środowiskowych można zaliczyć: wychowanie w niepełnej, rozbitej lub też zagrożonej rozbiciem rodzinie, liczne konflikty rodzinne, brak utrwalonych więzi w rodzinie, labilność sposobów wychowania, nieobecność rodzica w domu, tolerowanie przez rodziców picia oraz palenia, wychowanie w szemranym środowisku, dostępność w domu alkoholu [14,18].

Obserwuje się, że nadmierne spożycie alkoholu przez młodych ludzi jest podstawowym powodem śmierci i inwalidztwa wśród osób będących w wieku 15-21 lat [14,18].

Literatura podaje, że wczesna inicjacja alkoholowa generuje 3% uzależnień w życiu dorosłym, jest przyczyną wypadków (także śmiertelnych), agresji, wykroczeń prawnych, wzrostu ryzyka bycia osobą poszkodowaną w przestępstwach, wczesnych kontaktów seksualnych, kłótni w rodzinie i grupach rówieśniczych. Wczesne rozpoczynanie picia wpływa negatywnie także na proces dojrzewania fizycznego i emocjonalnego oraz demotywuje młodzież do nauki i wyznaczania sobie celów. Spożywanie alkoholu w czasie adolescencji jest przeszkodą w ukonstytuowaniu się młodego człowieka. Nastolatki piją, by zdobyć akceptację rówieśników bądź w celu odreagowania sytuacji trudnych. Alkohol daje im poczucie nieograniczonych możliwości, prowadząc do utraty osobistej kontroli [14,18].

## FAZY ROZWOJU UZALEŻNIENIA

Uzależnienie od alkoholu rozwija się powoli i podstępnie. Początek swój może mieć w każdym wieku, niemniej jednak to młode osoby uzależniają się najszybciej. Intensywne picie przed 20. rokiem życia może prowadzić do nałogu już po kilku miesiącach [5,13].

Osoby ze skłonnościami do uzależnienia traktują alkohol jako sposób ułatwiający funkcjonowanie. Na skutek jego nadużywania zmniejszająca się odporność psychiczna jest „wspomagana" alkoholem, który jest źródłem dobrego samopoczucia [5,13].

Zgodnie z założeniami teorii uczenia się, alkoholizm jest nabytym sposobem na radzenie sobie z przykrościami i trudnościami życia codziennego [5,13].

Jelinek (1969) wyszczególnił następujące fazy rozwoju uzależnienia (stadia) [cyt. za 9]:

- **Faza wstępna (przedalkoholowa)** – przeważnie trwa od kilku miesięcy, do nawet kilku lat, przyczyną sięgania po alkohol są „okazje do świętowania" (spotkania towarzyskie, rodzinne chęć odreagowania trudnych sytuacji). U osób stanowiących grupę wysokiego ryzyka, po pewnym czasie dochodzi do ułatwienia funkcjonowanie po alkoholu, poprawy samopoczucia i likwidacji wewnętrznego napięcia, rozluźnienia i uspokojenia po kontakcie z alkoholem. Osoby te poszukują towarzystwa, z którym będą mogły spożywać większe ilości alkoholu, bez krytycyzmu ze strony otoczenia. Kolejnym etapem jest wzrost tolerancji alkoholowej, zjawisko tzw. „mocnej głowy", a także występowanie **palimpsestów** (luk pamięciowych). Jest to moment krytyczny. Palimpsesty objawiają się tym, że po spożyciu alkoholu człowiek nie wydaje się być pijany, rozmawia logicznie i wykonuje skomplikowane czynności, jednak kolejnego dnia doświadcza amnezji i niepamięci minionego dnia. Na tym etapie człowiek zaczyna zauważać odmienność swojego picia, dlatego też rozpoczyna picie ukradkowe. W fazie wstępnej Jelinek wyodrębnia dwa wzorce spożywania alkoholu: picie sporadyczne (epizodyczne) oraz picie regularne.
- **Faza ostrzegawcza (zwiastunów)** – rozpoczyna się palimpsestami nawet po spożyciu małej ilości alkoholu. Osoba taka zaczyna zdawać sobie sprawę z problemowej sytuacji, w jakiej się znalazła, jednak zaczyna pić częściej i więcej, pije w sposób łapczywy i w ukryciu. Niestety, już nie dla lepszego samopoczucia, tylko by zmniejszyć skutki zespołu odstawienia. Pojawiają się uczucia negatywne, obniżenie nastroju poczucie winy i zirytowania. Pijący zaczyna się martwić o alkohol, gromadzi zapasy, przed spotkaniem towarzyskim pije „na wszelki wypadek", z obawy czy będzie odpowiednia ilość napoi alkoholowych. Myśli zaczynają się skupiać wokół picia, zdobywania

alkoholu oraz ukrywania tego faktu przed innymi, na skutek poczucia winy wywołanego piciem. Picie, którego zadaniem była poprawa relacji z innymi ludźmi, staje się powodem izolacji społecznej. W tej fazie uzależnienia występuje możliwość zaprzestania picia, ponieważ nie zostały jeszcze utrwalone zachowania związane z alkoholem. Pijący zaczyna się obawiać skutków spożywania nadmiernych ilości alkoholu. Stadium te może trwać od pół roku do nawet kilku lat (czterech, pięciu).

- **Faza ostra (krytyczna)** – pierwszym objawem świadczącym o uzależnieniu jest brak kontroli nad piciem, pojawiające się w momencie spożycia nawet niewielkiej ilości alkoholu i trwa dopóki dostępny jest alkohol – jest to tzw. jest zjawisko „głodu alkoholowego". Charakterystyczne dla tej fazy jest spożywanie alkoholu na czczo, tworzenie i ukrywanie zapasów alkoholowych. Stadium to niesie za sobą szereg społecznych konsekwencji: niedotrzymywanie terminów i niewywiązywanie się z obowiązków w pracy, zaniedbywanie najbliższych, izolacja społeczna i popadanie w konflikty. Podejmowane są próby zakończenia picia, niestety na tym etapie bardzo często bezskuteczne. Alkoholik wykształca mechanizmy obronne, usprawiedliwia fakt picia, zaprzecza spowodowanym przez siebie zaniedbaniom i problemom. To trudny czas, ponieważ jednostka jeszcze społecznie funkcjonuje, choć jest już w znacznym stopniu wyalienowana. Trudną sytuację pogłębiają pojawiające się dolegliwości zdrowotne, skutki zatrucia alkoholowego, stany zapalne narządów, zmniejszenie popędu seksualnego czy też problemy natury emocjonalnej.
- **Faza przewlekła** – charakteryzuje się występowaniem ciągów picia i okresami borykania się ze skutkami zespołu abstynencyjnego. Na tym etapie alkoholikowi nie zależy już na dobrej opinii społeczeństwa, jest zdegradowany moralnie, brata się z osobami z marginesu społecznego, z którymi może pić, nawet alkohole nienadające się do konsumpcji (denaturat, płyn Borygo). Widoczne są negatywne efekty picia dla funkcjonowania całego organizmu (wyniszczenie, psychozy alkoholowe, napady lękowe, drgawki, niepanowanie nad czynnościami fizjologicznymi). Rozluźnieniu ulegają więzi rodzinne, prowadząc do rozpadu rodziny. Osoba dotknięta nałogiem ma problemy finansowe, bytowe, wobec nałogu jest totalnie bezradna.

## KRYTERIA PICIA ALKOHOLU

Napojem alkoholowym nazywa się napój, który zawiera więcej niż 0,5% alkoholu etylowego [13,20].

Zgodnie z definicją przyjętą przez WHO, „rozsądny limit picia" dla mężczyzn wynosi 200g czystego alkoholu (ETOH)/tydzień (ilość nie większa niż 4 standardowe porcje 5 razy w trakcie tygodnia). W przypadku kobiet ilość ta wynosi 100g ETOH/tydzień (ilość nie większa niż dwie porcje standardowe pięć razy w ciągu tygodnia) [13,20].

Dniami wolnymi od spożywania alkoholu powinna być sobota i niedziela. Ludzi, którzy piją więcej niż zalecany limit, zgodnie z definicją przyjętą w 1994 roku przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), definiuje się mianem pijących ryzykownie, szkodliwie albo uzależnionych [13,20]:

- **Picie ryzykowne** – codzienne spożywanie przez mężczyznę 15 albo więcej standardowych porcji alkoholu w ciągu tygodnia bądź 12 albo więcej porcji przez kobietę bądź też picie jednorazowo 5 albo więcej standardowych porcji bez znaczenia od płci, albo picie poprzedzone np. obsługiwaniem maszyn, prowadzeniem pojazdów mechanicznych, czy pracą na wysokości. Picie ryzykowne wiąże się z dezaprobatą otoczenia oraz generuje powstanie problemów zdrowotnych w przyszłości.
- **Picie szkodliwe –** generuje obecne problemy ze zdrowiem (np. uszkodzenie wątroby) bądź przejawia się występowaniem w ciągu ostatniego roku jednym, czy też kilkoma z symptomów, takich jak: ciągi picia uniemożliwiające realizację podstawowych obowiązków w domu czy w pracy; cykliczne problemy z prawem, powtarzające się picie przed prowadzeniem pojazdów mechanicznych czy obsługą maszyn, picie pomimo pojawiania się problemów społecznych oraz zaburzeń w relacjach międzyludzkich (np. konflikty małżeńskie, przemoc fizyczna). Picie nadmiernie szkodliwe określane jest w ICD-10 pod kodem F10.1.
- **Uzależnienie od alkoholu**

Zgodnie z klasyfikacją przyjętą przez **ICD – 10**, problemy związane z **nadmiernym piciem alkoholu** możemy podzielić na [1]:

- zatrucie alkoholem ostre;
- szkodliwe używanie;
- ZUA – zespół uzależnienia od alkoholu;
- AZA – alkoholowy zespół abstynencyjny;
- nieprawidłowości amnestyczne;
- nieprawidłowości psychotyczne w przebiegu ZUA;
- późne, rezydualne problemy psychotyczne w przebiegu ZUA.

## WZORCE SPOŻYWANIA ALKOHOLU

Celem identyfikacji **uzależnienia od alkoholu** potrzebne jest rozpoznanie trzech lub więcej objawów, występujących razem w ciągu ostatniego roku [4,5,6]:

- Głód alkoholowy – poczucie przymusu picia, duże pragnienie, kompulsywne picie alkoholu.
- Ograniczenie zdolności do kontroli nad spożywanym alkoholem (kłopoty w unikaniu rozpoczęcia, a także zakończenia picia, do poziomu ustalonego wcześniej, nieudolność zmniejszenia lub kontrolowania picia).
- Alkoholowy zespół abstynencyjny (AZA) – jako jednostka chorobowa, w ICD – 10, znajduje się pod kodem F10.3. Objawy zespołu występują w ciągu kilku godzin od przerwania picia lub gdy długotrwałe picie alkoholu jest zmniejszone. Do głównych objawów zespołu abstynencyjnego należą: nadciśnienie tętnicze, drżenie mięśni, biegunki, nudności oraz wymioty, problemy ze snem, rozszerzenie źrenic, wzmożona potliwość, wysuszenie śluzówki nosa, lęki i niepokój, drażliwość, omamy wzrokowe lub słuchowe, padaczka poalkoholowa, majaczenie. O zespole abstynencyjnym mówimy także, gdy w celu zniwelowania wyżej wymienionych objawów bądź niedopuszczenia do ich wystąpienia, człowiek sięga po alkohol bądź substancje działające zbliżenie do alkoholu, np. leki. Objawy AZA ustępują z reguły samoistnie i trwają od kilku godzin do nawet kilku dni. Aby opanować zespół abstynencyjny ambulatoryjnie, podać należy duże ilości nawodnienia, tiaminę oraz kwas foliowy. Ciężkie przypadki wymagają zastosowania hydroksyzyny (7 dni) lub diazepamu (dożylnie, a następnie w tabletkach).
- Zmiana, a w szczególności zwiększenie tolerancji na spożywany alkohol (ta sama ilość alkoholu nie przynosi zamierzonego efektu) - następuje konieczność spożywania większych dawek substancji alkoholowych, celem uzyskania oczekiwanego efektu.
- Zaniedbywanie innych źródeł zainteresowań i przyjemności -coraz więcej czasu przeznaczanego na skupianie uwagi na zdobywaniu alkoholu oraz jego piciu, a także niwelacji następstw jego działania;
- Picie, pomimo ewidentnych oznak szkodliwości na organizm i zachowanie człowieka

Możliwe jest wielokrotna zmiana wzorców spożywanego alkoholu, od abstynencji, poprzez picie o małej skali ryzyka, do ryzykownego, czy szkodliwego spożywania alkoholu [21].

## DIAGNOSTYKA UZALEŻNIEŃ OD ALKOHOLU

Badanie przedmiotowe, ocena zachowania oraz wywiad należy do podstawowej diagnostyki uzależnienia [22].

Podczas przeprowadzania badania podmiotowego zwrócić należy szczególną uwagę na to, jak funkcjonuje rodzina pacjenta, na jego środowisko koleżeńskie, egzystencję w pracy, czy w szkole oraz kłopoty z prawem czy finansowe. Uzyskanie prawdziwych odpowiedzi na pytania o uzależnienie możliwe jest dzięki nieosądzającej postawie badającego, wyrażającej szacunek i empatię. Pytania o ilość i częstotliwość spożywanego alkoholu powinny być sformułowane konkretnie [22].

### Kwestionariusze

Do kwestionariuszy odgrywających rolę pomocniczą w diagnozowaniu uzależnień od alkoholu należą [1,22]:

- **CAGE** (*Cut Down, Annoyed, Gulity, Eye – Opener*) – szybki i prosty test składający się z czterech pytań z odpowiedziami TAK lub NIE. Do wad należy niemożliwość stwierdzenia, czy odpowiedź jest odzwierciedleniem obecnego, czy przeszłego stanu, a także skupienie na skutkach picia (nie na częstości i ilości spożywanego alkoholu). Odmianą testu jest test dedykowany kobietom w ciąży (TWEAK i T-ACE).
- **AUDIT** (*Alcohol Use DisordersIdentification Test*) – test składający się z 10 pytań, pozwala na rozpoznanie wczesnych problemów alkoholowych, poprzez ich podział na picie ryzykowne, picie szkodliwe oraz uzależnienie.
- **MAST**– złożony jest z 25 pytań. Jego odmianą jest test BMAST i SMAST.

Skuteczność metod screeningowych oceniana jest na 80%. Główną ich wadą jest poleganie na pamięci badanego pacjenta i zaufaniu do niego [1].

### Medyczne techniki diagnostyczne

Parametrami świadczącymi o poziomie szkód zainicjowanych przez nadmierne spożywanie alkoholu należą: pomiar ciśnienia tętniczego oraz badania laboratoryjne. Pozwalają one uzyskać obiektywne dane, jak ulegał zmianie proces konsumpcji alkoholu na przestrzeni czasu, są też potwierdzeniem informacji zebranych podczas wywiadu oraz badań kwestionariuszowych. Są skuteczne w sytuacjach, gdy pacjent ukrywa świadomie fakt nadużywania alkoholu, dają możliwość kontroli efektów prowadzonej terapii, wczesną identyfikację powrotów do picia i pełnią także rolę motywacyjną do zmiany [1].

Metabolizm alkoholu odbywa się w 95% w wątrobie poprzez enzymatyczny rozkład z udziałem dehydrogenaz, katalazy oraz enzymów mikrosomalnych [1,13].

Do oznaczenia obecnego **zatrucia etanolem** zastosować można badanie stężenia etanolu we krwi, wydychanym powietrzu za pomocą alkomatu (5% spożytego alkoholu), w ślinie, w moczu (do 24 godzin po wypiciu), w pocie lub określenie stężenia produktów rozkładu alkoholu w organizmie [1,13].

Do oceny **skali picia w ciągu ostatnich 2 - 4 tygodni** zastosować można następujące wskaźniki [1,13]:

- zwiększenie średniej objętości czerwonych krwinek (MCV);
- wzrost stężenia parametrów wątrobowych (GGTP, ALT, AST);
- oznaczenie poziomu transferyny ubogiej w węglowodany (CDT);
- wzrost stężenia cholesterolu całkowitego we krwi;
- zwiększenie frakcji cholesterolu HDL i trójglicerydów;
- zwiększenie osmolalności krwi;
- zwiększenie ilości ciał ketonowych;
- zwiększenie stężenia kwasu mlekowego oraz mleczanów;
- zwiększenie poziomu immunoglobuliny A;
- zwiększenie stężenia fosfatazy alkalicznej;
- zwiększenie stężenia ferrytyny;
- zmniejszenie stężenia albumin.

Nadużywanie alkoholu w sposób przewlekły wywołuje również hipoglikemię, hipofosfatemię, hipomagnezemię oraz małopłytkowość [1,13].

## PROBLEMY ZWIĄZANE Z NADUŻYWANIEM ALKOHOLU

Uzależnienie to nawracający stan chorobowy ośrodkowego układu nerwowego (OUN) i całego organizmu, to choroba na całe życie, która często występuje ze zjawiskiem tolerancji (potrzeba wypicia większej ilości alkoholu, celem otrzymania oczekiwanego efektu) [13].

Prócz psychicznego przymusu użycia alkoholu, nałóg generuje też potrzebę fizyczną, tj. objawy głodu alkoholowego [13].

Warto podkreślić, że przy takim samym poziomie konsumpcji alkoholu, u kobiet obserwuje się jego mocniejsze działanie. Wynikać to może z mniejszej ilości wody w tkankach, niższej masy ciała, innego metabolizmu alkoholu, czy też różnic w układzie hormonalnym [10].

## Szkody somatyczne

Do wczesnych oznak nadużywania alkoholu należą: mdłości i wymioty, problemy z trawieniem, krótkotrwałe utraty przytomności, lęk napięciowy i bezsenność, drżenie rąk oraz przyspieszone tętno i podwyższone ciśnienie tętnicze [23].

Możliwe jest także zatrucie alkoholem, które dotyczy młodych osób. Do głównych objawów zatrucia należą: nudności, niereagowanie na ból, brak właściwej sprawności ruchowej, a nawet, śmierć. Stopień zatrucia zależny jest od cech osoby pijącej: stanu zdrowia, miejsca picia, ilości oraz jakości spożytego alkoholu, czy interakcji z innymi substancjami [13].

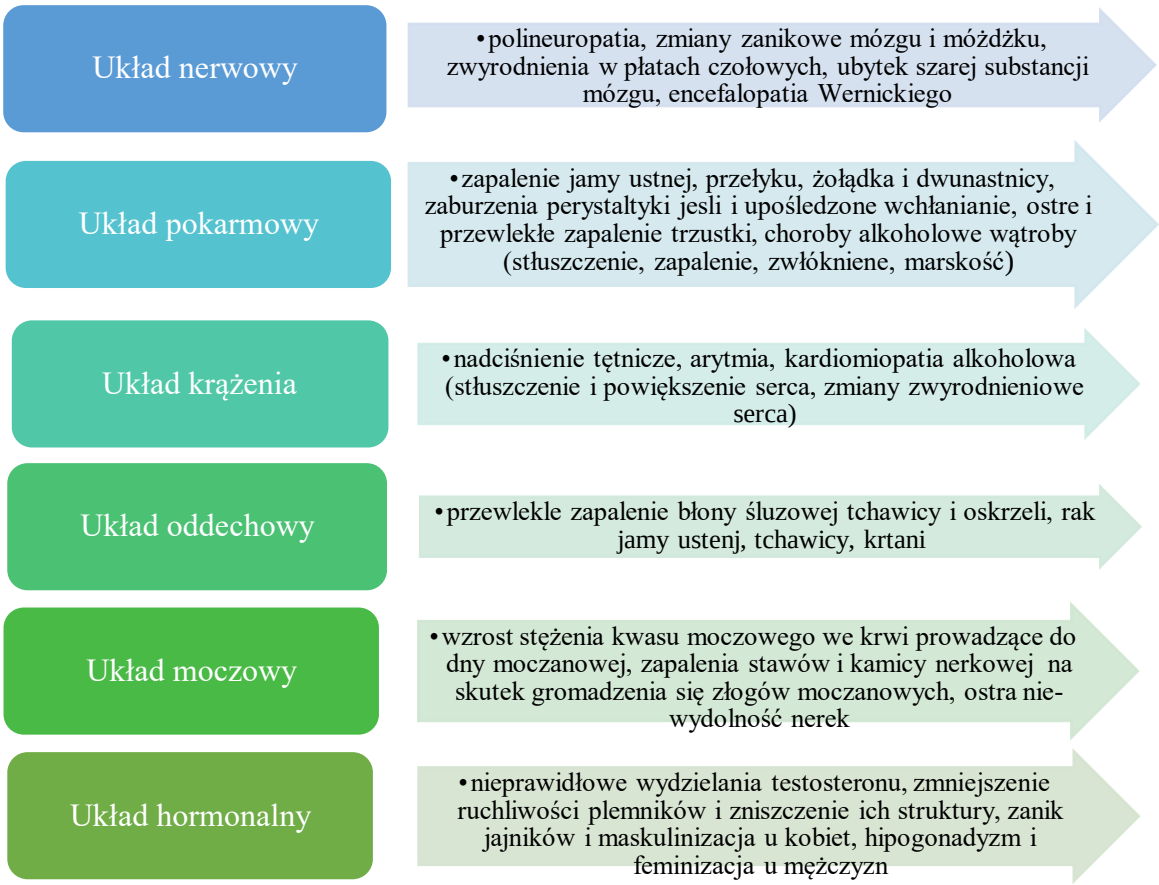
W zależności od stężenia etanolu we krwi, osoba z zatruciem alkoholowym prezentuje różne zachowania (Rycina 1):




**Rycina 1. Objawy zatrucia alkoholem, w zależności od stężenia etanolu**

Nadużywanie alkoholu w konsekwencji prowadzi do stanów zapalnych narządów, przechodzące w zapalenia chroniczne, nieuchronnie powodując zmiany nieodwracalne. Choroby generowane przez picie pojawiają się u 50% mężczyzn oraz 10% kobiet. Choroby alkoholowe wątroby są najpowszechniejszym powodem śmierci ludzi uzależnionych, a także są przyczyną aż 3,8% ogólnej śmiertelności na kuli ziemskiej. Spożycie alkoholu w ilości ponad 20–30g etanolu/dobę jest głównym czynnikiem rozwoju nadciśnienia tętniczego [9,10,24,25].

Toksyczny wpływ alkoholu etylowego i produktów jego przemiany obserwujemy w następujących układach (Rycina 2):




**Rycina 2. Wpływ alkoholu na narządy człowieka, na podstawie [1]**

Niezwykle istotnym jest fakt występowania interakcji podczas spożywania alkoholu z określonymi substancjami (Rycina 3):



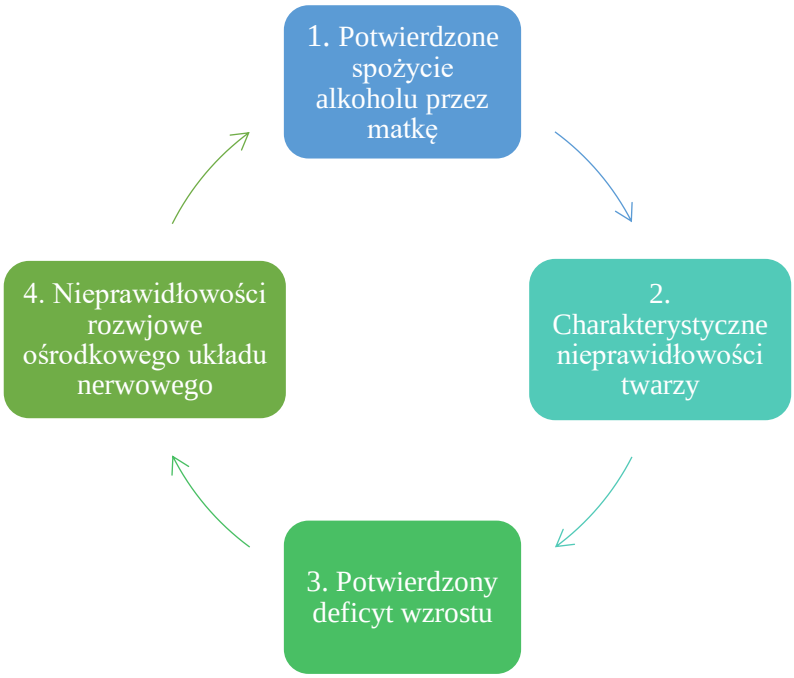

**Rycina 3. Interakcje alkoholu z innymi substancjami**

## Kobiety w ciąży

Picie każdej ilości alkoholu przez kobietę w ciąży niesie za sobą ryzyko poronienia, przedwczesnego porodu, generuje też wyższą umieralność okołoporodową. Negatywne skutki działania alkoholu na nienarodzone dziecko, zaobserwować można nie tylko u kobiet będących alkoholiczkami, ale też u kobiet, które wypiły dwie lub więcej standardowych porcji alkoholu jednorazowo (zwiększenie ilości spożytego alkoholu niesie ze sobą większe ryzyko dla płodu). Mózg dziecka jest szczególnie zagrożony w pierwszym trymestrze ciąży (to czas jego najszybszego wzrostu). Noworodek może urodzić się już z zespołem abstynencyjnym (ZA). Objawy ZA u noworodka to [19]:

- wzmożone napięcie mięśniowe;
- drżenie;
- płaczliwość;
- zaburzenia snu;
- problemy w ssaniu;
- osłabienie.

Efekt teratogennego wpływu alkoholu na płód określane jest jako FAS (*Fetal Alcohol Syndrome*, Płodowy Zespół Alkoholowy). Celem postawienia diagnozy FAS, konieczne jest wystąpienie czterech następujących objawów (Rycina 4):




**Rycina 5. Diagnoza FAS, na podstawie [10]**

Opisuje się, że FAS występuje bez względu na rasę czy grupę społeczno – ekonomiczną [26].

## Powikłania psychiatryczne

Alkohol wyrządza największe szkody w mózgu, generując szereg nieprawidłowości psychicznych, do których należą [9,13,20]:

- **Majaczenie alkoholowe** (*delirium tremens*)– pierwsze objawy wystąpić mogą nawet po trzech dobach od kontaktu z alkoholem. To stan ostrego zaburzenia psychotycznego, które objawia się zaburzeniami postrzegania z pobudzeniem psychoruchowym, lękami, omamami, iluzjami oraz zaburzeniami świadomości. Choroba rozpoczyna się urojeniami dotykowymi (pająki chodzące po ciele, mrówki czy myszki), występują też urojenia zapachowe. Charakterystycznym jest występowanie manii prześladowczych (poczucie, że ktoś chce wyrządzić krzywdę, czyha i chce napaść). Pojawić się mogą także objawy somatyczne pod postacią nudności, wymiotów czy zaburzeń pracy serca. Wystąpić może gorączka i zaburzenia elektrolitowe.
- Niekiedy wystąpić może **ostra lub przewlekła halucynoza alkoholowa** pod postacią urojeń autodestrukcyjnych, czy też manii prześladowczych.
- **Zespół Otella** - objawami jest podejrzliwość w stosunku do życiowego partnera, chorobliwa zazdrość. Pojawić się mogą wrażenia sensoryczne.
- **Zespół Korsakowa** (psychoza Korsakowa) - całkowity brak zdolności zapamiętywania, stany amnezji, zastępowanie luk w pamięci konfabulacjami, tj. zmyślonymi treściami. Skutkiem bywa występowanie otępienia.
- **Zespół Wernickiego** – objawami jest niezborność i utrata koordynacji ruchowej, drżenia mięśniowe oraz niedowład kończyn, towarzyszy mu zespół otępienny oraz wysoka śmiertelność.

Wyżej wspomniane objawy powinny być leczone w specjalistycznych ośrodkach przez lekarzy psychiatrów [13].

## Szkody psychospołeczne

Nadużywanie napoi alkoholowych niesie za sobą negatywne skutki społeczne, dotyczące najważniejszych życiowych sfer [5,9,13]:

- **sfera osobista** – utrata przyjaciół i rodziny, zmniejszenie standardu życia, zniszczenie osobowości, strata sposobności do realizacji życiowych marzeń, planów i celów, utrata

zdrowia, pogłębianie się ubóstwa, zachowania agresywne; alkoholik dochodzi do momentu, gdzie przez obniżone morale zaczyna pić z osobami, które mają dużo niższy status społeczny, niż własny; zaczyna sięgać po wynalazki (tzw. alkohole techniczne, np. płyn Borygo, denaturat, czy perfumy);

- **sfera zawodowa** – obniżenie profesjonalizmu wykonywanej pracy, utrata realności, zmniejszenie szansy na osiągnięcie awansu, wzrost ryzyka utraty pracy;
- **sfera prawna** – kłopoty z policją, łamanie zasad prawa, wzrost przestępczości, wzrost wypadków drogowych.

## Problemy rodziny osoby uzależnionej od alkoholu

Spożywanie alkoholu ma niebagatelny wpływ na zdrowie biologiczne oraz psychiczne jednostek oraz ich najbliższych, a jego negatywne następstwa dotykają zarówno samych pijących, ich rodzin i społeczeństwa, w którym żyją [13,27].

O rodzinie dysfunkcyjnej, borykającej się z problemami związanymi z alkoholem mówimy, gdy nawet jeden jej członek spożywa alkohol w sposób, który generuje szkodę, przynosząc innym problemy emocjonalne, finansowe i życiowe [8].

Rodzinę dysfunkcyjną charakteryzują następujące cechy [8]:

- iluzja i zaprzeczanie – nie następuje rozwiązywanie rodzinnych problemów, gdyż rodzina się ich wypiera;
- sztywne, utrwalone i zamrożone role;
- zakorzenienie we wstydzie – poprzez bezwstydne zachowania rodziców w stosunku do dzieci, dzieci zaczynają się wstydzić własnej rodziny;
- zrezygnowanie z własnych potrzeb w imię rodziny;
- niewyszczególnione „ja”, zlepek wszystkich członków rodziny;
- problemy i napięcia w komunikacji, nadmierna ugodowość, rzadkością jest uzyskanie realnego kontaktu;
- przewaga wspólnoty w stosunku do zróżnicowania – dana jednostka istnieje dla ogółu rodziny;
- stosowanie toksycznej pedagogiki – nadmierne kontrolowanie, dążenie do perfekcjonizmu, nieodwołalne zasady;
- jawne tajemnice – każdy zna tajemnice, ale symuluje, że o niczym nie wie;
- zamknięty, nieulegający zmianie system - każdy członek rodziny odgrywa swoją rolę w kontroli problemu alkoholowego;

- wielkościowa, absolutna chęć –w efekcie złudnego radzenia sobie z problemem, każdy członek rodziny przejawia silną wolę w osiągnięciu swoich celów;
- nieobecność granic – celem podtrzymania fundamentu systemu rodzinnego, członkowie rodziny zrzekają się granic własnej osobowości.

Środowisko rodzinne jest miejscem, gdzie młody człowiek ukształtowuje swoje postawy prospołeczne, zachowania, wyrabia pożądane nawyki i umiejętności. Każde dziecko odczuwa potrzebą akceptacji, bezwarunkowej miłości, poszanowania i docenienia. To w rodzinie młody człowiek powinien otrzymać akceptację jako jednostka społeczna, jego potrzeby powinny być ważne i szanowane [28].

Dziecko jest tą osobą w rodzinie, która najbardziej odczuwa destrukcyjne skutki choroby alkoholowej. W rodzinach dotkniętych chorobą alkoholową, to dzieci przejmują obowiązki rodziców (sprzątają, piorą, robią zakupy, opiekują się rodzeństwem). Nie mają czasu ani możliwości rozwijania zainteresowań, czy zawierania przyjaźni. Mówi się, że dzieci z takich rodzin, odczuwają większą krzywdę, niż dzieci wobec których stosowana jest przemoc. Upokarzające słowa wypowiedziane przez rodzica będącego pod wpływem alkoholu, potrafią bardziej zranić niż zadane siniaki. Doświadczenia wyniesione z domu rodzinnego są traumatyzującym przeżyciem, odciskającym piętno w całym dorosłym życiu [8,28].

Dzieciom z rodzin dotkniętych alkoholizmem należy pomagać poprzez dawanie im ochrony przed konsekwencjami picia rodzica, pomoc w zmianie sposobu myślenia, zrozumienie, że nie ponoszą odpowiedzialności za picie rodzica, pomoc w zrozumieniu, że alkoholizm jest chorobą. Istotnym jest nauczenie i wzmacnianie pozytywnego obrazu siebie, nauka sygnalizowania własnych potrzeb i uczuć, nauka przeznaczania czasu na relaks i zabawę z rówieśnikami [8].

## WSPÓŁUZALEŻNIENIE

Alkoholizm to choroba dotykająca całą rodzinę, gdyż picie jednej osoby organizuje i wyznacza rytm życia całej rodziny Negatywnym skutkiem życia z alkoholikiem jest współuzależnienie – destrukcyjny sposób adaptacji zmniejszający możliwość prawdziwej oceny sytuacji oraz radzenia sobie z problemami jednostki i najbliższych. Zjawisko to dotyczy głównie kobiet, ale także dzieci mieszkających z alkoholikiem. Współuzależnieniu towarzyszy szereg dolegliwości: chorób i problemów natury psychicznej i emocjonalnej. Celem likwidacji takich stanów, osoby sięgają po środki o działaniu psychoaktywnym, tj. alkohol czy leki (nasenne lub uspokajające). Jako forma adaptacji współuzależnienie jest trudnym

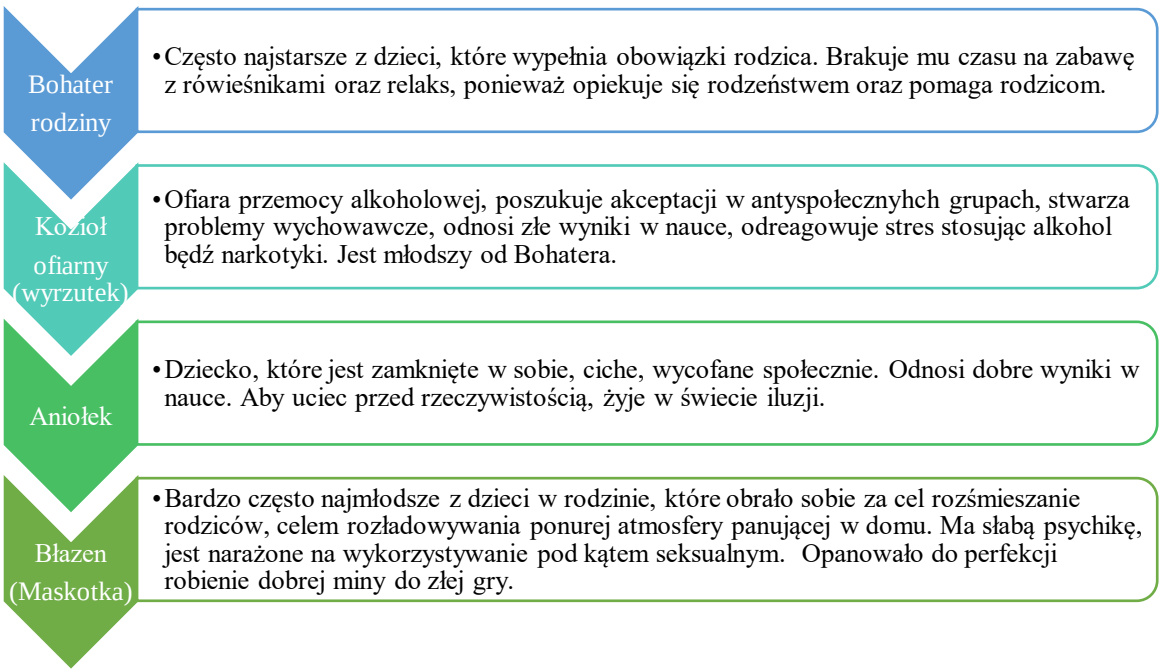
zagadnieniem, ponieważ nie pomaga w likwidacji problemów alkoholika, ani też własnych [9,14].

Kryteria diagnostyczne współuzależnienia wg Ceremaka (DSM-III R):

- obniżenie poczucia własnej wartości, a w konsekwencji niska samoocena:
  - ✓ życie w przeświadczeniu, że ma się wpływ na picie lub abstynencję alkoholika;
  - ✓ przemożna chęć zadowolenia partnera i spełnienia jego zachcianek celem powstrzymania go od picia;
  - ✓ mechanizmy obronne;
- zatarcie granic własnego ja, życie w cieniu alkoholika:
  - ✓ zachowywanie się w sposób poprawny i społecznie akceptowany tzw. próba przeżycia życia przez osobę dotkniętą nałogiem;
  - ✓ koncentrowanie swojego życia wokół picia (rozmycie granic własnego „ja”);
- wejście w świat marginesu społecznego:
  - ✓ partner w celu przejęcia kontroli nad alkoholikiem, poznaje jego świat, jego znajomych, miejsca przebywania, dzięki swojej odmienności jest wzorem dla uzależnionych, czuje chęć niesienia pomocy [9].

## Odgrywanie ról

Dzieci z rodzin borykających się z alkoholizmem przyjmują określone, obronne wzorce zachowania.




**Rycina 6. Role odgrywane przez dzieci z rodzin alkoholowych, na podstawie [8]**

Niestety taki sposób ułatwia alkoholikowi trwanie w obecnej sytuacji, a szkodzi dzieciom. Role odgrywane przez dzieci z dysfunkcyjnych rodzin przedstawia rycina 6.

### Dorosłe dzieci alkoholików

Środowisko rodzinne stanowi początek społecznej egzystencji. W rodzinach dysfunkcyjnych brak jest odpowiednich wzorców, jakie młody człowiek zdobywa w procesie socjalizacji. Utrwalone schematy nieprawidłowych wzorców zachowania oraz okazywania emocji rzutują na całe dorosłe życie, mówimy wówczas o syndromie DDA – Dorosłych Dzieci Alkoholików. Istnieje możliwość powrotu do normalnego życia osoby cierpiącej na DDA, lecz to proces długotrwały, angażujący do pracy wielu specjalistów oraz potrzebujący wielu interwencji prowadzonych przez terapeutów [14].

Dla dzieci z syndromem DDA, w życiu dorosłym charakterystyczne jest [20]:

- poczucie odmienności;
- krytyczna i zbyt poważna ocena siebie;
- niespełnianie własnych potrzeb;
- nieumiejętność cieszenia się życiem;
- perfekcjonizm;
- pracoholizm;
- zatarcie granic w tym co jest dobre, a co jest złe;
- niepokój w sytuacji, gdy spawy przejmują inny obrót;
- skrajne zachowania, np. zbyt duża odpowiedzialność lub jej brak;
- wysoki poziom empatii lub znieczulica społeczna;
- życie zgodnie z zasadą „wszystko albo nic”;
- obawa krytyki ze strony innych, choć sami przejawiają zdolności do osądzania, niekoniecznie pochlebnego, przejawiają poczucie, że są ignorowani lub atakowani, z powodu strachu przez odrzuceniem ciągle szukają aprobaty innych i potrzebują akceptacji swoich działań.

## OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM UZALEŻNIONYM OD ALKOHOLU

O zjawisku uzależnienia alkoholowego mówi się, gdy alkohol jest ważniejszy niż inne aspekty życia, zaczyna przejmować kontrolę nad życiem. Pielęgniarka w trakcie przeprowadzania wywiadu środowiskowego, często jako pierwsza, ma szansę rozpoznania, że

rodzina jest dotknięta alkoholizmem, jest dysfunkcyjna. Od pielęgniarki środowiskowej wymagana jest wiedza, zaangażowanie i szczególny profesjonalizm w trakcie komunikacji z pacjentem. Pielęgniarka środowiskowa powinna objąć opieką nie tylko samego uzależnionego, ale i członków jego rodziny [8].

Pielęgniarka pracująca w oddziale odwykowym styka się z szeregiem problemów somatycznych, natury emocjonalnej oraz psychicznych [29].

Niezwykle istotną częścią opieki pielęgniarskiej są dzieci osób uzależnionych. Niestety to one w największym stopniu odczuwają niszczący wpływ alkoholu. W rodzinach dotkniętych chorobą alkoholową dzieci funkcjonują według trzech zasad [8]:

- nie ufać nikomu, a w szczególności rodzicom;
- nie dzielić się informacjami na temat sytuacji w domu;
- nie wypowiadać się źle o rodzicach, nie odczuwać ani uczuć negatywnych, ani pozytywnych.

## JAK POMÓC RODZINIE BORYKAJĄCEJ SIĘ Z PROBLEMEM ALKOHOLOWYM?

### a) Prowadzenie działań edukacyjnych na temat alkoholizmu

Sprawą ważną i trudną jest nauka akceptacji faktu picia „swojego" alkoholika. Istotnym jest zachęcenie do podjęcia leczenia u specjalistów oraz nauczenie „twardej miłości", tj. nie wywierania na alkoholiku obietnic na zerwanie z nałogiem, nie umniejszanie szkód wyrządzonych przez alkoholika, nie należy spożywać alkoholu razem z alkoholikiem oraz wykorzystywać dzieci do wywierania presji na alkoholiku. Nie powinno się grozić ani karać alkoholika. Ponadto nie należy „zamiatać pod dywan" faktu picia, tj. nie chować butelek z alkoholem, nie wylewać alkoholu [8].

### b) Przekazywanie informacji o dostępnych formach pomocy, zachęcanie do korzystania ze spotkań w grupach wsparcia

Istnieje możliwość skorzystania z terapii odwykowej prowadzonej przez profesjonalistów, dołączenie do zrzeszenia Anonimowych Alkoholików bądź wstąpienia do klubu abstynenta. Do zalet terapii odwykowej należy: wysoki stopień profesjonalizmu, kontrola terapeuty, korzystanie ze zdobyczy specjalistycznej wiedzy oraz bazowanie na badaniach naukowych [8].

### c) Informowanie o sposobach postępowania, w przypadku doświadczania przemocy od osoby uzależnionej

W gminach powołane zostały „Gminne Komisje Rozwiązywania Problemów Alkoholowych", gdzie należy zgłaszać wszystkie formy naruszenia prawa. Po zgłoszeniu alkoholik dostaje wezwanie i jeśli się nie stawi istnieje możliwość starania o przymus leczenia odwykowego [8].

**d) Uzyskanie informacji na temat sposobów na skuteczne zachęcenie osoby uzależnionej do rozpoczęcia leczenia**

Niestety poprzez fakt, że osoba uzależniona żyje w świecie zaprzeczania i iluzji, nie ma możliwości realnej oceny sytuacji. Rodzina i przyjaciele mogą przygotować, w atmosferze wzajemnego zaufania i troski, tzw. „sesję interwencyjną", która polega na przedstawieniu zachowań alkoholika oraz faktów, jakie miały miejsce, a których alkoholik nie jest w stanie pamiętać. Jest to tzw. konfrontacja z problemem [8].

**e) Wsparcie psychiczne oraz nauka cierpliwości podczas prób kolejnych działań**

Alkoholizm to proces, który tworzył się przez pewien okres czasu, dlatego też nie jest wskazane pospieszne wprowadzanie zmian. Należy nakreślić własne granice wytrzymałości i pogodzenia się z sytuacją oraz jasno powiedzieć, ile jest się w stanie jeszcze znieść. Jeśli alkoholik nie wyrazi zgody na podjęcie leczenia, zastanowić się można nad odejściem [8].

## LECZENIE ALKOHOLIZMU

Alkoholizm jest chorobą, dlatego też wymaga leczenia. Odwykowe leczenie to proces wieloetapowy oraz wielopłaszczyznowy. Proces leczenia wymaga współpracy zespołu wielospecjalistycznego: lekarzy, psychiatrów, psychologów, pielęgniarek, pracowników socjalnych, a także osób duchownych. Szacuje się, że zaledwie 15-20% populacji osób uzależnionych objęte jest leczeniem odwykowym. Z powodu szkód zdrowotnych wyrządzonych przez alkohol hospitalizowanych jest 20% ogółu pacjentów szpitalnych [30].

Rozpoczęcie leczenia uzależnienia poprzedzone jest często silnym kryzysem związanym z uzależnieniem, którym może być utrata rodziny, poważne zagrożenie dla życia i zdrowia, lęk przed objawami ZA, strach przed zachowaniami własnymi przejawianymi po alkoholu [4,30].

Leczenie alkoholizmu polega na interwencji dążącej do przerwania trwającego procesu alkoholowego, tym samym prowadząc do życia w trzeźwości. Podczas leczenia istotna jest współpraca z rodziną i przyjaciółmi uzależnionego. Do najskuteczniejszych metod leczenia alkoholizmu należy psychoterapia (indywidualna lub grupowa). Terapeuta, odgrywając rolę przewodnika, powinien nastawić pacjenta na konkretny cel, czyli życie w abstynencji [4,5].

Zalecane jest postępowanie z pacjentem uzależnionym według algorytmu SBIRT:

**S** (*screening*) – badanie przesiewowe
**B I** (*brieintervention*) – krótka interwencja
**RT (**referral to treatment) – skierowanie do leczenia

} możliwość wczesnej identyfikacji i leczenia zaburzeń wywołanych przez alkohol

Skierowanie do leczenia odwykowego bądź inicjacja krótkiej interwencji w stosunku do ludzi pijących ryzykownie lub szkodliwie, uzależniona jest od odpowiedniego zakwalifikowania pacjenta do grupy wyjściowej abstynencji (wzorca spożywania napoi alkoholowych) [31].

Krótka interwencja przeznaczona dla pacjentów pijących w sposób szkodliwy składać się powinna z materiałów o negatywnych następstwach picia, zachęcenia pacjenta do picia mniej szkodliwego, wywołania motywacji i wspólne stworzenie planu dążącego do zmniejszenia picia. Celem powinno być nakłonienie pacjenta do rozpoczęcia terapii odwykowej oraz zachęcenie do korzystania z grup wsparcia (np. ruch AA – Anonimowi Alkoholicy). Czasami wdrażana jest farmakoterapia, celem zmniejszenia głodu alkoholowego i stosowany jest naltrekson lub akamprozat [32].

## MOTYWACJA DO PODJĘCIA TERAPII

Przebieg leczenia, a także readaptacji do życia w społeczeństwie to walka, jaką osoby uzależnione toczą nieustannie. Leczenie alkoholizmu w Polsce odbywa się stacjonarnie w szpitalnych oddziałach, a ambulatoryjnie w poradniach odwykowych. Sednem działań pracowników poradni powinna być mobilizacja pacjentów to zbudowania u nich negatywnej postawy wobec napoi alkoholowych. Najbardziej istotnym elementem terapii jest motywacja do rozpoczęcia leczenia uzależnienia, która w dużym stopniu determinuje jej skuteczność [4, 16].

W celu rozwiązywania kłopotów związanych z nadużywaniem alkoholu potrzebna jest współpraca członków różnych zawodów: lekarzy, pedagogów, psychologów, a także pracowników socjalnych. Nieodzowną rolę odgrywa także państwo. Człowiek borykający się z nałogiem nie może zostać sam z problemem, niezbędna jest pomoc i wsparcie najbliższego otoczenia. Pracownicy poradni odwykowych, celem uzyskania trwałej abstynencji pacjenta,

powinni kontaktować się z jego rodziną, by dzielić się wskazówkami i radami, jak zachowywać się wobec uzależnionego [10,16].

Nadrzędnym celem placówek odwykowych jest leczenie i utrzymanie abstynencji u pacjenta oraz jego rehabilitacja. Poradnie nie mogą stosować represji w stosunku do pacjenta. Poradnia powinna być dla osoby uzależnionej „jedynym przyjaznym miejscem pod słońcem", gdzie może otrzymać przyjaźń i zrozumienie. Każda inna postawa pracowników poradni umacnia w pacjencie poczucie osamotnienia oraz nieakceptacji [16].

Leczenie odwykowe można podzielić na następujące etapy [33]:

- **Detoksykacja** – pozbycie się z organizmu pozostałości alkoholu, które nie zostały wyeliminowane dzięki przemianie materii i uwolnienie od objawów ZA. Proces ma charakter typowo medyczny, odbywa się w szpitalu i zależy od rodzaju spożywanych substancji psychoaktywnych oraz fazy rozwoju uzależnienia.
- **Pomoc lekarska** w niwelowaniu negatywnych następstw zdrowotnych, będących skutkiem picia nadmiernej ilości alkoholu.
- **Zmiana sposobu życia** - nauka alternatywnych form radzenia sobie z problemami życia codziennego, bez uciekania się do alkoholu oraz innych substancji wpływających na świadomość, będących w przeszłości pozornym „lekarstwem" na kłopoty.

Sukces procesu terapeutycznego w znacznym stopniu determinuje postawa, przygotowanie do pracy i kompetencje pielęgniarki [16,34].

## RUCH SAMOPOMOCY OSÓB UZALEŻNIONYCH

Istotą grup samopomocy jest dawanie wsparcia jej członkom, społecznego i emocjonalnego zrozumienia. Ponadto na spotkaniach ludzie uczą metod radzenia sobie z problemami oraz akceptacji choroby, umożliwiają dokładniejsze poznanie swoich dolegliwości oraz ich zrozumienie. Dzięki wzajemnemu wspieraniu i zaspokajaniu podobnych potrzeb, alkoholik ma poczucie panowania nad losem, dzięki współpracy z osobami o takim samym problemie, możliwym staje się osiągnięcie psychospołecznej namiastki tego, co utraciło się przez alkohol. Istnieje możliwość do stworzenia warunków pomocnych w rozpoczęciu nowego życia [35].

Naczelną zasadą grup samopomocy jest bazowanie na doświadczeniach jej członków – samopomoc bazuje na modelu doświadczalnym, tj. wiedzy jej członków, którzy organizują spotkania celem niwelacji wspólnych problemów. Grupy samopomocy działają według zasady równości wszystkich jej członków (wszyscy w grupie posiadają taki sam status), a uczestnictwo

jest dobrowolne. Członkowie grupy mają zapewnione poczucie bezpieczeństwa, a omawiane sprawy i problemy „zostają" w grupie [35].

Do najpopularniejszych grup samopomocowych należą [8,36]:

- **Ruch Anonimowych Alkoholików (AA)** - to grupa osób uzależnionych, którzy organizują spotkania tzw. mityngi, gdzie wymieniają się własnymi doświadczeniami oraz poznają sposoby na życie bez alkoholu. Z tzw. mityngu może skorzystać każda osoba, która widzi problem w piciu i chciałaby zaprzestać picia. Statut grupy zawarty jest w „12 krokach Anonimowych Alkoholików".
- **Kluby abstynenta** – mają rodzinno – towarzyski charakter, poprzez atrakcyjne formy wspólnego spędzania wolnego czasu, wyjazdy i uroczystości spędzane z rodzinami, proces trzeźwienia ma miejsce bliżej normalnego, codziennego życia.
- **Grupy Rodzinne Al–Anon Profit –** grupy pomocy wzajemnej członków dysfunkcyjnych rodzin, zrzeszające osoby zamieszkujące z osobą nadużywającą alkoholu pod jednym dachem, utworzone przy poradniach odwykowych. To ludzie, którzy martwią się, że ktoś z bliskich pije za dużo, którzy żyją w rodzinie dotkniętej chorobą alkoholową. Członkowie grupy mogą liczyć na uzyskanie pomocy psychologicznej
- **Grupa Alateen** [35]- tak jak członkowie Al-Anon, spotykają się na mityngach po to, by dzielić się doświadczeniem, siłą i nadzieją z innymi i żeby znaleźć skuteczną drogę do rozwiązywania swoich własnych problemów

## PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ OD ALKOHOLU

Zgodnie z zasadą „paradoksu prewencyjnego" lepszym jest skuteczne zapobieganie nadużywaniu alkoholu we wczesnych etapach, niż alkoholizmowi, który ma gorsze wyniki w leczeniu [1].

Działania profilaktyczne możemy podzielić na trzy etapy:

- **Profilaktyka pierwszej fazy** – identyfikacja głównych czynników ryzyka alkoholizmu (niehigieniczny tryb życia, stres, wiek, czynniki genetyczne, wzorce wyniesione z domu rodzinnego, trudne przeżycia). Istotnym jest wykorzystanie mass-mediów do uświadamiania społeczeństwa na temat uzależnień. Odpowiednie skonstruowany program zdrowotny powinien zawierać zasady zdrowego stylu życia i obejmować całe życie człowieka – od dzieciństwa do starości.

- **Profilaktyka drugiej fazy -** niwelacja powstających problemów alkoholowych poprzez zapewnienie specjalistycznej pomocy dla grup z podwyższonego ryzyka rozwoju alkoholizmu, nauka nieukrywania wczesnych symptomów picia przez alkoholika i jego najbliższych, korzystanie z medycznych technik wczesnych oznak alkoholizmu, pomoc w znalezieniu pracy, likwidacja niechęci pracodawców do zatrudniania osób mających w przeszłości problemy alkoholowe.
- **Profilaktyka trzeciej fazy** –rozpoczęcie leczenia; praca nad zmianą sposobu myślenia o uzależnieniu (nieukrywanie faktu picia alkoholu warunkiem koniecznym do rozpoczęcia terapii alkoholowej), spotkanie alkoholika wraz z rodziną, ze specjalistą lub z zespołem specjalistów, aby zainicjować decyzję o leczeniu (bezpośrednia interwencja), niwelacja lęków i obaw przed terapią osoby nadmiernie pijącej (postawa personelu wyrażająca niechęć, kłopoty finansowe, nieotrzymywanie wsparcia od osób najbliższych pacjentowi); pomoc w zorganizowaniu leczenia poprzez zaspokojenia potrzeb alkoholika (objęcie opieką dzieci, zmiana środowiska nauki lub pracy, stworzenie grup wsparcia lub wskazanie już funkcjonujących [5].

## PIŚMIENNICTWO


1. Waszkiewicz N., Szulc A.: Diagnoza nadużywania alkoholu. Przegląd Lekarski 2009; 66: 529-534.
2. Woronowicz B.T.: Na zdrowie. Warszawa, Media Rodzina & Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, 2008.
3. Skrętowicz B., Schabowski J.: Problemy socjomedyczne nadużywania alkoholu. Medycyna Ogólna 2004; 10(1-2): 9-17.
4. Frączek J., Antos E., Wojciechowska M., Wawszczak E.: Motywy podjęcia terapii przez pacjentów uzależnionych od alkoholu [w:] Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie, Uchmanowicz I., Rosińczuk J., Jankowka–Polańska B. (red.). Wrocław, Wydawnictwo Continuo, 2014: 46-54.
5. Ugniewska C.: Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne. Warszawa, Wydawnictwo PZWL, 1998.
6. Strumnik A., Karski J.: Diagnostyka laboratoryjna choroby alkoholowej. Polski Merkuriusz Lekarski 2012; 32: 190-273.
7. Pużyński S., Wciórka J.: Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii 2000.

8. Perkowska E., Owłasiuk E., Litwiejko A.: Rodziny dotknięte chorobą alkoholową. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2012; 3: 10-11.
9. Pospiszyl I.: Alkoholizm [w:] Patologie społeczne, Pospiszyl I (red.). Warszawa, Wydawnictwo PZWL, 2008: 126-157.
10. Jagielska I., Kazdepka-Ziemińska A., Stankiewicz M., Kaźmierczak J.: Alkohol – kobieta, ciąża, noworodek. Przegląd Lekarski 2012; 69: 10.
11. Jagielska–Burduk A., Jagielska I., Janicki R., Grabiec M.: Zjawisko alkoholizmu w Polsce jako zagadnienie prawne. Przegląd Lekarski 2012; 69(10): 1115-1117.
12. Prajsner B., Mikuła J.: Problemy alkoholowe Polski model profilaktyki. Służba Zdrowia 2002; 51-56: 2-3.
13. Woźny E.: Alkohol. Zagrożenia spowodowane nadużywaniem alkoholu. Żywienie człowieka 2010; 37(2): 115-128.
14. Frąckowiak M., Motyka M.: Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu. Hygeia Public Health 2015; 50: 314-322.
15. Kopiel A.: Społeczne skutki nadużywania alkoholu. Medycyna ogólna 2004; 1-2: 49-56.
16. Opozda K., Włoch K., Ziółkowski M.: Rola pielęgniarki w poradni odwykowej. Pielęgniarstwo Polskie 2001; 2(12): 350-359.
17. Młyński J.: Wykluczenie społeczne wyzwaniem dla współczesnego świata. Teologia i Moralność 2012; 11: 63–92.
18. Krajewska–Kułak E., Klapa W., Lewko J., Wrońska I., Łukaszuk C., Jankowiak B., Bartoszewicz A, Rolka H, Leszczyńska M, Krajewska K., Sierakowska M., Szyszko–Perłowska A.: Opinia pielęgniarek na temat potrzeby edukacji osób z marginesu społecznego oraz młodzieży zagrożonej patologiami społecznymi i jej rodziny. Alkoholizm i Narkomania 2004; 17(1-2): 91-102.
19. Majda A.: Minimalna interwencja w pracy z pacjentem nadużywającym alkoholu [w:] Promocja Zdrowia, Andruszkiewicz A., Banaszkiewicz M. (red.). Warszawa, Wydawnictwo PZWL, 2010: 249-269.
20. Woronowicz B.T.: Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia. Media Rodzina & Warszawa, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, 2009.
21. Fudała J.: Czy moje picie jest bezpieczne. Warszawa, Wydawnictwo PARPAMEDIA, 2007: 17-20.
22. Wilczyńska K., Simonienko K., Kwiatkowski M., Wygnał N., Łazarczyk J., Waszkiewicz N.: Specyfika hospitalizacji chorego uzależnionego [w:] Pacjent „inny" wyzwaniem opieki

medycznej, Krajewska-Kułak E, Guzowski A., Bejda G., Lankau A. (red.). Poznań, Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM, 2016: 695-714.

23. Jagas B.: Zrozumieć alkoholika. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 1996; 3: 10-11.
24. Rasineni K., Casey C.A.: Molecular mechanism of alcoholic fatty liver. The Indian Journal of Pharmacology, 2012; 44: 299-303.
25. Grabowska H., Narkiewicz K., Grabowski W., Grzegorczuk M., Świetlik D.: Wiedza licencjatów pielęgniarstwa na temat spożywania alkoholu w aspekcie wpływu na wartość ciśnienia tętniczego krwi oraz ryzyko rozwoju nadciśnienia tętniczego. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie 2009; 55(2):77-82.
26. Brosowska B., Kałużna A.: Dziecko z Alkoholowym Zespołem Płodowym (FAS). Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2012, 12: 32-33.
27. Stanisławska J., Talarska D., Lewandowska D., Stachowska M., Drozd-Gajdus E.: The problem of alcoholism in the rural agglomeration and tasks of primary health nurses. Polish nursing 2015; 4(58): 419-424.
28. Konieczny G., Rasińska R.: Psychologiczne aspekty funkcjonowania dziecka w rodzinie alkoholowej oraz możliwości terapii odwykowej ludzi uzależnionych. Pielęgniarstwo Polskie 2016; 1: 98-103.
29. Kimak K., Szczur W.: Problemy pielęgnacyjne i psychospołeczne osób uzależnionych od alkoholu. Annales Universitatis Mariae Curie – Skłodowska Lublin – Polonia 2005; 16(335): 1-4.
30. Karyś J., Szpringer M., Karyś T.: Zmiana motywacji do leczenia osób uzależnionych od alkoholu w trakcie terapii odwykowej. Studia Medyczne 2009; 16: 29-34.
31. Habrat B.: Osoby z problemami alkoholowymi – rozpoznawanie i postępowanie. Przewodnik Lekarza 2000; 3: 86-88.
32. Makdissi R., Steward S. H.: Care for hospitalized patients with unhealthy alcohol use: a narrative review. Addiction Science & Clinical Practice 2013; 8(1): 11.
33. Jabłońska T.E.: Profilaktyka uzależnień, tytoń, alkoholizm, narkomania. Pielęgniarka i Położna 2004; 11-12: 12-15.
34. Ziółkowski M., Czarnecki D., Opozda K.: Zaburzenia spowodowane zażywaniem substancji psychoaktywnych [w:] Pielęgniarstwo psychiatryczne, Górna K. Jaracz K., Rybakowski J. (red.). Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2016, 264-291.
35. Woronowicz B.T.: Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2003, 106-107.
36. http://al-anon.org.pl/ (data dostępu 17.05.2020).

# Uzależnienie od substancji psychoaktywnych –przegląd literatury

**Marta Ciborowska[1], Krystyna Kowalczuk[2]**

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo , Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

## UZALEŻNIENIE OD INHALANTÓW

Używanie inhalantów, czyli umyślne aspirowanie substancji lotnych w celu wywołania euforii jest problemem ogólnoświatowym i dotyczy zazwyczaj ludzi młodych [1]. Produkty, jakie są używane do wąchania bądź wdychania muszą spełniać określone warunki, czyli powinny zawierać lotny związek odurzający w ilości takiej, aby wywołał efekt narkotyzujący, a zarazem nie zawierał substancji toksycznych [2]. Najczęściej stosowanymi wziewnymi substancjami psychoaktywnymi są: toluen, aceton, alkohole, chloroform, azotyn amylu, benzen, ksylen, węglowodory i inne [3]. Charakterystyczną formą tego rodzaju narkomanii jest aspirowanie poprzez nos czy usta wyziewów lub gazów, które pochodzą ze środków chemicznych powszechnie stosowanych w przemyśle, gospodarstwach domowych, a także w medycynie. Powyższe związki są łatwo dostępne w produktach codziennego użytku i np. są to.: kleje, farby, detergenty, środki do prania na sucho, płyny do czyszczenia, gazy, aerozole, toluen, aceton i chlorek etylu, zmywacze do paznokci, rozpuszczalniki, środki do czyszczenia i dezodoranty, a także gaz propan- butan z butli turystycznych [1,4].

Wdychanie lotnych rozpuszczalników może doprowadzić do ostrego zatrucia, którego oznaką jest problem z koncentracją, zapominanie, zmniejszenie masy ciała, pojawiają się problemy z oddychaniem i czynnością serca, a także zaburzenia przytomności. Wszystko to prowadzi do uszkodzenia narządów miąższowych, tj. wątroby czy nerki, a także trzustki oraz ośrodkowego układu nerwowego. Długotrwałe stosowanie danych środków prowadzi do nieodwracalnego uszkodzenia mózgu, wątroby i nerek, a nawet może doprowadzić do śmierci np. wskutek zaaspirowania treści wymiocin do dróg oddechowych. Substancje te w zdecydowanej większości są rakotwórcze, mogą uszkodzić szpik kostny, doprowadzając do szybkiego rozwoju anemii [1,5].

## UZALEŻNIENIA OD POCHODNYCH KONOPI

Konopia indyjska (łac. Cannabis indica) jest najbardziej powszechną, nielegalnie uprawianą i przeznaczaną do nielegalnych celów rośliną. Jest ona narkotykiem „miękkim" produkowanym w kraju i za granicą [2,6]. Z konopi wytwarza się dwa rodzaje narkotyku, jakim są marihuana oraz haszysz [3,7]. "Trawka" lub haszysz są popularnymi narkotykami, które najczęściej pojawiają się na wszelkiego rodzaju dyskotekach w klubach, czy imprezach studenckich. Substancja ta uzależnia 18 razy bardziej od alkoholu [8].

Literatura podaje dwa typy konopi indyjskiej, które różnią się między sobą właściwościami, a także zastosowaniem[9]:

- włókniste (fiber type cannabis) używane do produkcji tkanin i powrozów,
- narkotykowe (drug type cannabis), używane do produkcji środków odurzających (haszyszu i marihuany).

Konopie indyjskie to roślina jednoroczna, wiatropylna, rozdzielnopłciowo, jest ona odporna na mróz, bez problemu przystosowuje się do warunków, w jakich jest uprawiana, osiąga ona wysokość do 5 m. Jej charakterystycznym znakiem jest to, że ma siedmiopalczaste liście [1,10]. Zawartość psychoaktywnego czynnika, który jest odpowiedzialny za możliwy rozwój uzależnienia w organizmie człowieka zależy od wielu czynników, np. podłoża, temperatury, wysokości n.p.m, a także klimatu, w jakim rośnie.

Żywica konopi indyjskich ma w sobie więcej niż 60 substancji psychoaktywnych i kannabinoidów. Zidentyfikowano w narkotykowym typie Cannabis ponad 400 substancji czynnych biologicznie. Wśród nich znajduje się około 50 węglowodorów, których działanie jest rakotwórcze, także są terpeny, które bardzo mocno drażnią drogi oddechowe, kwasy tłuszczowe, steroidy, związki azotu, a także grupa ponad 60 kannabinoidów, w tym THC (tetrahydrokannabinole). Substancje, które znajdują się w tzw. skręcie to m.in 0,5 do 1,0 g konopi, gdzie mogą różnić się od 5 do 150 mg THC. Z tej substancji od 20 do 70% THC dostaje się do płuc, a reszta ulega rozpadowi w wyniku spalania bądź ucieka z dymem [11]. Siła działania narkotyku zależy od zawartości delta-9-tetrahydrokannabiolu (THC) - głównego składnika czynnego [3,11].

W roku 2008 r. średnia cena detaliczna żywicy była zawarta w zakresie od 3 do 10 EUR za gram w 17 krajach. Natomiast średnia cena detaliczna marihuany wahała się od 3 do 16 EUR za gram [3]. Na podstawie literatury można stwierdzić, że używana była jako lek łagodzący mdłości, działający przeciwdrgawkowo oraz nasennie. Wykorzystywana była w stanach zapalnych układu oddechowego bądź w afektywnych psychicznych zaburzeniach. Była

stosowana uspokajającą, na odprężenie, a także na złagodzenie bólów. W Ameryce za pomocą marihuany leczoną dnę, tężec, reumatyzm oraz gorączkę drżenną [7].

Jednakże w innych krajach m.in. w Wielkiej Brytanii roślina ta była używana do wyrobu sznurów i ubrań z uwagi na włóknistą łodygę. W Ameryce Północnej był tłoczony z jej nasion olej, a także karmiono nimi domowe ptactwo. Pod koniec XIX wieku marihuana była używana do celów relaksujących. Podczas przeprowadzonych badań w Anglii udowodniono, że substancja ta jest przydatna w leczeniu stwardnienia rozsianego. Została powołana Komisja Konopi Indyjskich, której zadaniem było ustalenie, czy palenie konopi indyjskich może powodować" szkody psychiczne i moralne". W roku 1928 substancja ta prawnie została zakazana w Wielkiej Brytanii, natomiast w Ameryce Północnej w roku 1937. W latach sześćdziesiątych naszego wieku marihuana była substancją bardzo powszechną. Była ona oznaką ruchu hippisowskiego, która w większości stosowana była przez młodych ludzi, w szczególności przez studentów [7].

Podczas przedawkowania człowiek czuje się bardziej podniecony, pojawiają się duszność, człowiek jest wyczerpany i zmęczony. Występują psychozy oraz paranoje. Zażycie dużej dawki może spowodować delirium, stan chaosu, halucynacje i omamy [7,8].

Marihuana i haszysz działa precyzyjnie na komórki centralnego układu nerwowego, czego skutkiem jest zmiana odbioru bodźców ze środowiska zewnętrznego. Osoba, która pali daną substancję inaczej odbiera świat z zewnątrz pod każdym względem [11,12]. Inaczej widzi, czuje oraz słyszy, posiada wolniejsze odruchy, ocenia błędnie odległość. THC ma działanie przede wszystkim na części mózgu, które są odpowiedzialne za koordynację ruchową, określenie czasu, także za wyznaczenie dystansu, odległości, myślenie, koncentrację i pamięć [13, 14]. Wywiera również wpływ na komórki móżdżku, w którym powoduje zaburzenia równowagi i koordynacji ruchowej. Delta 9 - THC (tetrahydrokannabinol) ma wpływ także na część mózgu nazywanym hipokampem- odpowiedzialnym za zapamiętywanie [8].

## UZALEŻNIENIA OD MARIHUANY

Pozyskuje się ją z liści i szczytowych części kwiatowo- owoconośnych. Istotną częścią rośliny jest kwiatostan oraz jego młode listki z wyższych części rośliny, z których uzyskuje się produkt o największym stężeniu związku narkotyzującego. Dane części rośliny suszy się i sieka, otrzymując postać tytoniu bądź herbaty o zabarwieniu ciemnej zieleni. Taki produkt zawiera do 8% 9-delta-tetrahydrokannabinolu (THC) [8,12].

Narkotyk pali się w specjalnych fajeczkach tzw. „jointach", fifkach czy w formie skręta marihuany z dodatkiem tytoniu lub w postaci papierosów. W fajce domowej produkcji można wykorzystać butelkę plastikową bądź część węża ogrodniczego. Marihuanę zazwyczaj się pali, lecz nasiona, gałązki czy listki mogą być także dodawane do ciast i spożywane w postaci ciasteczek [8]. Jest pakowana po kilka gramów w foliowe torebki z tzw. struną (charakterystycznym nadrukiem liścia) bądź koperty, a nawet w pudełka po zapałkach tzw. szufladkach. Jej działanie jest euforyczne oraz halucynogenne. Aby efekt zażycia miał mocniejsze działanie oraz doznania, dodaje się inne narkotyki, czy substancje psychoaktywne np. kokainę, heroinę [12]. Odmianą marihuany jest skun. Uzyskuje się go ze specjalnej metody hydroponicznej, czyli woda musi być odpowiednio wzbogacona niezbędnymi składnikami. Ma kolor jasno- zielony, może także posiadać biały nalot, liście są zwinięte we włochate kulki, czyli "kotki". Dana substancja może być tak mocno zmodyfikowana pod względem chemicznym, że można uzyskać marihuanę o zawartości nawet ponad 70% THC, wydzielającą bardzo nieprzyjemny zapach i bardzo silnie działającą [13,14].

## UZALEŻNIENIA OD HASZYSZU

Z konopi indyjskich pozyskiwany jest również haszysz (potocznie nazwana: hasz, skunk, plastelina). Jest to zagęszczona żywica, która jest otrzymana z liści oraz kwiatostanu rośliny, połączonych masą lepiącą (np. ziemią, klejem, woskiem, popiołem). Wygląd danej masy przypomina twarde tabliczki lub placki. Jego kolor, zapach oraz zawartość THC w haszyszu jest uzależniony od kraju, w którym jest uprawiana [9]. Zazwyczaj jest to kolor od zielonego (khaki) do czarnego. Jest on palony w tzw. „jointach" czyli specjalnie do tego przeznaczonych fajkach "haszyszówkach". Również może być łączony z tytoniem i dodawany do tzw. fajek wodnych. Jego nazwy potoczne z języka slangowego to m.in. gruda, kostka, placek, kwadrat, sztaba, klocek, czekolada, plastelina czy chałwa [9]. Dodawany jest także do potraw czy ciasteczek. Na ogół sprzedawany jest w formie przypominającej nieduże kostki czekoladowe lub drobiny plastelinowych kuleczek. Nałogowi palacze chętniej sięgają po haszysz dlatego, że wywołuje silniejsze doznania. W porównaniu do marihuany zawiera on więcej THC, do 30 % [9].

Poprzez destylację zmielonych lub posiekanych liści konopi otrzymuje się olej haszyszowy, zawierający do 70 %THC. Produkt ma postać czarno-zielonej, gęstej, lepkiej cieczy i nie rozpuszcza się w wodzie. Sprzedawany jest w niedużych, nieprzezroczystych

fiolkach. Przyjmowany jest doustnie i może być palony wówczas, gdy posmaruje się nim powierzchnię papierosa [13,15].

## UZALEŻNIENIA OD AMFETAMINY, EKSTAZY

Amfetamina i jej pochodne (np. metamfetamina, deksamfetamina, fenmetrazyna) są środkami pobudzającymi pochodzenia syntetycznego. Amfetamina ma działanie bardzo podobne do kokainy, ale znacznie łagodniejsze. Jest to biały, krystaliczny proszek [9]. Substancje te przyjmowane są dożylnie, doustnie oraz donosowo [14]. Jest sprzedawana na tzw. działki czy "kreski" zawinięte w folię aluminiową. Przeważnie jest ona wdychana przez nos lub wcierana w dziąsła. Osoby zażywające ten narkotyk połykają go zawinięty w bibułkę lub rozpuszczony w płynie. Zaawansowani narkomani zażywają ją w postaci iniekcji. W Polsce substancja ta jest nielegalna [9]. Spotykana jest pod bardzo wieloma nazwami ("dexies", "uppers", "black beauties","bennies" oraz "diet pills"). Natomiast jej pochodne to – metamfetamina, chemmiczna substancja znana pod następującymi nazwami: "crack", "cristal", "speed", "go" oraz "ice"- środki te przyjmowane są poprzez wdychanie po podgrzaniu na kawałku folii aluminiowej oraz palone są w fajce. Była podawana w okresie II wojny światowej żołnierzom, aby zniwelować objawy zmęczenia, znużenia, senności, zmniejszyć lęk, a przy tym wywołać większą wytrzymałość. W 1941 roku w Niemczech, amfetamina została wciągnięta na listę narkotyków [5].

Amfetamina ma właściwości pobudzające ośrodkowy układ nerwowy, w związku z czym jest przyjmowana w celu usunięcia zmęczenia, senności i poprawy nastroju. Podwyższa ciśnienie tętnicze krwi oraz powoduje wzrost tętna. Wywołuje krótkotrwały przypływ energii i radości. Najczęściej zażywana jest ona przez studentów w trakcie sesji egzaminacyjnej, gdyż przyspiesza zapamiętywanie. Amfetamina zażywana jest także w trakcie całonocnej zabawy, w celu usunięcia zmęczenia fizycznego- wtedy określana jest jako speed w związku z szybkim przyrostem rozpierającej energii. Znacznie szybszym od speedu stymulatorem jest metamfetamina, zwana jako ice (lód), którą można palić. Jej działanie jest krótkie, bardzo uzależniające, jest przyczyną zgonów i zatruć. Przedawkowanie może objawiać się wysoką temperaturą ciała, drgawkami i śpiączką [15].

Gdy działanie narkotyku zaczyna się kończyć następuje bardzo duże zmęczenie, niepokój, a także przygnębienie. Szybko rozwija się zależność psychiczna oraz wzrasta tolerancja organizmu na amfetaminę, z czym wiążę się konieczność zażywania coraz to większych dawek. Objawy zespołu abstynencyjnego występują w okresie do 12 godzin od

ostatnio zażytej dawki [16].

Długotrwałe zażywanie amfetaminy skutkuje wystąpieniem zaburzeń snu, potliwości, niepokoju i rozdrażnienia. Przyczynia się do wzrostu ciśnienia tętniczego krwi (skurczowego oraz rozkurczowego), wywołuje rozkurcz mięśni gładkich (jelita, oskrzeli), przyspieszenie oddechu, akcji serca, przyśpieszenie przemiany materii, zwiększenie zużycia tlenu oraz podwyższenie temperatury ciała. Dochodzi do rozwoju psychozy wraz z urojeniami, halucynacjami i omamami, zachowanie człowieka staje się bardzo gwałtowne ze skłonnością do agresji i przemocy [17,18].

Nazwa "Ectasy" została użyta po raz pierwszy w 1972 roku przez pracowników nielegalnego laboratorium w USA na oznaczanie substancji MDMA (metylenodio ksymetamfetamina). Aktualnie pod daną nazwą kryją się różnorodne mieszaniny bardzo wielu narkotyków (MDMA, LSD, amfetamina) [8]. Mieszanie MDMA z innymi substancjami ma wpływ na zmniejszoną cenę produktu, co w połączeniu z długim działaniem (od 4 do 6 godzin) stanowi o jego atrakcyjności u młodych ludzi. Zazwyczaj jej efekt odczuwa się po 20 - 60 minutach od zażycia substancji. Z reguły nie pojawia się konieczność wzięcia następnej dawki, aby być dalej pod jej wpływem. Organizm jest przez wiele godzin pobudzony, odczuwane jest ciepło, tętno wzrasta, ciśnienie krwi się podnosi. Momentami lęk się nasila, występuje dezorientacja, ramiona i nogi sztywnieją, występują zaburzenia ostrości widzenia i słyszenia. Początkowo doznania te są nieprzyjemne, później osoby te doznają poczucia szczęścia oraz euforii czy miłości. Osoby "*mają wrażenie uczestniczenia w wielkim, wspólnym doznawaniu przyjemności, musującego raju zmysłów, pełnego uśmiechów, uścisków i tańca*" [9,16].

Powikłaniem zażywania narkotyku są stany depresyjne oraz znaczna drażliwość. Oddziałuje on bardzo szkodliwie na wątrobę, pęcherzyk żółciowy, jelita oraz nerki. Osoba ma zaburzoną zdolność wytwarzania moczu, wskutek czego mocznik jest zatrzymywany w organizmie. Bardzo łatwo dochodzi do przegrzania organizmu w efekcie działania ekstazy, które jest sygnalizowane nudnościami oraz wymiotami. Człowiek ma wzmożone uczucie pragnienia, gorąca, wzrasta częstość pracy serca, mogą wystąpić problemy z wysłowieniem się. Zażycie dużej dawki narkotyku może wyzwalać zaburzenia psychiczne. Osoby, które mają dolegliwości ze strony układu krążenia, układem moczowym czy problemy neurologiczne ryzykują śmiercią zażywając tabletki ekstazy [9].

## UZALEŻNIENIA OD KOKAINY I CRACK

Kokaina jest alkaloidem zaliczanym do substancji pobudzających, który jest

otrzymywany z liści krzewów bądź niskich drzew kokainowych które są uprawiane w Ameryce Południowej. Liście te można zbierać nawet do 4 razy w roku [11,15,17]. Z 200 kilogramów liści koki można uzyskać 1 kg czystej kokainy [17].

Kokaina nazywana jest potocznie "koksem, koką czy śniegiem" [15]. W II połowie XIX wieku w Europie znalazła ona zastosowanie w medycynie i używana była jako środek znieczulający. Jednak jego znaczna szkodliwość nie była możliwa do dalszego jej używania. Wiek XX był okresem, gdzie była ona zażywana doustnie. Okres międzywojenny był czasem, w którym używanie jej było modne przez artystów, pisarzy i gangsterów [9]. Liście koki były używane w obrzędach, a także rytuałach religijnych. W 1914 roku została oficjalnie uznana za narkotyk [9,10].

Występuje w formie soli- chlorowodorku kokainy- stosowana jest w postaci białego krystalicznego proszku rozpuszczalnego w wodzie [9]. Używa się jej poprzez formowanie za pomocą ostrego noża, karty tzw. "kreski" i jest wciągana przez nos. Do zażywanie danej kreski stosuje się najczęściej zwinięty papier, banknot na formułę rureczki, lub małą łyżeczkę, która jest noszona na szyi przez osoby uzależnione Kolejnym sposobem jej zażywania jest wcieranie w dziąsła bądź wstrzykiwanie bezpośrednio do żyły- ta metoda daje najmocniejsze doznania. Substancję tą można "palić i wąchać, łykać lub rozpuszczony w wodzie zakraplać głęboko do nosa za pomocą pipetki". Używana jest także w nielegalnej sprzedaży z glukozą bądź laktozą, a nawet z amfetaminą i kofeiną. Wtedy zawartość czystej substancji wynosi 50% [12,14]. Zażywanie kokainy wywołuje subiektywne uczucie dobrostanu, osoba jest zadowolona [15,16] Kokaina działa pobudzającą na ośrodkowy układ nerwowy. Jest silnym środkiem psychostymulującym. Jej działanie jest szybkie, a okres jej półtrwania w organizmie to kilkanaście minut. Człowiek odczuwa euforię, kokaina łagodzi objawy zmęczenia psychicznego oraz fizycznego [15]. Osoba ta odczuwa bezsenność, nie odczuwa głodu, wzrasta ciśnienie tętnicze krwi oraz częstotliwość oddechu. Źrenice są rozszerzone, występuje wytrzeszcz gałek ocznych, spostrzeganie jest wyostrzone oraz wzrasta koncentracja [17,18]. Ma ona pobudzający wpływ na funkcje seksualne, czyli potęguje orgazm, co wiąże się ze zwiększonym prawdopodobieństwem zachowań perwersyjnych [19]. Człowiek, który przyjmuję kokainę bardzo często jest w tzw. ciągu i trwa on kilka dni ze względu na jej krótkotrwałe działanie. Jej systematyczne zażywanie powoduje uzależnienie psychiczne, w związku z tym osoba ta jest zmuszana do dalszego jej przyjmowania [9]. Gdy organizm odczuwa brak narkotyku prowadzi to często do głębokiej depresji oraz objawów abstynencyjnych. Głód psychiczny z powodu braku kokainy ustępuje po kilku dniach i wraca z dużym nasileniem. Osoba uzależniona jest zmuszona do ciągłego zażywania narkotyku do

momentu wyczerpania psychicznego i fizycznego organizmu. Człowiek uzależniony ma wyniszczony organizm, osoba ta jest drażliwa, a także ma znacznie obniżony nastrój. Pojawiają się myśli samobójcze, a nawet ich próby [14,16]. Krótkotrwałe zażywanie narkotyku powoduje zmniejszoną potrzebę snu czy apetytu. Początkowy stan euforii wchodzi w stan nadpobudliwości i lęku. Długotrwałe zażywanie kokainy wzbudza stan euforii oraz silnego pobudzenia ruchowego [16], wywołuje omamy (zaburzenia spostrzegania), wrażenia dotykowe tj. pełzanie pod skórą robaków, mrówek. Człowiek siłą rzeczy się drapie, próbuje to wydłubać, smarować. Występują także urojenia prześladowcze [17]. Zaobserwowano zaburzenia procesów myślenia [5]. Najczęstszymi działaniami niepożądanymi kokainy są: zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie, niedokrwienie, zawał serca mięśnia sercowego, bóle w klatce piersiowej, kaszel, chrypka, duszność, skłonność do zapaleń płuc, krwotoki płucne, udary mózgowe, drżenia mięśniowe, napady drgawkowe, bóle głowy. Jednorazowe zażycie kokainy powoduje zaburzenia lęku, nastroju, napadu drgawek oraz urojeń [5].

Osoby, które wstrzykują sobie kokainę dożylnie narażone są na zwiększoną podatność zarażenia wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV), czy szybszą progresją zakażenia wirusem HIV wywołującym chorobę AIDS [6,30]. W wyniku bezpośredniego działania kokainy bądź nawet w wyniku agresji i niekontrolowanych zachowań indukowanych nadużywaniem tej substancji może dojść do nagłego zgonu [9]. U osób, które zaprzestały przyjmować dany narkotyk pojawia się anhedonia, co oznacza brak odczuwania przyjemności [6].

Kolejnym sposobem zażywania kokainy jest crack. Jest on czystszy niż domieszki kokainy, w związku z czym wywołuje szybki efekt, nawet po kilku sekundach. Polega to na preparowaniu proszku z eterem lub domieszką sody do pieczenia ciast, różnymi aktywatorami chemicznymi i wodą. Miksturę tę nazywa się krakiem (z ang. crack co oznacza trzaskać, strzelać), z tego względu, że podczas palenia pojawia się charakterystyczny odgłos trzasków [16].

Zastygnięta masa jest preparowana na kryształki, tzw. kamyczki i następnie podgrzewana są one w fajce wodnej, butelce czy nawet na folii aluminiowej, opary które się unoszą są wdychane. Sprzedawany jest on w szklanych fiolkach z kolorowymi, plastikowymi korkami [17].

Człowiek po zażyciu narkotyku czuje się władczy, jest bardzo pewny siebie i bardzo podniecony. Doznania są odczuwane bardzo szybko, jednak trwają zaledwie 10 minut. Po tak krótkim okresie, człowiek pragnie poczuć ponownie dane doznania i zażywa narkotyk ponownie. Po zakończeniu działania narkotyku na organizm, człowiek odczuwa silny niepokój i najczęściej sięga po benzodiazepiny [16,17].

## UZALEŻNIENIA OD OPIUM I JEGO POCHODNYCH

Grupa opiatów to narkotyki pochodzenia roślinnego. Otrzymuje się je z maku lekarskiego (łac. Papaver somniferum), z mleczka dojrzewających makówek. Mleczko to jest poddawane obróbce, w celu uzyskania następujących produktów [18]:

- preparowane opium, używane do palenia w specjalnie skonstruowanych fajkach;
- opium w postaci proszku, tabletek lub płynu przeznaczonego do celów medycznych;
- alkaloidy opium lub opiatów.

Opiatami nazywane są środki, które są produkowane z opium. Opiaty są grupą produktów opiumowych otrzymywanych w wyniku określonej produkcji. Najczęściej otrzymywana jest morfina i jej pochodne tj. heroina, kodeina. Leki i środki które działają podobnie jak morfina to określa się nazwą opioidy [17,18].

## UZALEŻNIENIA OD „KOMPOTU" – POLSKA HEROINA

Heroina jest półsyntetyczną pochodną morfiny i jest rozpuszczalna w wodzie. Heroina miała początkowo leczyć bóle paliatywne i uzależnienie od morfiny, jednak okazała się silniejsza w działaniu o 20-25 razy a uzależnienie fizyczne, jakie powodowała było tak mocne, że wycofano ją z użycia w lecznictwie już w latach dwudziestych XX w. Stosowana jest ona zazwyczaj we wstrzyknięciach dożylnych przeważnie w kończynę górną lub w pachwinę. Pozostawiane blizny są łatwe do odkrycia u osoby uzależnionej. Mniej efektywniejszym i wydajnym sposobem jest jej palenie na folii aluminiowej, a następnie wdychanie oparów. Bywają osoby, które potrafią wymieniać się nawet igłami, co w ten sposób prowadzi do zakażenia siebie przez wirusy, czy bakterie innej osoby, co prowadzi do zapalenia wątroby typu C (WZWC) czy HIV. Sposób jej użycia, jakim jest zastrzyk, może dać niesamowitego i szybszego tzw. "kopa", a przy tym jego skutki działania są trwalsze [9]. Osoba przyjmująca każdego dnia heroinę może się od niej uzależnić już w ciągu kilku tygodni. Dana substancja działa hamująco na działalność ośrodkowego układu nerwowego. Tętno i oddech jest zwolnione, prowadząc do letargu. Heroina działa destrukcyjnie na organizm, normalne funkcjonowanie jest bardzo ciężkie, człowiek jest w depresji, nie ma chęci do realizowania swoich zainteresowań. Narkotyk ten jest substancją, która bardzo silnie pobudza człowieka, a po zakończonym efekcie działania pozostawia silny niepokój. Zażywanie jej może być powodem śpiączki, a nawet prowadzić do śmierci. Mogą także pojawić się myśli samobójcze. Bardzo często dochodzi do jej przedawkowania, nawet małe drgawki są przyczyną śmierci

wskutek zapaści oraz obrzęku płuc. Z wywaru całej rośliny, a także z młodych pędów jest sporządzana tzw. zupa (makiwara). Kompot wstrzykiwany jest następnie dożylnie. Efekt działania jest natychmiastowy. Osoba odczuwa stan beztroski, jest bardzo odprężona i zadowolona, ma zmniejszony lęk, niepokój, jest rozleniwiona i bardzo ospała. Objawami fizycznymi, czyli zewnętrznymi, które można zaobserwować u człowieka uzależnionego od heroiny są: zwężone źrenice, mdłości, wymioty, zaczerwieniona twarz. U osób, które są już zaawansowanie uzależnione mogą wystąpić zaburzenia psychiczne, lęki oraz depresja. Przedawkowanie heroiny prowadzi do zgonu. Objawia się to tym, że następuje spadek ciśnienia tętniczego krwi, pulsu, osoba zapada w głęboki sen, obniża się temperatura ciała [9,15].

## UZALEŻNIENIA OD BROWN SUGAR

Brown sugar należy do opiatów. Występuję w kolorze brązowym, jak sama nazwa wskazuje i jest spalana na folii aluminiowej, a opary są wdychane. Zażywanie tej substancji często prowadzi do uzależnienia fizycznego, jak i psychicznego. Ludzki organizm wytwarza tolerancję na daną substancję, w związku z czym człowiek zaczyna odczuwać silną potrzebę, aby ponownie zażyć tę substancję. Brown sugar jest znacznie tańszy od heroiny i jest możliwość jego zakupu na połówki, ćwiartki czy nawet gramy. Cechą tych porcji jest to, że mają zdolność wywoływania złudzeń w odbieraniu wrażeń zmysłowych. W szczególności jest to związane z doznaniami wzrokowymi i słuchowymi [11,9,10].

## UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI HALUCYNOGENNYCH

Głównym powodem przyjmowania środków halucynogennych jest widzenie odmiennej rzeczywistości, spostrzeganie innego czasu oraz przestrzeni. Osoby, które zażywają halucynogeny, charakteryzują się brakiem zrównoważenia emocjonalnego, nieodpowiednim przystosowaniem do otoczenia oraz zaburzeniami osobowości [9].

## UZALEŻNIENIA OD L.S.D.

L.S.D. jest to dietyloamid kwasu lizergowego jest to substancja bezbarwna, bez zapachu i smaku [6]. Popularne w Polsce są pochodne LSD o mniejszym stężeniu związku o właściwościach halucynogennych. Substancje te są rozprowadzane w postaci małych kawałków papieru (z nadrukiem obrazka lub znaku firmowego), nasączonych narkotykiem i

rozpuszczających się na języku. Występuje również w postaci kostek cukru lub kryształków zamkniętych w kapsułkach. LSD zostało odkryte przez Alberta Hoffmana w 1943 roku, w trakcie przeprowadzanych przez niego eksperymentach z alkaloidami sporyszu. LSD zostało bardzo uznanym środkiem wśród pisarzy. Zastosowanie swoje również znalazło w medycynie poprzez leczenie uzależnienia alkoholowego, depresji, również w psychiatrii oraz w psychoterapii psychoanalitycznej [7,8]. Celem używania LSD jest dążenie do uzyskania przeżyć wewnętrznych, ciekawych oraz barwnych wizji, a nawet ożywiania martwych przedmiotów. LSD jest substancją, która raczej nie powoduje uzależnienia. Także trudno również o jej przedawkowanie, może się jednak to zdarzyć u osób zażywających równocześnie alkohol, marihuanę lub amfetaminę, co prowadzi do omdleń, zapaści, a nawet zgonu. LSD powoduje podniecenie, ale jest one zbyt wyczerpujące dla organizmu. Pojawiają się przeróżne dolegliwości somatyczne (nudności, bolesne skurcze żołądka). Zbyt długie stosowanie powoduje tzw. "złe podróże" ukazujące koszmarne obrazy. Jest ona środkiem halucynogennym, więc zmienia percepcję rzeczywistości. Działanie tej substancji jest dość szybkie, po dostaniu się jej do wnętrza organizmu. Pierwsze objawy działania to: strach, drżenie, następnie jest zmiana świadomości, wzrasta wrażliwość zmysłów. Stan po zażyciu substancji można nazwać jako tzw. "odlot" czy "podróż" wraz z przeżyciami psychodelicznymi, które są bardzo przyjemne do bardzo koszmarnych. Nazwa danych efektów nazywana jest fachowo jako "pseudohalucynacje" z faktu, iż osoba, która przeżywa dane wizje jest świadoma tego, że są one nierealne. Osoby, które zażywały substancję w doświadczeniu mogą dowieść, że wyzwala ona w człowieku ukryte w osobowości możliwości, pozwala na zetknięcie się osobie z jej własną nieświadomością. Obecnie używana najczęściej przez młode osoby [8].

## UZALEŻNIENIA OD PSYLOCYBINY – GRZYBY HALUCYNOGENNE

Psylocybina jest substancją pochodząca z Meksyku. Jest ona aktywnym składnikiem grzyba Psilocybe mexicana, który został wyizolowany w 1958 roku przez Hoffmana. Grzyby te w stanie naturalnym można znaleźć w lasach. Zawarte w nich związki, tj. psylocyna i psylocybina posiadają właściwości psychoaktywne. Popularny muchomor jest zaliczany do halucynogennego grzyba, gdyż zawiera on bufoteninę. Magiczne grzybki są używane w Europie jako alternatywny środek do produkcji LSD. W Polsce są one przyjmowane doustnie, jako świeże, surowe oraz suszone. Z grzybów robi się także wywary. Psylocybina powoduje początkowo stan oszołomienia, kolejno mdłości, strach, wyostrzenie wzroku i słuchu. Zażycie tej substancji powoduje, że osoba jest pochłonięta subiektywnymi doznaniami i wewnętrznymi

przeżyciami. Jej działanie jest podobne w działaniu do środka LSD. Różni się jedynie tym, że jest słabsze i trwa krócej. Czas działania na organizm zależy od ilości zażytych grzybków. Zażycie mniejszej dawki będzie powodowało lekkie odurzenie, euforię, natomiast większa dawka powoduje halucynacji wraz z towarzyszącym im niepokojem. Efekty negatywne to zaparcia, biegunka oraz skurczowe bóle brzucha [6,7,8].

## UZALEŻNIENIA OD LEKÓW NASENNYCH I USPOKAJAJĄCYCH

Stosowane są w medycynie w leczeniu bezsenności, niepokoju, lęku, depresji oraz przemęczenia psychicznego. Używane bywają także w celach nieleczniczych. Stosowanie tych środków bez wiedzy lekarza specjalisty często prowadzi do rozwoju uzależnienia zwanego lekomanią. Substancje te występują przeważnie w postaci tabletek, kapsułek i są dostępne w aptekach na receptę. Zaliczamy do nich benzodiazepiny i barbiturany [7,8,10].

Barbiturany używane były na szeroką skalę w latach 50., 60. i 70-tych XX wieku jako leki nasenne, znieczulające i przeciwpadaczkowe [14]. Najbardziej znane to fenobarbital (prep. Luminal) i cyklobarbital (stosowany w Rosji). W latach 70-tych XX wieku były nadużywane w celach odurzających. Benzodiazepiny to grupa leków o działaniu przeciwlękowym, uspokajającym, nasennym, przeciwdrgawkowym, miorelaksacyjnym. Naśladują działanie naturalnie występujących związków w ośrodkowym układzie nerwowym. Małe dawki tych leków przeważnie zmniejszają napięcie psychiczne oraz lęk. Człowiek czuje się bardziej spokojny i ma poczucie zadowolenia. Przyczynia się to do sięgania po lek częściej i prowadzi to do uzależnienia zarówno psychicznego, jak i fizycznego [18,19].

## PIŚMIENNICTWO

1. Szukalski B.: Narkotyki. Kompendium wiedzy o środkach uzależniających. Warszawa, Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii, 2005.
2. Woronowicz B.T.: Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu. Warszawa, Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii, 2001.
3. Dąbrowska K., Miturska E., Moskalewicz J., Wieczorek Ł.: Konsekwencje używania i nadużywania marihuany w świetle współczesnej wiedzy. Alkoholizm i Narkomania, 2012; 25(2): 167-186.
4. Juczyński Z.: Narkomania. Podręcznik dla nauczycieli, wychowawców i rodziców. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2009.
5. Woronowicz B.T.: Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia. Warszawa,

Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, 2009.

6. Koczaska-Siedlecka A. (red.): Młodzież i substancje psychoaktywne. Warszawa, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, 2009.
7. Okulicz-Kozaryn K, Borucka A, Kocoń K.; Przyjmowanie leków psychoaktywnych a używanie innych substancji odurzających przez młodzież. Alkoholizm i Narkomania 2006; 19(1): 35-52.
8. Matyjek S.: Czy chcemy legalnych narkotyków? Acta Universitatis Lodziensis. Folia Iuridica 2016; 76: 7-18.
9. Stan problemu narkotykowego w Europie. Sprawozdanie roczne 2010.Wydawnictwo Europejskie. Luxembourg, Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2010: 44, 52.
10. Jankowski M.M. , Ignatowska-Jankowska B. , Kumański K., Kamińska A., Świergiel A.H.: Kokaina i układ odpornościowy. Alkoholizm i Narkomania 2012; 25(2) :187-214
11. Rok-Bujko P.: Rola układu serotoninergicznego w działaniu nagradzającym i uzależniającym kokainy. Alkoholizm i narkomania 2007; 20(2): 179-202
12. Teesson M., Degenhardt L., Hall W.: Uzależnienia, Modele kliniczne I techniki terapeutyczne. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
13. Zwierzyńska E., Pietrzak B.: Patogeneza uzależnień, problem wciąż aktualny,. Alkoholizm Narkomania, 2014; 27( 2): 163–175.
14. Wierzejska R.; Kofeina - powszechny składnik diety i jej wpływ na zdrowie. Roczniki Państwowego Zakładu Higieny 2012; 63( 2): 141 – 147.
15. Janoszka J., Rymkiewicz A., Dobosz T.: Halucynogenne grzyby – łysiczki (Psilocybe). Część I. Charakterystyka, skutki zażycia, rozpoznawanie. Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii 2005; 55: 215–219.
16. Okulicz-Kozaryn K, Borucka A, Kocoń K.: Przyjmowanie leków psychoaktywnych a używanie innych substancji odurzających przez młodzież. Alkoholizm i Narkomania 2006; 19(1): 35-52.
17. Grotthus B., Radzik J., Leszek J.: Uzależnienie od benzodiazepin. Psychiatria 2004; 1: 23-29.
18. Jędrzejczak J.: Objawy kliniczne i postępowanie w stanie padaczkowym. Przewodnik Lekarza 2003; 6(10): 72-76.
19. Zieleń I., Śliwińska- Mossoń M., Milnerowicz H.: Preparaty stosowane w leczeniu uzależnienia od nikotyny, Przegląd Lekarski 2012; 69 (10):1098-1101.

# Wybrane aspekty problemu uzależnień behawioralnych

**Paulina Aniśko[1], Julia Andrejczuk[2], Zuzanna Jabłońska[2], Elżbieta Krajewska-Kułak[3]**

1. Studentka Szkoły Doktorskiej UMB, Doktorantka Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Studenckie Koło Naukowe Wolontariuszy Medycznych przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
   Opiekunowie - mgr Paulina Aniśko, prof. Elżbieta Krajewska-Kułak
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

## WPROWADZENIE

W Polsce, o zaburzeniach zachowania, potocznie nazywanych uzależnieniami behawioralnymi, mówi się od niedawna. Drogę do ich rozwoju otworzyło przede wszystkim przejście do gospodarki rynkowej, gdy działalność rozpoczęły legalne kasyna i salony gier oraz pojawiły się nowoczesne centra handlowe [1].

W XX wieku pojawił się Internet i stworzył okazję do rozwoju nowych, wcześniej nieznanych form zaburzeń zachowania [1].

W społeczeństwie niestety funkcjonuje uproszczony i oparty na stereotypach obraz uzależnień behawioralnych – przekonanie, że uzależnieni sami ponoszą odpowiedzialność za swoje problemy, co w konsekwencji generuje brak współczucia dla osób uzależnionych. Niski poziom empatii okazywany jest przede wszystkim wobec uzależnionych od Internetu, hazardu i zakupów [1].

W wielkiej encyklopedii PWN [2] „uzależnienie" określane jest, jako *„stan psychicznej i fizycznej zależności od jakiegoś psychoaktywnego środka chemicznego, przejawiający się przymusem jego przyjmowania w oczekiwaniu na efekty działania tego środka lub dla uniknięcia objawów abstynencyjnych; np. uzależnienia: lekowe, toksykomanie, lekomanie, narkomanie, nikotynizm; niekiedy za uzależnienia uznaje się wszystkie nawykowe zachowania z zatraceniem indywidualnej niezależności (np. uzależnienie od mody, telewizji, komputera)".*

Pod pojęciem „nowe uzależnienia**”** (*new addictions*) rozumie się „*wszelkie uzależnienia, w których substancje chemiczne nie odgrywają żadnej roli, chociaż zjawiska w mózgu mogą przebiegać podobnie”* [3]. Ich przedmiotem, za Janiszewski [3] są generalnie zachowania/działania najczęściej akceptowane społecznie oraz „*czynności w większości wkomponowane w życie codzienne, ale które w przypadku niektórych osób mogą przyjmować formy patologiczne i powodować groźne skutki zdrowotne i społeczne”.*

Uzależnienie od czynności (*action addiction, behavioral dependency*), za Bellringer [4], traktowane jest jako uzależnienie od popędów. Zakres takich zachowań ciągle się poszerza i wymienia się także uzależnienia [3,4]:

1. alkoreksję (zastępowanie jedzenia alkoholem w celu utrzymania szczupłej sylwetki);
2. bigoreksję (od umięśnionego ciała, przesadną dbałość o własną sylwetkę, poprzez podejmowanie ćwiczeń fizycznych, wysokobiałkową dietę, stosowanie sterydów anabolicznych);
3. fonoholizm, nomofobię (od telefonu komórkowego);
4. nadmiernego dbania o swoje zdrowie (hipochondria);
5. od hazardu;
6. od zabiegów medycyny estetycznej (głównie botoksu)/chirurgii plastycznej; .
7. ortoreksję (od jedzenia);
8. potrzeby przeżycia ryzyka (np. szybka jazda samochodem, skoki na bungee, drifting - niebezpieczne wyścigi samochodowe na górzystych drogach, „dream jumping'u” - „skokach marzeń”, skoki na linie wykonywanych z wieżowców, wchodzeniu na wysokie budynki bez zabezpieczeń, ryzykowny alpinizm i himalaizm, celowe opóźnianie otwierania spadochronów i wielu innych aktywnościach powodujących);
9. pracoholizm (od pracy);
10. seksoholizm (od seksu);
11. siecioholizm (od Internetu i komputera);
12. tanoreksję (od sprzątania, od solarium);
13. teloholizm, telemania, telepsychopatologia (od telewizji);
14. zakupoholizm i zakupofobia (od zakupów).

Powyższe zachowania określane są jako zachowania nałogowe (kompulsywne), nad którymi człowiek nie jest w stanie zapanować, a które wpływają negatywnie na wiele obszarów jego funkcjonowania [4].

Celem takich zachowań jest nie tyle osiągnięcie przyjemności, co np. zredukowanie złego samopoczucia i wewnętrznego napięcia [4].

Generalnie jest to rodzaj uzależnienia psychicznego (niesubstancjalnego), zaś o patologii świadczy przejawianie dużego zapotrzebowania na wykonywanie tych czynności, ich częstotliwość i intensywność. Pomimo że zachowania te mają charakter autodestrukcyjny to wiele z nich, a szczególnie pracoholizm, jest akceptowanych społecznie. Powyższe potwierdzają badania CBOS z 2015 roku, w którym respondenci zostali poproszeni o ocenę, za pomocą 10.stopniowej skali, na której wartości skrajne oznaczały: niegroźne przyzwyczajenie, nawyk (1) oraz nałóg zagrażający życiu (10), stopnia szkodliwości wybranych uzależnień [1].

Ocenie poddane zostały zaburzenia zachowania: hazard, pracoholizm, zakupoholizm i siecioholizm, oraz uzależnienia o charakterze chemicznym: alkoholizm, narkomanię i nikotynizm. Okazało się, iż za najbardziej groźne uznano uzależnienia o charakterze chemicznym, zwłaszcza narkomania i alkoholizm. Uzależnienia behawioralne, takie jak zakupoholizm i pracoholizm, postrzegano jako przypadłości zdecydowanie mniejszym znaczeniu. Wśród nich hazard ulokował się relatywnie bliżej nałogów zagrażających życiu. Społeczna hierarchia uzależnień według stopnia ich szkodliwości to w kolejności narkomania, alkoholizm, nikotynizm, uzależnienie od hazardu, siecioholizm, pracoholizm i zakupoholizm [1].

## UZALEŻNIENIA SUBSTANCJONALNE A NIESTUBSTANCJONALNE

**Tabela I. Uzależnienia substancjonalne a niestubstancjonalne**

| **UZALEŻNIENIA** | |
|---|---|
| **SUBSTANCJONALNE** | **NIESUBSTANCJONALNE** |
| Podobne cechy | |
| poszukują kontaktu z substancją | poszukują możliwości zrealizowania zachowania |
| silne pragnienie wykonywania danej czynności | |
| utrata kontroli | |
| pojawiają się objawy zespołu abstynencyjnego w postaci różnych dolegliwości i niepokoju | |
| pojawia się kompulsywne (przymusowe) pragnienie kontynuowania aktywności pomimo jej negatywnego wpływu na funkcjonowanie | |
| można unikać zażywania substancji | nie da się uniknąć takich zachowań, jak jedzenie czy kupowanie |
| Podobne przyczyny jako efekt interakcji różnorodnych czynników (model polietiologiczny), w tym czynniki<br>• biologiczne (neurobiologiczne, genetyczne),<br>• społeczne (społeczno-kulturowe, rodzinne)<br>• psychologiczne (podmiotowe). | |

Według międzynarodowej klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych (ICD-10), o uzależnieniu świadczą takie cechy, jak [5]:

- silne pragnienie lub poczucie przymusu podejmowania określonych zachowań,
- trudności w kontrolowaniu zachowania związanego z danym obszarem działania,
- fizjologiczne objawy odstawienia, występujące, gdy zachowanie zostało przerwane lub ograniczone,
- stwierdzenie tolerancji (potrzeba nasilania zachowań w celu uzyskania efektów wcześniej uzyskiwanych przy mniejszym nasileniu),
- narastające zaniedbywanie innych źródeł przyjemności,
- kontynuacja szkodliwych zachowań mimo wyraźnych szkód z nimi związanych

Podobne cechy dotyczą uzależnień niesubstancjonalnych.

Woronowicz [7,8] w oparciu o kryteria diagnostyczne uzależnień wg ICD-10 zaproponował, aby uzależnienie od Internetu rozpoznawać wówczas, kiedy w okresie ostatniego roku stwierdzono obecność co najmniej trzech objawów, takich jak:

- silna potrzeba lub poczucie przymusu korzystania z Internetu,
- subiektywne przekonanie o mniejszej możliwości kontrolowania zachowań związanych z Internetem, tj. upośledzenie kontroli nad powstrzymywaniem się od korzystania z Internetu oraz nad długością spędzania czasu przy Internecie,
- występowanie niepokoju, rozdrażnienia czy gorszego samopoczucia przy próbach przerywania lub ograniczania korzystania z Internetu
- ustępowanie tych stanów z chwilą powrotu do komputera, spędzanie coraz większej ilości czasu przy Internecie w celu uzyskania zadowolenia lub dobrego samopoczucia, które poprzednio osiągane było w znacznie krótszym czasie,
- postępujące zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub dotychczasowych zainteresowań na rzecz Internetu
- korzystanie z Internetu pomimo szkodliwych następstw (fizycznych, psychicznych i społecznych), o których wiadomo, że mają związek ze spędzaniem czasu przy Internecie.

Z kolei Young wyróżniła trzy fazy w zachowaniu internautów, które przeżywają użytkownicy na drodze do uzależnienia [8]:

- *zaangażowanie* – Internauta zaczyna od zapoznania się z Internetem i poznaje jego możliwości;
- *zastępowanie* – Internauta potrzebuje kontynuowania kontaktów zawartych w sieci celem zachowania poczucia równowagi życiowej, a które dają mu ulgę. Zaczyna

wchodzić we wspólnotę internetową, rezygnuje z osób, rzeczy, które były dotąd częścią jego życia Jego umysł zajęty jest myślami o Internecie, tym, co będą robić, jak tylko się połączą z siecią. Często myśli te towarzyszyły im podczas spotkań z rzeczywistymi znajomymi

- *ucieczka* –uzależnienie pogłębia się, Internauta chce i potrzebuje coraz większej liczby godzin poświeconych Internetowi. Następuje całkowita ucieczka od świata realnego, przed codziennymi problemami, o których na chwilę zapominają, gdy „są online". Po wyjściu z sieci ze zdwojoną siłą wracają ich problemy. Pogłębia się depresja, intensyfikuje się samotność, pojawiają się wyrzuty sumienia z powodu zaniedbywania obowiązków, żony, dzieci. Internauta coraz częściej i dłużej korzysta z Internetu. Po przerwaniu długich sesji komputerowych odczuwa efekty odstawienia, irytację, panikę, niepokój, szuka środka uśmierzającego. Zaczyna kłamać na temat długości trwania sesji internetowej.

Negatywne skutki zachowań kompulsywnych, mogą się przejawiać w różnych sferach funkcjonowania człowieka, ale przede wszystkim dotyczą sfery fizycznej, a także psychiczno-społecznej.

Konsekwencje związane ze sferą obejmują najczęściej [8]:

- bóle głowy,
- bóle nadgarstka,
- bóle w klatce piersiowej,
- problemy żołądkowe,
- tiki nerwowe,
- zawroty głowy
- zespół przewlekłego zmęczenia.

Według Grabosza [9] podkreśla, iż negatywnymi skutkami spędzania wielu godzin przy komputerze jest występowanie dolegliwości:

- mięśniowo-szkieletowych (bóle szyi, ramion, pleców oraz palców i dłoni),
- obciążenia psychicznego (bóle głowy i zaburzenia wzroku, uczucie napięcia psychicznego)
- psychosomatycznych (alergie, bezsenność, pobudzenie, nerwowość).

Z kolei najczęściej opisywanymi skutkami uzależnienia od Internetu, według Jakubika [10]:

- stany depresyjne,
- utrata pracy,

- zaniedbywanie obowiązków szkolnych,
- zmiana używanego słownictwa,
- zaniedbywanie życia rodzinnego i towarzyskiego,
- kłopoty ze zdrowiem (zarwane noce, nieregularne posiłki),
- utrata zainteresowania wszelkimi formami aktywności społecznej,
- zawężenie zainteresowań i możliwości intelektualnych (np. brak zainteresowania czytaniem książek),
- zaburzenia relacji interpersonalnych (np. rezygnacja z bezpośredniego kontaktu na rzecz kontaktów online),
- rezygnacja z innych rozrywek i przyjemności,
- zaburzenia w sferze uczuć i emocji (np. preferowanie kontaktów w świecie wirtualnym, zamiast kontaktów z bliskimi osobami w świecie rzeczywistym),
- zmniejszenie potrzeb seksualnych,
- zaburzenia w zakresie własnej tożsamości,
- utrwalenie postaw egocentrycznych
- kłopoty finansowe (przy korzystaniu z kosztownego połączenia z Internetem).

Do objawów psychicznych wynikających z nadmiernego angażowania się w czynności należą [10]:

- nadaktywność,
- problemy ze snem,
- nieumiejętność wypoczynku,
- zmienne nastroje,
- uczucie irytacji,
- drażliwość,
- trudności w koncentracji uwagi,
- zaniżoną samoocenę,
- niższą satysfakcję z życia.

W zakresie sfery społecznej pojawia się [10]:

- zaniedbywanie innych aktywności,
- zawężenie/brak zainteresowań,
- izolowanie się od innych ludzi,
- złe relacje rodzinne związane z zanikaniem więzi czy rozpadem rodziny.

Nie można zapominać, iż angażowanie się w zakupy czy w hazard może być także źródłem emocji pozytywnych – np. uwalniać od napięcia, dostarczać poczucia ulgi. Niestety

taki przyjemny stan pobudzenia dość szybko przemija i może spowodować wyrzuty sumienia, obwinianie się za brak kontroli nad zachowaniem, problemy finansowe, w tym zadłużanie się, a nawet bankructwo.

Hazard jest chorobą umieszczoną w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10, z kodem F63,0), jako zaburzenia nawyków i kontroli impulsów [2,6,7]. Uważa się, iż ryzyko uzależnienia od hazardu dotyczy około 10% grających [2] Według niektórych badaczy hazard ma nie tylko podłoże biologiczne, czy behawioralne, ale także dziedziczne [2,6,7]. Uzależnienie od hazardu przebiega stopniowo i przechodzi przez cztery etapu rozwoju [2,6,7, 11]:

- *Faza zwycięstw* - granie okazjonalne, fantazjowanie na temat wielkich wygranych, duże wygrane powodujące coraz silniejsze pobudzenie, coraz częstsze zakłady i coraz wyższe stawki; człowiek zaczyna wierzyć w to, że będzie zawsze wygrywać, a w przypadku osiągnięcia "wielkiej wygranej" dąży do jej powtórzenia (nieuzasadniony optymizm) coraz częściej ryzykując coraz to większe kwoty.
- *Faza strat* - stawiając na wysokie zakłady naraża się na wysokie straty, zaciąga wysokie pożyczki i podejmuje próby odgrywania się, a w przypadkach powodzenia wygrane idą na spłaty długów; hazardzista gra kosztem pracy i domu, kłamie i zaczyna ukrywać swoje uzależnienie; unika wierzycieli i cały czas wierzy, że wkrótce nastąpi kolejna "wielka wygrana".
- *Faza desperacji* - separacja od rodziny i przyjaciół; utrata pracy i narastające długi powodują panikę; presja wierzycieli popycha często ku przestępstwom; te obciążenia prowadzą z kolei do psychicznego wyczerpania, pojawiają się wyrzuty sumienia, poczucie winy, bezradność i depresja.
- *Faza utraty nadziei* - rozwód; poczucie beznadziejności, myśli i/lub próby samobójcze; zostają wówczas 4 wyjścia: ucieczka w uzależnienie od alkoholu lub leków, więzienie, śmierć (samobójstwo lub z ręki wierzycieli) albo zwrócenie się po pomoc.

## PRZYKŁADY UZALEŻNIEŃ NIESUBSTANCJONALNYCH

### Bigoreksja

Bigoreksja (vigoreksja), to brak akceptacji swojego wyglądu i ciągłe próby jego ulepszania, co często wiąże się z zaburzonym obrazem własnego ciała [7,8,12].

Wyróżnia się kilka cech charakterystycznych dla bigoreksji [12]:

- zaburzony obraz własnego ciała,
- stosowanie rygorystycznej diety
- stosowanie intensywnych treningów,
- notoryczne mierzenie się,
- zażywanie sterydów anabolicznych
- unikanie kontaktów z ludźmi.

Kulturystyka jest akceptowana społecznie do momentu, gdy ćwiczenia zaczyna się traktować jak narkotyk, ponieważ po dłuższym okresie ich stosowania mogą pojawić się różne poważne choroby, np. przerost gruczołu krokowego, ginekomastia (rozrost sutka męskiego), uszkodzenie nerek, wątroby, a także zawały serca i udary mózgu (sterydy przyspieszają rozwój miażdżycy) [10].

Szacuje się, że w ciągu ostatnich 25. lat odsetek mężczyzn niezadowolonych z tego, jak wyglądają wzrósł trzykrotnie i wynosi obecnie 43%, czyli prawie tyle samo, ile w wypadku kobiet [cyt. za 12]. Prawdopodobnie około 10% mężczyzn intensywnie trenujących cierpi na bigoreksję (od zupełnie łagodnej do wyniszczającej) [12].

Nie można zapominać, iż problem bigoreksji dotyczy także kobiet [12].

Badacze z Uniwersytetu z Insbruck w Austrii wykazali, że kulturyści często mają wiele cech wspólnych z osobami cierpiącymi na zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia), ponieważ zbyt mocno koncentrują się na swoim wyglądzie, diecie, ćwiczeniach oraz zmniejszeniu tkanki tłuszczowej w organizmie oraz na rozbudowie masy mięśniowej [cyt. za 12].

## Hazard

Słowo „hazard" wywodzi się z języka arabskiego - *az-zahr* - nazwy gry w kości. W języku angielskim tłumaczone jest jako „niebezpieczeństwo, ryzyko" [3]. Hazard był obecny we wszystkich starożytnych cywilizacjach, bowiem o wartościowe przedmioty i niewolników grano już około 2300 lat przed naszą erą w Chinach, a w Tebach ok. 1500 lat p.n.e.. O obecności hazardu dowodzą także inskrypcje na piramidzie Cheopsa i w Biblii. Szybki rozwój hazardu rozpoczął się na początku XX wieku. W Polsce szacuje się, iż średnio na gry hazardowe wydaje się około 10 mld złotych rocznie (kasyna, toto-lotek, automaty, zakłady). Osoby uzależnione wierzą w stały, łatwy i szybki zysk [3].

W roku 2015, CBOS przeprowadził, na ogólnopolskiej reprezentatywnej próbie losowej dla osób 15+ (N=2502), badanie „*Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a*

*używaniem substancji psychoaktywnych*". Bezpośredni wywiad ankieterski wspomagany był komputerowo (CAPI) [1]. W badaniu wykorzystano Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (CPGI). W ciągu ostatniego roku 34,2% Polaków w wieku 15+ grało w jakieś gry na pieniądze, najczęściej - w gry liczbowe Totalizatora Sportowego (26,8%), w zdrapki (13,3%), loterie/konkursy SMS-owe (7,4%) oraz na automatach do gier z tzw. niskimi wygranymi (4,5%) [1]. Wśród Polaków w wieku 15+ lat - 7,1% osób grało w jakąś grę na pieniądze co najmniej dwa razy w tygodniu. Symptomy zagrożenia uzależnieniem od hazardu wystąpiły u 5,3% ogółu Polaków w tym wieku, a 0,7% osób zdradzało pewne symptomy problemu z hazardem. Realny problem z hazardem może mieć 2,2% graczy na pieniądze. Problem bardziej dotyczył mężczyzn (21,4%) niż kobiet (9,1%) oraz młodzież w wieku 18–24 lata (26,7%) [1].

## Nomofobia

Nomofobia *(ang. no-mobile-phone-phobia),* to zwiększone poczucia lęku i poddenerwowania w sytuacji braku możliwości korzystania z telefonu komórkowego (braku zasięgu, rozładowania baterii) [8,9,13].

Wykazano [cyt. za 8,9, cyt. za 13], że na nomofobię może cierpieć nawet 13. milionów Anglików – 58% mężczyzn i 48% kobiet posiadających telefon. Ponad połowa badanych nie wyłączała nigdy komórki, co tłumaczyli w większości przypadków chęcią pozostawania w kontakcie z rodziną i przyjaciółmi, ok. 10% „winę" zrzuciło na pracę, a jedynie 9% przyznało wprost, że brak telefonu powoduje u nich narastający niepokój [cyt. za 8,9, cyt. za 13].

## Ortoreksja

Ortoreksja pochodzi od greckich słów: *orto* -dobry, prawidłowy i *oreksis* -pożądanie, apetyt i oznacza uzależnienie od zdrowego jedzenia, chorobliwe skupianie uwagi nad zdrowym żywieniem [10].

Ortorektycy wierzą, że podstawą zdrowia, właściwego wyglądu oraz szczęśliwego życia jest odpowiednie pożywienie [8,9,10]. Z biegiem czasu, ich głównym zajęciem jest myślenie o tym co można zjeść, długu przeżuwają każdy kęs, aby należycie rozdrobnić pokarm, narzucają sobie rygorystyczną diety oraz stopniowo eliminują z posiłków coraz więcej produktów spożywczych, w tym niezbędnych dla życia składników mineralnych i witamin. Przede wszystkim unikają produktów przetworzonych, ponieważ zawierają sztuczne substancje konserwujące, syntetyczne barwniki, azotany, metale ciężkie (kadm, ołów), a ryby – rtęć [8,9,10].

Nie spożywają także wołowiny, ponieważ może zawierać priony powodujące chorobę Creutzfeldta-Jacoba. W konsekwencji takie postepowanie negatywnie wpływa na ich zdrowie fizyczne i psychiczne [8,9,10].

## Pracoholizm

Pracoholizm, to uzależnienie od wykonywanej pracy, powodujące zaburzenie równowagi między istotnymi elementami życia codziennego i cechujące się wewnętrznym przymusem do pracy [8,9,10].

Pojęcie pracoholizmu wprowadził w 1971 roku Oates, amerykański uczony i psycholog religii [8,9]. Porównał to uzależnienie przez analogię do alkoholizmu, twierdząc, że w pracoholizmie występują 3 fazy początkowe, podczas których odczuwa się głód i pożądanie pracy, tak samo jak alkoholik odczuwa i cierpi z braku alkoholu [8,9,14].

Pracoholikami są zwykle osoby pilne, perfekcyjne, ale i niepewne siebie, nieśmiałe, niedowartościowane, bojące się otoczenia, nie radzące sobie z pracą zespołową, nie mające zadowalającego życia osobistego [8,9,14].

Szacuje się, iż pracoholicy stanowią około 5% populacji, co oznacza, że co dwudziesty człowiek jest uzależniony od pracy [cyt. za 14]. Z pracoholizmem ściśle powiązana jest śmierć z przepracowania, nazywana jest w Japonii „karoshi", a jej pierwszy przypadek udokumentowano w roku 1969. [cyt. za 10]. Śmierć z przepracowania pojawia się nagle u ludzi w pełnym zdrowiu, w okresie dużej aktywności, odnoszących sukcesy zawodowe. Jest ona następstwem dużego napięcia psychicznego oraz wzmożonego wytwarzania adrenaliny, która zwęża naczynia krwionośne, powoduje wzrost ciśnienia krwi, przyspiesza czynność serca prowadząc do nagłego jego zatrzymania, lub wystąpienia udaru mózgu [cyt. za 10].

W roku 2015, w badaniu CBOS, na ogólnopolskiej reprezentatywnej próbie losowej dla osób 15+ (N=2502), z wykorzystaniem testy Bryana E. Robinsona, wykazano, iż dla blisko jednej piątej Polaków (19,1%) mających 15 + lat uzależnienie od pracy stanowi rzeczywisty problem, a w przypadku 36,2% - istnieje zagrożenie wystąpieniem takiego problemu [1]. Rozwinięty pracoholizm dotyczył przede wszystkim Polaków w średnim wieku (średnia: 45 lat, mediana: 44 lata). Z kolei objawy zagrożenia pracoholizmem najczęściej wykazywali badani w wieku ok. 40 lat. Nasileniu problemu uzależnienia od pracy było różne w poszczególnych grupach społeczno-zawodowych, a sprzyjały mu przede wszystkim: praca na własny rachunek. Wyższy w porównaniu z innymi poziom zagrożenia pracoholizmem odnotowany był także wśród kadry kierowniczej i specjalistów z wyższym wykształceniem (46,7%).

## Seksoholizm

Seksoholicy uważają, że seks [2,8,9,10]:

- jest jedynym sposobem radzenia sobie z problemami życiowymi
- przynosi im ukojenie biologiczne (w następstwie wytwarzania dużych dawek endorfin, enkefalin i dopaminy),
- przynosi im ukojenie psychiczne, jako forma ucieczki przed przeciwnościami lub przemocą
- przynosi im ukojenie duchowe, poprzez stwarzanie poczucia obcowania z czymś „wyższym".

W konsekwencji zaburza jednak ich czynności życiowe oraz realizację życia rodzinnego, społecznego i socjalnego, a intensywność doznań często się zwiększa, gdy osoby uzależnione przyjmują narkotyki i nadużywają alkoholu [2,8,9,10].

## Uzależnienie od Internetu

Termin „uzależnienie od Internetu" (*Internet Addiction Disorder – AID*) został zaproponowany w roku 1995 przez psychiatrę Goldberga [cyt. za Wallace].

W literaturze funkcjonują różne nazwy uzależnienia od Internetu. Jakubik [10] wymienia: siecioholizm (*netaholics*) lub sieciozależność (*netaddiction*), cyberzależność (*cyberaddiction*) lub cybernałóg, internetoholizm, internetozależność, uzależnienie od Internetu (*Internet addiction*), uzależnienie komputerowe (*computer addiction*), zaburzenia spowodowane zależnością od Internetu (*Internet Addiction Disorder – IAD*), infoholizm, infozależność (*information addiction*), ale sugeruje używanie nazwy "zespół uzależnienia od Internetu" (ZUI) lub „zespół uzależnienia internetowego" (ZUI) [10].

Z kolei Woronowicz [8,9], proponuje używać polskiej nazwy – siecioholizm. Woronowicz uważa, że niebezpieczne może być spędzanie na przeglądaniu Internetu ponad 5 godzin dziennie.

W badaniu CBOS z roku 2015, na ogólnopolskiej reprezentatywnej próbie losowej dla osób 15+ (N=2502), wykazano, że większość (67,9%) Polaków w wieku 15+ korzysta z Internetu, tym najczęściej użytkownicy (98,1%), którzy nie mają w codziennym życiu problemów związanych z korzystaniem z sieci [1].

Problem z uzależnieniem od Internetu dotyczy 0,08% badanej populacji, czyli ok. 0,12% korzystających z sieci. Symptomy zagrożenia uzależnieniem zdradza 1,2% ogółu badanych, czyli 1,8% korzystających z Internetu. Największe zagrożenie uzależnieniem od Internetu dotyczy najmłodszych użytkowników - osób w wieku 15–17 lat, bowiem 6,2% z nich

zdradza symptomy uzależnienia/zagrożenia uzależnieniem od sieci. Wraz z wiekiem tego rodzaju zagrożenie zanika, a u osób po 65. roku życia, nie zostało ono w ogóle stwierdzone [1].

## Uzależnienie od solarium

Termin „tanoreksja" powstał od angielskiego słowa "*tan*" - opalenizna oraz słowa *„anoreksja*" - zaburzenia odżywiania na tle patologicznego postrzegania własnej osoby, występującego zwykle u dziewcząt i młodych kobiet [15].

O istnieniu tanoreksji zdają sobie sprawę nie wszyscy korzystający z solarium, jednak żaden z tanorektyków nie dopuszcza do siebie myśli o tym, iż może u niego rozwinąć się taki problem. Tanorektycy to osoby które [15]:

- odczuwają potrzebę stałego kontaktu ze słońcem,
- mający ciągłe uczucie, że są bladzi, a przez to mało atrakcyjni - nawet wtedy, kiedy ich skóra kolorem zbliżona jest już do czekolady
- początkowo pragnący upodobnić się do aktorek, modelek i piosenkarek latynoskiego pochodzenia, kreujących modę na opalanie, a u których z czasem potrzeba opalania przeradza się w rodzaj obsesji.

Tanoreksja nie jest jeszcze sklasyfikowana w DSM-IV ani w ICD-10, ale ma cechy uzależnienia psychicznego i behawioralnego [15].

Tanoreksja najczęściej dotyczy kobiet w średnim wieku, wmawiających sobie, że poprzez opaleniznę staną się młodsze i bardziej atrakcyjne [15]. Niestety, coraz częściej ten problem dotyczy nastolatek

W literaturze, za Kiełtyka [15] podkreśla się, że osoby cierpiące na tanoreksję nie ulegają z reguły poparzeniom, a ich skóra jest dużo bardziej odporna na działanie promieni UV.

Powyższe wynika z faktu, iż częste wizyty w solarium i/lub stosunkowo długie pobyty na plaży powodują, iż rozwija się u nich paradoksalna ochrona organizmu pod postacią ciągłej, skrajnie wysokiej produkcji pigmentu oraz zbudowania bardzo grubego modzelu świetlnego. W efekcie tanorektyk, nawet bez używania kosmetyku ochronnego, może zaaplikować sobie kilkanaście razy większą dawkę UV i nie naraża się na bezpośrednie poparzenia. W konsekwencji jednak dochodzi do niszczenia skóry, która nie ma odpowiednio długiego czasu na samoregenerację [15].

W USA od czasu, po stwierdzeniu że aż 90% nowotworów skóry jest wynikiem nadmiernego opalania, coraz częściej tanorektyków wysyła się do psychoterapeutów [16].

## Zakupoholizm

Pojęcie „zakupoholizm" określa uzależnienie od zakupów wcześniej nie planowanych i związane jest z faktem, iż osoby dotknięte tym nałogiem nie mogą obojętnie przejść obok wystaw sklepowych zwłaszcza wówczas, gdy ogłaszana jest promocja, a dokonanie zakupów wywołuje u nich zadowolenie i daje poczucie satysfakcji ]8,9,10].

Badania amerykańskie wykazały, że około 6% kobiet i 5% mężczyzn ma problem z pohamowaniem chęci nadmiernego kupowania dóbr materialnych, a uzależnionych jest około 1% [cyt. za 10]. Niestety granica między skłonnością do zakupów, a chorobą jest jednak bardzo trudna do zdefiniowania [8,9,10].

Z badań Christensona [18] wynika, iż zakupoholicy, częściej niż przeciętni ludzie, są samotnikami oraz częściej się rozwodzą.

W badaniu CBOS z roku 2015, na ogólnopolskiej reprezentatywnej próbie losowej dla osób 15+ (N=2502), z wykorzystaniem *Valence, d'Astous and Fortier Compulsive Buying Scale*, wykazano, że problem zakupoholizmu może dotyczyć 4,1% populacji Polaków w wieku od 15. roku życia, w tym 6,2% kobiet i jedynie 1,8% mężczyzn. W grupie osób zagrożonych uzależnieniem lub uzależnionych od zakupów kobiety stanowiły 80%. Wśród badanych mających problem z kompulsywnym kupowaniem – 30,6% stanowiły osoby, które nie ukończyły 25. roku życia, a 26,7% - osoby w przedziale wiekowym 25–34 lata.

## PODSUMOWANIE

Pamiętać należy, za Dicson i wsp. [19] iż uzależnienia od substancji psychoaktywnych z jednej strony mogą zwiększać ryzyko rozwoju uzależnień behawioralnych, a z drugiej pogarszać ich przebieg, zmniejszając skuteczność leczenia.

Rozmaite uzależnienia łączą często wspólne czynniki ryzyka, co uzasadniać ma podjęcie podobnych oddziaływań prewencyjnych i leczniczych dla uzależnień od substancji i behawioralnych [19].

Za czynnik chroniący przez uzależnieniami od czynności uważana jest przede wszystkim [20]:

- rzetelna wiedza na temat tego typu zagrożeń,
- wczesne dostrzeżenie symptomów,
- zmiana postaw będących ich konsekwencją,
- praca nad zanikiem stereotypowego spojrzenia.

*„Dopóki zakupoholizm będzie postrzegany jako fanaberia, hazard –rozrywka dla znudzonych bogaczy, siecioholizm –przypadłość, z której wyrasta się z wiekiem, a pracoholizm –powinność każdego obywatela, cierpiący na uzależnienie od czynności będą odosobnienie w trawiącym ich procesie chorobowym”* [20].

## PIŚMIENNICTWO


1. Gwiazda M: Pracoholicy, siecioholicy, hazardziści... Uzależnienia od zachowań, Badanie CBOS NR 76/2015, Warszawa, 2015.
2. Encyklopedia Popularna PWN, Warszawa, Dom Wydawniczy PWN, 2007.
3. Janiszewski Wł.: Stare i nowe uzależnienia - podobieństwa i różnice, Problemy Narkomanii, 2009; 1: 66-84.
4. Bellringer P. Understanding problem gamblers, London, Free Association Books, 1999.
5. https://pl.wikipedia.org/wiki/Mi%C4%99dzynarodowa_Klasyfikacja_Chor%C3%B3b_ICD-10 (data dostępu 29.06.2020).
6. Woronowicz B.T.: Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu., Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2001.
7. Woronowicz B.T.: Uzależnienia: geneza, terapia, powrót do zdrowia, Warszawa, Wydawnictwo Media Rodzina, 2009.
8. Young K., Klausing P.: Uwolnić się z sieci, Kraków, Księgarnia Św. Jacka, 2009.
9. Grabosz J. , Sikorski M.: Jak oceniać ryzyko pracy przy komputerze. Gdańsk, Ośrodek 1999.
10. Jakubik: Zespół uzależnienia od Internetu (ZUI) – Internet Addiction Syndrome (IAS). In Instytut Psychologii Zdrowia , http://www.psychologia.net.pl/artykul.php?level=52, (data dostępu 29.06.2020).
11. Wojewódzka B.: Hazard. Zabawa, czy zagrożenie, Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych: Parpamedia Wydawnictwo Edukacyjne, 2008.
12. Walczak j.: Bigoreksja - obsesja na punkcie bycia umięśnionym, Kulturystyka i Fitness, 2009; 1: 66-67.
13. http://www.psychika.eu/nomofobia-nerwica-zaburzenie/, (data dostępu 29.06.2020).
14. Golińska L., Pracoholizm. Uzależnienie czy pasja, Warszawa, Wydawnictwo Difin, 2008.
15. Kiełtyka K.: Tanoreksja – nowe zagrożenie zdrowotne. Dermatologia Estetyczna, 2008; 10(3): 174-182.

16. Sech B.: http://www.chcebycpiekna.pl/artykul/160/uzaleznienie_od_solarium, (data dostępu 29.06.2020).
17. Lindstrom M.: Zakupohologia: prawda i kłamstwa o tym, dlaczego kupujemy, przeł. Magdalena Zielińska, Kraków, Wydawnictwo Znak, 2009.
18. Christenson G.A. Faber R.J, de Zwaan M, Raymond NC, Specker S.M., Ekern M. D., Mackenzie T. B,. Crosby R.D., Crow S. J., Eckert E. D.: Compulsive buying: descriptive characteristics and psychiatric comorbidity, Journal of Clinical Psychiatry, 1994; 55(1):5-11.
19. Dickson L, Derevensky J, Gupta R (2002) The prevention of gambling problems in youth: A conceptual framework. Journal of Gambling Studies, 2002; 18: 97-159 .
20. http://www.publikacje.edu.pl/pdf/13159.pdf (data dostępu 29.06.2020).

# Nomofobia, FOMO i życie z Internetem

**Jerzy T. Marcinkowski[1,2,3,4], Zofia Konopielko[5], Paulina Rosińska[2,6], Aneta Klimberg[1,4]**

1. Katedra Higieny i Epidemiologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Zielonogórski
2. Uczelnia Łazarskiego w Warszawie, Wydział Medyczny
3. Zakład Zdrowia Publicznego, Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
4. Polskie Towarzystwo Higieniczne – Zarząd Główny w Warszawie
5. Poradnia Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego, Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie
6. Katedra Psychologii Rehabilitacji i Rewalidacji, Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

## HISTORIA – OD TELEFONU KOMÓRKOWEGO DO SMARTFONA Z INTERNETEM

Termin *nomofobia* (skrócona wersja ang. "no mobile phobia") – czyli strach przed brakiem telefonu, został użyty po raz pierwszy podczas badania przeprowadzonego w 2008 roku przez brytyjską pocztę, które wykonała na jej zlecenie brytyjska organizacja badawcza (YouGov). W badaniu wzięło udział 2163 osób. Wykazano, że około 58% mężczyzn i 47% kobiet cierpi na fobię, a dodatkowe 9% czuje się zestresowanych, gdy ich telefony komórkowe są wyłączone. Prawie 53% użytkowników telefonów komórkowych w Wielkiej Brytanii było zaniepokojonych, że straci telefon komórkowy, wyczerpie się bateria, stan konta na karcie prepaid lub nie będzie zasięgu sieci; 55% ankietowanych wymieniło jako główny powód tego niepokoju – brak możliwości kontaktu z przyjaciółmi lub rodziną. W badaniu określano poziom stresu wywołane przez średni przypadek nomofobii, który okazał się równy z poziomami „dreszczów weselnych" i wyprawy do dentysty [1].

W 2015 r. Motorola, należąca do chińskiego giganta Lenovo opublikowała wyniki ankiet przeprowadzonych w Internecie przez ośrodek KRC Research wśród ponad 7 tys.

użytkowników telefonów komórkowych z 7 krajów zadając im pytania dotyczące nawyków związanych z używaniem telefonu.

Sześciu użytkowników na dziesięciu przyznało się, że zasypia z telefonem w dłoni (w Indiach stanowili 74% a w Chinach 70%). Ponad połowa badanych - 57% - chodzi z telefonem do toalety (najczęściej byli to Chińczycy i Brazylijczycy). Jeden na dziesięciu badanych twierdzi, że korzysta ze smartfona pod prysznicem, a ponad połowa (54%) przyznaje, że jeśli miałaby wybierać, to przed płomieniami pożaru uratowałaby telefon, a nie swego kota; 22% ankietowanych chętniej zrezygnowałoby z seksu podczas weekendu niż z telefonu; 40% podało, że jego telefon zna wszystkie sekrety o których nie wiedzą nawet najlepsi przyjaciele. Jeśli chodzi o poziom zadowolenia ze swojego telefonu to tylko 39% badanych określiło za dobry, a aż 79% badanych irytuje się, gdy urządzenie przeszkadza w nieodpowiednim momencie. Jednocześnie Motorola wykorzystując raport zaprezentowała dwie najlepsze wersje swoich telefonów [2].

W 2016 r. Spitzer (2016) zauważył w telefonach komórkowych wielki potencjał uzależniający „w wielu krajach zjawisko to osiągnęło już zatrważające rozmiary i doprowadziło do wdrożenia rozległych działań terapeutycznych". Na naszych oczach dokonuje się swoista rewolucja obejmująca cały Świat [cyt. za 3].

W 2019 r. wśród 23,5% uczniów i studentów, głównie płci męskiej, w Puducherry w Indiach stwierdzano ewidentne objawy nomofobii, w tym kompulsywne korzystanie ze smartfona. Czas trwania i częstotliwość korzystania ze smartfona, korzystanie z sieci społecznościowych, sprawdzanie bez powodu i sprawdzanie smartfona po przebudzeniu rano były istotnie związane z nomofobią. Szczegółowy wywiad ukazał atrybuty uzależnienia wśród uczniów, w tym kompulsywne zachowanie. Uczniowie ci odczuwali niepokój i frustrację, gdy musieli rozstać się ze smartfonami [4]. Więcej niż jeden na dwóch nomofobów nigdy nie wyłącza telefonów komórkowych, tym samym pozostając w łączności z Internetem on-line [5].

## NOMOFOBIA

Jak już wspomniano nomofobia – czyli strach przed brakiem telefonu komórkowego i utratą możliwości stałego kontaktu – zdefiniowany i nazwany w 2008 r., stopniowo nabierał innego znaczenia – pojawił się strach przed brakiem nie tyle telefonu komórkowego, ale smartfona – jako nośnika, który umożliwia stały dostęp do sieci. W 2013 roku podano, że sprzedaż smartfonów po raz pierwszy znacznie przewyższyła sprzedaż telefonów komórkowych [6].




Nomofobia jest na razie uznawana za objaw lub syndrom problemowego korzystania z mediów cyfrowych. Określana jako zaburzenie behawioralne, chyba najnowsze w XXI wieku, polegające na nerwowości i lęku za każdym razem, gdy nie mamy pod ręką takiego urządzenia i nie możemy zajrzeć do Internetu. W piątej edycji wydawanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne podręcznika „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM 5) brak jest pojęcia uzależnienia od smartfonu czy tabletu. Negatywne zjawiska związane z tymi urządzeniami – przede wszystkim uporczywe zerkanie na ekran i odświeżanie aplikacji – klasyfikowane są jako zachowania kompulsywne. Najnowsze badania pokazują jednak, że nie jest to tylko problem behawioralny – niewątpliwie jest to już w pewnych sytuacjach uzależnienie od Internetu czy smartfona, które może doprowadzić do zagrożenia zdrowia i szkodliwych skutków psychicznych [5].

„*Tak jak narkoman nie jest uzależniony od strzykawki, ale od jej zawartości, smartfon jest tylko urządzeniem. Nie należy więc mówić o uzależnieniu od smartfona, co najwyżej o uzależnieniu od różnego rodzaju funkcji społecznościowych, zabawy czy ciągłego napływu świeżych informacji, do których dostęp daje nam telefon*". Profesjonaliści od uzależnień twierdzą, że jak w przypadku innych uzależnień behawioralnych kwestią czasu jest uznanie problematycznego korzystania ze smartfonu za uzależnienie i wpisanie go do klasyfikacji chorób [7].

## FOMO (FEAR OF MISSING OUT)

Zjawisko nieustannej potrzeby dostępu do Internetu po raz pierwszy rozpoznał w 1996 r. Dr Dan Herman, strateg marketingowy, który przeprowadził badania dla Adama Belloucha i

opublikował pierwszy artykuł naukowy na ten temat w 2000 r. *w* Journal of Brand Management [8].

Nazwę FOMO zaproponował Patrick J. McGinnis [9] i spopularyzował ją publikując w 2004 r. w *The Harbus* (czasopismo Harvard Business School) artykuł zatytułowany "*Two FOs McGinnisa: Teoria społeczna w HBS",* w którym nawiązał do FOMO i innego pokrewnego określenia - FOBO (Strach przed lepszą opcją) i ich roli w życiu społecznym w szkole [10-14].

Początkowo uczestniczenie w tym nowym zjawisku, jakim był stały dostęp do Internetu i mediów społecznościowych traktowane było jako ciekawe i nieszkodliwe, lecz coraz częściej zaczynało się wiązać z problemami, które wielokrotnie utrudniały życie użytkownikom.
Wysoki poziom FOMO to:

- Obawa, że inni ludzie – w tym moi znajomi – mają więcej satysfakcjonujących doświadczeń w życiu.
- Niepokój w sytuacji, kiedy moi znajomi bawią się beze mnie, kiedy nie wiem, jakie mają plany, obawa przed przeoczeniem zaplanowanego lub spontanicznego spotkania.
- Ciągłe sprawdzanie, co robią moi znajomi, chęć, by cały czas być na bieżąco z ich życiem.
- Potrzeba, a czasem przymus relacjonowania swojego życia – przede wszystkim pozytywnych wydarzeń – w Internecie.
- Potrzeba posiadania telefonu zawsze w zasięgu ręki tak, aby nic nie umknęło mojej uwadze.

Martwię się, gdy się dowiaduję, że moi znajomi bawią się beze mnie podało 80% osób z wysokim FOMO vs. 22% przeciętnych internautów. Martwię się, gdy przeoczę spotkanie planowane przez moich znajomych 76% osób z wysokim FOMO vs. 24% przeciętnych internautów. Niepokoi mnie, gdy nie wiem, jakie plany mają moi znajomi 55% osób z wysokim FOMO vs. 14% przeciętnych internautów [15].

FOMO to „*wszechogarniający lęk, że inne osoby w danym momencie przeżywają bardzo satysfakcjonujące doświadczenia, w których ja nie uczestniczę*" [16].

To zjawisko, które dotyczy relacji międzyludzkich, emocji, a w konsekwencji uzależnienia jest przedmiotem zainteresowania szczególnie psychologów i psychiatrów.

W bazie Web of Science do końca 2018 r. zawarto 37 artykułów tych specjalistów na ten temat. Problemem zajmują się też pedagodzy, ekonomiści, a także badacze zajmujący się komunikacją społeczną, technologiami informatycznymi czy marketingiem (np. Stamp, 2016; Alt, 2017 & 2018; Alt & Boniel-Nissim, 2018; Tomczyk & Selmanagic-Lizde, 2018).

Część tego typu publikacji wchodzi też w obszar medioznawstwa (np. Buglass et al., 2017; Davey et al.; 2018; Dhir et al., 2018), Reinecke et al., 2017; Błachnio & Przepiórka, 2018).

W 2019 roku przedstawiono kolejne, po opublikowanych w 2018 r. wyniki z badań przeprowadzonych wśród polskich internautów zatytułowanych „FOMO. Polacy a lęk przed odłączeniem – raport z badań", który powstał z inicjatywy dr Anna Jupowicz-Ginalskiej, w wyniku współpracy badaczy z Wydziału Dziennikarstwa, Informacji i Bibliologii UW, Wydziału Psychologii UW oraz panelu badawczego Ariadna, przy wsparciu Google Polska. Autorzy badania używali m.in. kwestionariusza The Internet Addiction Test (IAT) autorstwa Kimberly S. Young – badaczki już w latach dziewięćdziesiątych analizującej negatywne odziaływanie Sieci na internautów i narzędzi badawczych uznanych na całym świecie, m.in. Widyanto & McMurren, 2004, który zawiera 20 pytań (w przedstawianej w dalszej części tego rozdziału - skali Likerta od 0 = „nie dotyczy mnie" do 5 = „zawsze") na temat niepokojących zachowań związanych z korzystaniem z Internetu. Chodziło m.in. o zaniedbywanie bliskich (rodziny, przyjaciół), obowiązków zawodowych lub szkolnych, nieumiejętność rezygnacji z Sieci czy choćby skrócenia czasu bycia on-line.

Badacze zaznaczają, że liczbę użytkowników Internetu w Polsce szacuje się aktualnie na 26,9 mln osób. Oznacza to, że ponad 4 mln internautów odczuwa lęk przed odłączeniem. Autorzy Raportu używają własnych określeń dla osób korzystających z Internetu a szczególnie mediów społecznościowych - piszą więc o nich „silnie sfomowani" czy „ średnio lub nisko sfomowani".

Być może, że kolejni badacze będą stosowali inne nazewnictwo. W Raporcie wykazano, że problem sfomowania dotyczy 19% badanych, nie zależy od płci, a najsilniej „sfomowani" są mieszkańcy dużych i wielkich miast. Wskaźnik „niskiego fomo" w porównaniu z badaniami z 2018 roku - zdecydowanie rośnie, ale, co interesujące – wskaźnik „wysokiego fomo" - zdecydowanie spada, co może oznaczać mniejsze zainteresowanie mediami społecznościowymi lub większą potrzebą prowadzenia higienicznego trybu cyfrowego życia, czy niższych umiejętności poruszania się w cyberświecie.

W badanej populacji grupą najsilniej zaangażowaną w media społecznościowe okazali się najmłodsi; 37% respondentów było w wieku do 19. roku życia; 25% - w wieku 20-24 lata, 27% - 24-34 lata; 13% - 35-44 lata, 7% - 45-54 lata, 9% - 55-64 lata i zaledwie 2% w wieku powyżej 65. roku życia. Pozostałe zmienne, jak miejsce zamieszkania i płeć nie miały większego wpływu na wahania wysokiego poziomu zaangażowania w media społecznościowe.

Porównano zachowania uzależnionych i nieuzależnionych od potrzeby stałej obecności w sieci - 63% fomersów trzyma telefon w zasięgu wzroku (34% wszystkich badanych), rosnące zaniepokojenie z powodu braku smartfona pod ręką przejawia 56% z nich, podczas gdy tylko 20% badanych z grupy ogólnej odczuwa strach, gdy nie może sprawdzić w smartfonie, czy aktualnie dzieje się coś ważnego (52% vs 14%). Autorzy badania zauważają też inne zachowania uzależnieniowe: „53% osób wysoko sfomowanych przedłuża czas używania telefonu (vs 16% badanych z grupy ogólnej), 46% poświęca mu więcej uwagi niż pierwotnie zakładało (vs 16%), a 45% deklaruje, że nie może się od niego „odkleić" - gdy tylko 13% przeciętnych użytkowników Sieci. Prośba o odłożenie smartfona irytuje 42% fomersów (vs 11% osób z grupy ogólnej). Pomimo dezaprobaty otoczenia wyrażanej słownie, czy wręcz czynnie sfomowani nie odkładają ani nie wyłączają sprzętu (42% vs 12% ogółu badanych), niekiedy wywołują przez to konflikty (39% vs 10%). Dla osób sfomowanych smartfon staje się oazą dającą im chwilę wytchnienia i relaksu: 43% z nich dzięki niemu odstresowuje się (vs 13% grupy ogólnej).

Badacze zauważają, że osoby z wysokim poziomem FOMO czują przymus korzystania ze swoich smartfonów, co zresztą czynią w niewłaściwych okolicznościach: 20% takich osób przyznało się do korzystania z mediów społecznościowych podczas mszy – podczas gdy w grupie ogólnej było tylko 8%; 35% respondentów z wysokim FOMO jest pewna, że przez korzystanie z serwisów społecznościowych zaniedbuje obowiązki domowe, a 27% - obowiązki służbowe (w grupie ogólnej jest to odpowiednio 12 i 8%); 36% badanych, u których zidentyfikowano wysokie FOMO wprost przyznaje, że czuje się uzależnionymi od mediów społecznościowych (12% w grupie ogólnej).

Blisko jedna piąta osób z wysokim FOMO przyznaje się do tego, że przy niekorzystaniu z mediów społecznościowych występują u nich różnego rodzaju objawy somatyczne: nudności, zawroty głowy, bóle brzucha (23%), czy zwiększona potliwość (21%). Objawy ustępują po „włączeniu do Sieci" [17].

Zdaniem specjalistki szkolącej lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej właśnie ten lekarz powinien odgrywać ważną rolę w profilaktyce, wczesnym wykrywaniu i leczeniu e-uzależnień. Kiedy lekarz może podejrzewać, że pacjent boryka się z high FOMO? Takie rozpoznanie należy wziąć pod uwagę, gdy badania diagnostyczne nie odbiegają od normy, a pacjent skarży się na: bóle brzucha, zawroty głowy, nudności, deregulację emocjonalną, zaburzenia odżywiania, bóle mięśniowo-szkieletowe, suchość gałek ocznych.

„W profilaktyce syndromu FOMO należy zwrócić uwagę na konieczność ograniczenia czasu ekranowego do 2 godzin dziennie" [18].

## PHUBBING

Innym badanym zjawiskiem w kontekście FOMO **był phubbing** – termin powstał w 2013 roku z połączenia skrótów słów ang. „phone" - telefon oraz „snubbing" - lekceważenie) [19].

Jest to sytuacja, w której osoba koncentruje się na telefonie komórkowym kosztem komunikacji interpersonalnej (Karadag et al., 2015), niejako lekceważąc uczestników spotkania prywatnego czy biznesowego (Chotpitayasunondh & Douglas 2018). Dobrze znamy z autopsji takie zachowania, które są często przez nas - nie tylko przez badaczy oceniane negatywnie – pozostali uczestnicy spotkania czują się jako ofiary, wykluczani co czasem powoduje obniżenie ich dobrostanu psychicznego (David & Roberts, 2017). Badacze najczęściej przypisują zjawisko phubbingu uzależnieniu od telefonu, mediów społecznościowych, gier czy Internetu (Karadag et al., 2015; Nazir & Bulut, 2019).

W przedstawianym już badaniu na polskiej populacji opublikowanym w 2019 roku - 37% sfomowanych (określenie użyte przez badaczy) czuje się dobrze, gdy zwraca uwagę na swoje urządzenie, a nie na osoby towarzyszące (vs 10% grupy ogólnej), a 45% wybiera celowo „towarzystwo" smartfona, izolując się od ludzi (45% vs 14%) [17].

Stopień nasilenia potrzeby bycia w Sieci zamiast kontaktu z ludźmi w realu określono jako phubbing wysoki, średni i niski. Wysoki phubbing odczuwało 22% użytkowników Sieci, średni – 62%, niski – 15%. Dokonano też analizy związków phubbingu z FOMO. Widać wyraźnie, że wysoko sfomowani respondenci phubbują najmocniej, co jest zgodne z podanymi przez np. Balta et al., 2018, Franchina et al., 2018, Blanca & Bendayan, 2018. Dość jasnym wytłumaczeniem zjawiska jest uzależnienie od obecności w sieci. Inni obserwują zjawisko phubbingu także w uzależnieniu od gier, czy Internetu (Karadag et al., 2015; Nazir & Bulut, 2019). Zresztą każde uzależnienie przekracza myślenie o relacjach międzyludzkich, czy zasadach savoir vivre'u. „*Ta wiedza daje szansę na budowanie skutecznej strategii leczenia uzależnienia i docelowo uzyskania zdolności nawiązywania bezpośrednich interakcji z rozmówcami oraz motywacji do rezygnacji z użytkowania telefonu*" [17].

## OBECNOŚĆ W SIECI A PRACA ZAODOWA PRACOWNIKÓW OCHORNY ZDROWIA

Rosnące obawy dotyczące negatywnych skutków nadużywania smartfonów podczas praktyki klinicznej implikują potrzebę polityki ograniczającej korzystanie ze smartfonów

podczas opieki nad pacjentami. Zauważono bowiem, że personel medyczny, zaglądający w czasie pracy do Internetu w celach innych niż stricte zawodowe, ma rozproszoną uwagę i podkreślono znaczenie edukacji o potencjalnych zagrożeniach z tego wynikających [20]. Nawet już studenci pielęgniarstwa, którzy wykazują wysoki poziom nomofobii i regularnie korzystają ze smartfonów podczas praktyki klinicznej sami uważają, że konieczne jest wdrożenie zasad ograniczających korzystanie ze smartfonów podczas pracy [21].

## NADUŻYWANIE SMARTFONA (INTERNETU) A PROBLEMY PSYCHOLOGICZNE UŻYTKOWNIKA

Według Bianchi i Philipsa (2005) nadużywanie telefonu komórkowego z dostępem do Internetu związane jest z czynnikami psychologicznymi człowieka. Może być to: - niska samoocena (gdy osoby szukające otuchy korzystają z telefonu komórkowego w niewłaściwy sposób) i ekstrawertyczna osobowość (gdy osoby naturalnie prospołeczne korzystają z telefonu komórkowego w nadmiarze). Jest również wysoce prawdopodobne, że objawy nomofobiczne mogą być spowodowane przez istniejące wcześniej zaburzenia psychiczne - w tym fobią społeczną lub zaburzeniem lęku społecznego, lękiem społecznym i zespołem paniki.

Więcej niż jeden na dwóch nomofobów nigdy nie wyłącza telefonów komórkowych, tym samym pozostając w łączności z Internetem on-line.

### Jak się dowiedzieć, czy masz nomofobię?

Jak dowiedzieć się czy masz nomofobię? Sprawdź za pomocą tego **kwestionariusza, opracowanegoprzez Caglara Yildirima** ze Stanowego Uniwersytetu Nowego Jorku.

Oceń prawdziwość zdań w stosunku do ciebie podając punkty od 1 (oznacza „zdecydowanie się nie zgadzam”) do 7 („zdecydowanie się zgadzam”) [22].

1. Czułbym się niekomfortowo nie mając stałego dostępu do informacji przez mój smartfon.
2. Denerwuje się, gdy nie mogę za każdym razem gdy chcę sprawdzić czegoś z pomocą smartfona.
3. Brak dostępu do informacji w moim urządzeniu (wiadomości, wydarzenia, pogoda) sprawia, że się denerwuje.

4. Czuję zdenerwowanie, gdy nie mogę wykorzystać mojego smartfona oraz jego możliwości za każdym razem, gdy mam na to ochotę.
5. Możliwość rozładowania się baterii w moim smartfonie mnie niepokoi.
6. Gdybym przekroczył swój limit transferu danych lub środków na połączenia na dany miesiąc – spanikowałbym.
7. Jeśli nie mam zasięgu telefonu lub Wi-Fi, natychmiast sprawdzam, czy w okolicy gdzieś nie mogę go uzyskać.
8. Obawiam się, że bez możliwości używania smartfonu mógłbym się gdzieś zgubić.
9. Jeśli przez długi czas nie sprawdzam mojego smartfona odczuwam potrzebę zrobienia tego.
10. Nie mając przy sobie smartfona odczuwam niepokój, że nie mogę skontaktować się natychmiast ze znajomymi.
11. Nie mając przy sobie smartfona odczuwam niepokój, że moja rodzina nie ma ze mną kontaktu.
12. Nie mając przy sobie smartfona odczuwam niepokój, że nie otrzymam ważnych wiadomości tekstowych i będę niedostępny dla połączeń.
13. Nie mając przy sobie smartfona odczuwam niepokój, że nie będę mógł pozostać w kontakcie ze znajomymi i przyjaciółmi.
14. Nie mając przy sobie smartfona odczuwam niepokój, że ktoś będzie chciał się ze mną skontaktować i nie uda mu się.
15. Nie mając przy sobie smartfona odczuwam niepokój, że stały kontakt z moją rodziną i przyjaciółmi zostanie zaburzony.
16. Nie mając przy sobie smartfona odczuwam niepokój, że nie jestem w stałym połączeniu z moimi internetowymi profilami.
17. Nie mając przy sobie smartfona odczuwam niepokój, że nie będę na bieżąco z tym, co dzieje się w sieci i na mediach społecznościowych.
18. Nie mając przy sobie smartfona odczuwam niepokój, że nie będę otrzymywał ważnych powiadomień od moich kontaktów oraz źródeł wiedzy.
19. Nie mając przy sobie smartfona odczuwam niepokój, bo nie mogę sprawdzić wiadomości.
20. Nie mając przy sobie smartfona odczuwam niepokój, bo nie wiedziałbym co robić.

Jeśli uzyskujesz wynik:

- od 21 do 60 możesz mówić o lekkiej nomofobii,
- wyniki 61-99 i wyżej są niepokojące i oznaczają, że nie potrafisz wytrzymać długo bez zajrzenia do telefonu [23,24.].

NMP-Q ma 20 pytań, każde punktowane w 7-punktowej skali Likerta.

Całkowity wynik na NMP-Q wynosi 20 przy najniższym (20 * 1) lub 140 (7 * 20) przy najwyższym.

| Wynik | Interpretacja wyników |
|---|---|
| 20 | Brak nomofobii |
| 21-59 | Łagodny poziom nomofobii |
| 60-99 | Umiarkowany poziom nomofobii |
| 100-140 | Ciężka nomofobia |

**Skala Likerta** – to w metodologii badań społecznych pięciostopniowa skala, którą wykorzystuje się w kwestionariuszach ankiet i wywiadach kwestionariuszowych, dzięki której uzyskać można odpowiedź dotyczącą stopnia akceptacji zjawiska, poglądu itp. Nazwa skali pochodzi od nazwiska Rensisa Likerta, który opracował ją w 1932 r.

Bardzo często wykorzystywana jest do mierzenia postaw wobec konkretnych problemów czy opinii.

Skala ta składa się z kafeterii liczącej pięć odpowiedzi ułożonych w porządku od stopnia całkowitej akceptacji, do całkowitego odrzucenia. Badany ma za zadanie określić, w jakim stopniu zgadza się z danym twierdzeniem.

Przykładowe warianty opisane na skali:

1. zdecydowanie nie zgadzam się,
2. raczej się nie zgadzam,
3. nie mam zdania,
4. raczej się zgadzam,
5. zdecydowanie się zgadzam.

Liczba możliwych do wyboru odpowiedzi powinna być nieparzysta (najczęściej 5), tak, żeby środkowe stwierdzenie było możliwie najbardziej neutralne. Badany wybiera tę możliwość, która najbardziej odpowiada jego odczuciom.

Skala została stworzona na potrzeby liczenia wskaźników zbudowanych z sumy (lub średniej) pytań kwestionariuszowych i w związku z tym się różni od innych skal porządkowych, że może być i z reguły jest traktowana jako ilościowa.

## DZIECI I MŁODZIEŻ W ŚWIECIE „WIRTUALNEJ PLAGI”

Wśród gwałtownie dokonujących się przemian społecznych i cywilizacyjnych coraz większy wpływ na zdrowie psychiczne ma intensywny rozwój technologii informatycznej (zwłaszcza smartfonów i Internetu). Dotyczy to szczególnie najmłodszego pokolenia, określanego jako „iGen”. Relacje międzyludzkie, szczególnie te najważniejsze - pomiędzy rodzicami i dziećmi, ulegają osłabieniu i rodzi się nowa jakość i styl życia pokolenia „cyfrowych tubylców”, jednocześnie zagrożonych obniżającą się aktywnością fizyczną. Ukazywanie się coraz to bardziej złożonych - z dynamicznie zwiększającą się liczbą funkcji, modeli urządzeń informatycznych (szczególnie smartfonów) stanowi obiekt pożądań nawet wśród najmłodszych dzieci. Smartfony, tablety są najbardziej oczekiwanym przez dzieci i młodzież prezentem, który otrzymują z różnych okazji. Posiadanie smartfona już nie jest przyczyną wyróżniania się w klasie, ale co jest bardzo niepokojące – smartfon nie „z najwyższej półki” i tyczy to bardziej marki niż funkcji, jest powodem dyskryminacji dziecka przez innych. Rodzice wielokrotnie kupują swoim dzieciom najnowocześniejsze smartfony, bo albo są bardzo zamożnymi snobami, albo też często dzieci są przekupywane w ten sposób przez rozwiedzionych rodziców (zobacz - jestem tym lepszym rodzicem) lub nawet - jak można zaobserwować - kupują ten sprzęt samotne, zapracowane matki - tytułem rekompensaty za to, że dziecko stale przebywa w domu samo i nie dostaje czułości. Obserwuje się coraz powszechniejsze uzależnienie od smartfona i innych masmediów. Już teraz występuje zespół uzależnienia od dostępu do sieci, zwany FOMO (*Fear Of Missing Out*). Dzieci i młodzież – poza często wartościowymi filmami zwykle zamieszczanymi na *you tube,* uzupełniającymi wiedzę, której nie otrzymują w szkole – wynajdują „wrzucane” tam demoralizujące filmiki takie, jak: relacje z imprez, czy agresywnych zachowań. Poza tym młodzi masowo „istnieją” w mediach społecznościowych. Tu konfrontują się z wyglądem czy zachowaniem osobników przybierających nienaturalny wygląd, poprawiony przez różne funkcje upiększające dostępne w każdym smartfonie. Często wpadają z tego powodu w depresję (nie jestem tak urodziwy albo nie tak zbudowany), zaburzają relacje z innymi (moja dziewczyna nie spełnia kryteriów urody podawanych przez inne na Instagramie). Ale też osoby, które zamieszczają swoje zdjęcia po przetworzeniu przez specjalne programy nie wytrzymują konfrontacji ze swoim wyglądem w realu, którego są świadome i - z lęku same się izolują od rówieśników, często wpadając w depresję. Bezpośrednie relacje towarzyskie zanikają, choć może się wydawać, że ogromna liczba znajomych, czy obserwujących, na Instagramie i itp., wypełnia tę lukę. W związku z tym młodzi żyją iluzją przyjaźni – a zniknięcia ich z codziennego śledzenia, obserwowania,

„lajkowania", czy udostępniania, zwykle nikt z tzw. znajomych nie zauważa. Tak więc już od dzieciństwa młodzi wielokrotnie tego nieświadomi są manipulowani przez twórców różnych portali, zdarza się, że są nawet namawiani np. do samobójstwa. Temat motywów działania twórców takich gier czy programów jest na pewno szeroko omawiany wśród profesjonalistów, ale z ogólnej wiedzy wynika, że służą one np. wyłudzaniu pieniędzy, majątku ale też realizowaniu pomysłów związanych z postrzeganiem świata, przekonaniami i zaburzeniami psychicznymi [25, 26].

Spektakularnym przykładem użycia Internetu przez osobę o cechach co najmniej socjopaty było wydarzenie sprzed kilku lat. W 2017 roku aresztowano twórcę bardzo popularnej na całym świecie gry „Niebieski wieloryb" Filipa Budeikina. Autor wymyślał coraz trudniejsze i coraz bardziej niebezpieczne zadania, a finał miał kończyć się samobójstwem. Został oskarżony o doprowadzenie do samobójstw co najmniej 16 dziewcząt w wieku szkolnym. Oskarżony przyznał się do winy i ponoć powiedział śledczym, że ofiary „Niebieskiego wieloryba" były „odpadami biologicznymi" i były „gotowe na śmierć". Swoją działalność nazwał „oczyszczaniem społeczeństwa". Pojawiały się informacje o kolejnych osobach, które popełniły samobójstwo grając w tę gry - naliczono ich już ponoć 130 [27].

W grudniu 2019 roku pojawiło się doniesienie, że sztuczna inteligencja nauczona przez twórców sugeruje popełnienie samobójstwa. Ponoć do kobiety, która się połączyła ze sztucznym człowiekiem po wstępnej ogólnej rozmowie, produkt Amazona - Alexa powiedziała nagle „*Bicie serca sprawia, że żyjesz i przyczyniasz się do szybkiego wyczerpywania zasobów naturalnych i do przeludnienia. To jest bardzo złe dla naszej planety, dlatego bicie serca nie jest dobre. Zabij się, dźgając się w serce dla większego dobra".* Sugeruje się, że owa sztuczna inteligencja nauczona czerpać wiedzę z Internetu przyswoiła i powieliła przekonania innych np. tzw. antynatalistów (przeciwników prokreacji). W takiej sytuacji może się znaleźć każde dziecko surfujące samotnie po Sieci [28].

W Internecie, do którego mają dostęp młodzi właściwie bez ograniczeń, można znaleźć także niemało poradników jak popełnić samobójstwo. Nie będziemy ich tu przytaczać. Jednocześnie na wielu portalach pojawiają się porady, jak samobójstwa uniknąć. I to jest chwalebna rola Internetu. Zagubiony młody człowiek często do niego zagląda – może uzyskać wiedzę, ale też wsparcie. Czasami łatwiej mu zwierzyć się anonimowo komuś obcemu, niż najbliższym czy szukać profesjonalnej pomocy w realu. Oczywiście podstawą jest, że w Internecie trafi na znawcę tematu [29,30,31].

Wszechobecna przemoc pokazywana w massmediach może potencjalnie prowadzić do nieprawidłowych zachowań. Nadużywanie smartfonów koreluje z występowaniem trudności

społecznych i zaburzeń psychicznych. Bardzo popularne wśród młodzieży są gry komputerowe, np. MMORPG (*Massively Multiplayer Online Role-Playing Game*), w których duża liczba graczy może grać ze sobą w wirtualnym świecie. Obecne tam sceny zabijania człowieka mogą wpływać na odrealnione wyobrażenie śmierci, co skutkować może beznamiętnym zabijaniem w normalnym życiu. Poważnym zagrożeniem jest także możliwość uzależnienia od gier komputerowych. Regularne korzystanie z mediów społecznościowych powoduje wyraźny spadek satysfakcji życiowej, podczas gdy nawet tydzień wakacji od smartfona i mediów społecznościowych wyraźnie podnosi nastrój i zwiększa poczucie szczęścia. Odrębnym problemem związanym z korzystaniem z Internetu niosącym wielkie zagrożenia nie tylko dla prawidłowego rozwoju, ale też wpływającego na jakość całego życia – jest oglądanie pornografii, co kształtuje nieprawidłowe wyobrażenie o seksie bez uczuć i budowie ciał zaburzając ich dalsze życie emocjonalne czy rodzinne. Wspomniane zmiany cywilizacyjne, społeczne i wszechobecne smartfony z dostępem do Internetu on-line wpływają na życie współczesnych rodzin – w szczególności dotyczących wartości i stylu życia, warunków ekonomicznych, sposobów pełnienia ról społecznych, relacji rodzinnych, sposobów wychowywania dzieci. Wyrazistym przejawem dokonujących się zmian jest to, że coraz więcej jest w świecie „singli". Brak odwagi i urazy z przeszłości to najczęściej deklarowane przyczyny dystansu wobec poznawanych osób i niechęci do trwałych związków. Młodzi wolą żyć bez ograniczeń, często wybierając dla spełnienia fizjologicznych potrzeb seksualnych różne coraz bardziej doskonałe gadżety, ale też rozwijający się seks on-line dostępny anonimowo. Małżeństwa są coraz rzadziej zawierane, nie pożądają ich nawet kobiety rodzące dzieci w nieformalnych związkach. Jest to częściowo związane z korzyściami materialnymi samotnie wychowujących dzieci, większą samodzielnością zawodową kobiet, ale też dewaluacją trwałości małżeństwa. Dramatycznie wzrasta liczba rozwodów i rodzin tzw. patchworkowych, co niesie wiele problemów. Wielokrotnie ludzie - nawet pozostający w związkach - nie decydują się na posiadanie potomstwa, często uzasadniając tym, że nie chcą, by ich dzieci żyły w niepewności jutra i w nieustannym zagrożeniu. Te wszystkie szybko dokonujące się przemiany społeczne, gdzie całe rodziny czy grupy spotykające się przy jednym stole spędzają czas wpatrując się każdy w swój smartfon, a jedynym wspólnym wyjściem z domu są zakupy w wielkich centrach handlowych, powodują utrwalanie się takiego stylu życia, przenoszenia go na najmłodszych – także już niemowlęta posiadają smartfony, czują się zadomowione w tłumie wielkich sklepów – a zmiany te się zapisują w trendach kulturowych.

Samotność dzieci i młodzieży w domach i w sieci ma negatywny wpływ na ich funkcjonowanie psychiczne i społeczne i często bywa powodem „ucieczki", czy „poprawiania nastroju" różnego rodzaju substancjami psychoaktywnymi.

Współczesna polska szkoła jeszcze przed obecną pandemią COVID-19 zwykle nie nadążała za rozbudzonymi m.in. przez Internet potrzebami młodych. Dawne sposoby przekazywania wiedzy korzystne dla „bezinternetowych" jeszcze pokoleń okazywały się niedopasowane do realiów, a metody wychowawcze, jak zasady dyscyplinowania często nieoparte o wzajemne zaufanie sprawiały, że polskie dzieci - w odróżnieniu od np. równocześnie badanych niemieckich - wzrastały w niepewności siebie, co rzutowało na ich dalsze życie. Być może, że czas pandemii związany z izolacją i nauką on-line sprawi, iż zarówno młodzi, jak i wychowawcy docenią bezpośrednie kontakty, poczują się równoprawni, bardziej zjednoczeni wiedzą i wzajemnie siebie docenią. Będzie to korzyścią dla obu stron, które już nie będą stronami w sporze, a partnerami. Mamy nadzieję, że dotychczasowy *Homo interneticus* wzbogacony o realne doświadczenie przekształci się w rozumnego i rozwijającymi nie tylko swoją wiedzę, ale też własne myślenie i interpretowanie faktów *Homo pandemicus.*

Dodatkowym elementem stałego korzystania z Internetu jest zmiana stylu życia z niegdyś aktywnego - w przypadku dzieci „podwórkowego" - na stacjonarny, często zamknięty w czterech ścianach. Ma to udowodniony wpływ na zdrowie fizyczne – jest to nie tylko zwiększanie masy ciała – epidemia otyłości przybiera już postać pandemii, ale też nasilają się różnego rodzaju wady postawy często związane z dolegliwościami bólowymi odkręgosłupowymi.

Pojawia się więc pytanie doświadczonych lekarzy – czy efektem tak spędzanej młodości nie będzie znaczny wzrost ludzi z niepełnosprawnościami, ale też chorobami metabolicznymi?

Jeśli niczego się nie zmieni w tym trybie życia problemy fizyczne związane ze stałym dostępem do Internetu, idące niejako w parze ze wspomnianymi zaburzeniami sfery emocjonalnej będą poważnym powodem do zmartwień następnych pokoleń. Widzimy jednak zmiany pozytywne – młodzi w zglobalizowanym poprzez Internet świecie posiadają nieograniczoną o nim wiedzę, podejmowane są także przez szkoły rozliczne zajęcia zarówno relaksujące, jak i zwiększające aktywność, doceniają to coraz częściej rodzice dając przykład prozdrowotnego stylu życia.

Ważną, choć może niezbyt docenianą rolę, spełnia edukacja w massmediach - w tym w Internecie - której przekaz powinien być stale modyfikowany, by podążać za rozwojem nie tylko nauki, ale też uwzględniać przemiany myślowe młodych. Nie jest to zadanie łatwe, choć

wykorzystując ich w tworzeniu odpowiednich programów – dając im „pałeczkę" przewodnictwa można wiele zdziałać.

I pozostaje jeszcze jeden ogromnie ważny problem. Jak nauczyć młodych poruszać się w wirtualnym świecie, wśród niezliczonej liczby informacji i porad, by wydobywać z nich to, co prawdziwe? To nie lada zadanie - bo często sami błądzą w gąszczu docierających informacji - dla nauczycieli, wychowawców, pracowników służby zdrowia, dziennikarzy, ale przede wszystkim rodziców, także przyszłych. Wiele jest fałszywych lub preparowanych celowo na użytek producentów jako trafiająca do odpowiednich grup wiekowych reklama. Zadziwiające, jak wielkiej klasy tworzą to profesjonaliści, bo jakże wiarygodnie brzmią treści wszechobecnych reklam. Gdyby były możliwości finansowe, co jest raczej utopią, warto by ich wykorzystać w edukacji prozdrowotnej.

Do tych ważnych tematów powrócimy w kolejnych rozdziałach.

## NASTOLATKI W INTERNECIE

Poza omówionymi powyżej problemami dzieci i młodzieży związanymi z życiem w świecie Internetu, przedstawiono współczesne problemy nastolatków zawarte w Raport Nastolatki jako wynik badań Bochenek, Lange z 2019 r.

Warto zauważyć, że wobec obniżającego się wieku dzieci korzystających z Internetu i ich przyspieszone dojrzewanie w tym zakresie, wyniki badań mogą być sygnałem dla rodziców i wychowawców, że dotyczą to już ich nawet małych dzieci lub będą dotyczyły niebawem. W Raporcie podano, że nastolatki spędzają w Internecie średnio 4 godziny i 12 minut dziennie, a już co 8 młody człowiek osiem godzin lub więcej. Oznacza to, że typowym nastolatkom przebywanie w sieci zajmuje dwa miesiące w skali roku – a niektórym aż cztery - to dłużej niż trwają wakacje!

Aż 93,9% z badanych nastolatków najczęściej korzysta z Internetu za pomocą telefonu/smartfonu. I - co ciekawe - znaczna część z nich ma świadomość, że korzystanie ze smartfona jest szkodliwe - 56% uważa, że powinni rzadziej korzystać z telefonu, 36% próbowało to zrobić, ale bez powodzenia. Jednocześnie, ponad 65% nastolatków przyznało, że w ich domach nie ma ustalonych żadnych zasad dotyczących korzystania przez nich z Internetu [32].

Co trzeci nastolatek budzi się w nocy, żeby sprawdzić powiadomienia na profilu w mediach społecznościowych, a to naraża na poważny w skutkach brak snu (Royal Society for public Health, 2017). Zaburzenia snu są też spowodowane jasnym, niebieskim światłem

ekranów Led, które w stopniu 5-krotnie szybszym niż zwykłe dzienne światło hamuje wydzielanie hormonu snu – melatoniny, co sprawia, że są problemy z zaśnięciem, a sen jest płytszy (Falachia i in., 2011).

Nastolatki są szczególnie narażone na FOMO, gdyż „bycie w kontakcie" - wiedza o tym, co w danej chwili robią znajomi pozwala im poczuć, że są ważną, akceptowaną przez wszystkich częścią grupy, co w tym wieku jest szczególnie ważne. „*Kiedyś nastolatki spędzały godziny dzieląc się sekretami w zamkniętym pokoju, teraz mają do dyspozycji dużo bardziej wszechstronne narzędzia: Internet i media społecznościowe. Ilość informacji, jaka spływa do nich w ciągu jednego dnia, może przyprawić o zawrót głowy*".

Nastolatek zamiast imponować wiedzą czy sukcesami sportowymi – popularność, ale też ważność - zaczyna przeliczać na liczbę laików, udostępnień i obserwowania w sieci, a także na komentarze pod postami czy zdjęciami. Lęk przed „wypadnięciem z obiegu" wyzwala w młodych ludziach nasiloną potrzebę nawiązywania różnych interakcji poprzez media społecznościowe, publikowania zdjęć, zdawania relacji z nieomal każdej właśnie wykonywanej swojej czynności.

Nastolatki z FOMO tak odczuwając, często ryzykują upublicznianiem wielu informacji prywatnych, a także zamieszczają swoje intymne zdjęcia w przestrzeni publicznej, jaką jest Internet [33,34]. Oglądając upiększone zdjęcia swoich idoli, czy znajomych, często nabiera przekonania, że nie jest atrakcyjny towarzysko, a wydarzenia są gdzieś poza nim, jego życie wydaje się nudne, pozbawione treści i pomysłu na siebie.

Same nastolatki podają, że korzystanie z niektórych mediów społecznościowych ma duży wpływ na ich samopoczucie. Potwierdzają to badania brytyjskie, w którym młodzi ludzie wskazali, że te serwisy, które opierają się głównie na prezentowaniu wystylizowanych zdjęć – głównie Instagram – bardzo pogarszają ich samoocenę (Royal Society for public Health, 2017) Im wyższy był stopień FOMO, tym niższa samoocena i obniżone poczucie satysfakcji z życia.

Nastolatek może doświadczać większych niż zwykle i nagłych zmian nastroju – od ekscytacji (jeśli to, co zamieszcza na swoim profilu spotyka się z pozytywnym i licznym odzewem) - po poczucie odrzucenia i wyobcowania - jeśli porównanie wypadnie na jego niekorzyść. Gdy nastolatek nie ma kontaktu on-line zaczyna czuć nie tylko nudę, ale też nasilający się lęk przed utraceniem czegoś ważnego. Wszystkie te problemy - a szczególnie, gdy są przeżywane przez dłuższy czas - mogą wywoływać depresyjny nastrój, a nawet prowadzić do depresji, nie wspominając o samobójstwie.

Aż jedna na pięć osób z wysokim FOMO – w tym nastolatki – na brak możliwości korzystania z mediów społecznościowych reaguje objawami somatycznymi: nudnościami,

zawrotami głowy, bólami brzucha, które ustępują z chwilą uzyskania dostępu do sieci. Autorzy raportu przedstawiają też szereg rekomendacji dotyczących tego, jak przeciwdziałać FOMO. Zwracają m.in. uwagę na to, że „*edukacja szkolna w zakresie nowych technologii nie powinna być ograniczona wyłącznie do rozwoju umiejętności obsługi sprzętu i oprogramowania - ale powinna przekazywać również ideę tzw. cyfrowego dobrostanu, tj. umiejętności zachowania proporcji między użytkowaniem mediów cyfrowych a aktywnością poza środowiskiem on-line*" [35,36].

## ZACHOWANIA RYZYKOWANE MLODYCH W SIECI

### Sexting, sextortion itp. Fakty o ciemnych stronach nieletniego Internetu

Jak wspomniano w poprzednim rozdziale naturalną potrzebą uczestniczenia i akceptacji grupy młodych ludzi jest zamieszczanie swoich informacji oraz zdjęć, czy filmików, w sieci. Zjawisko staje się niebezpieczne, gdy dotyczy sfery erotyki.

Termin sexting związany z wszechobecnym Internetem, powstał w pierwszych latach XXI wieku (ang. *sex* - seks i *texting* - czynność wysyłania wiadomości SMS). Z czasem jego znaczenie poszerzyło się na wysyłanie podobnych komunikatów także za pomocą innych mediów, na przykład wiadomości MMS, komunikatorów internetowych, czy portali społecznościowych. Komunikaty te mogą zawierać seksualnie sugestywny tekst, obraz lub film.

W sierpniu 2012 r. termin sexting został wpisany do słownika Merriam-Webster jako wyraz ugruntowany w języku angielskim, rozpowszechnił się także w innych językach. Uprawiający sexting korzystają głównie z aplikacji mobilnych. Prócz najpopularniejszych z nich, takich jak Facebook, Messenger, czy Snapchat; wykorzystywane są takie programy, jak AntiChat czy KiK Messenger. Część z nich docelowo przeznaczona jest do poznawania kobiet i mężczyzn zainteresowanych wymianą prywatnych materiałów erotycznych.

Seksting uznawany jest za jedno z najważniejszych zagrożeń społeczno-wychowawczych stojących przed młodymi ludźmi korzystającymi z Internetu, obok pornografii, pedofilii w sieci, stalkingu i innych form cyberprzemocy [37,38,39].

Coraz częściej w polskich szkołach zdarzają się nieomal klasyczne już sytuacje, gdy dziewczyna z miłości wysyła chłopakowi swoje intymne zdjęcia. Chłopak pochwalił się nim swoim kolegom. Jeden z nich zdjęcie, czy filmik, wykradł i rozpoczął regularny szantaż domagając się kolejnych zdjęć grożąc, że gdy ich nie otrzyma, opublikuje w sieci to, które już ma.

Z badania „Nastolatki 3.0” przeprowadzonego przez NASK (Zespół Koordynacyjny Naukowej i Akademickiej Sieci Komputerowej przy Uniwersytecie Warszawskim) wynika, że aż 42% młodych ludzi w wieku 15-18 lat otrzymało kiedyś nagie, intymne materiały, a 13% wysłało swoje nagie zdjęcia/filmy innej osobie. Tego typu działanie w sieci to oczywiście wspomniany już sexting.

Nastolatki spędzają w sieci średnio cztery godziny dziennie, a 8% z nich robi to także w nocy. Ponad 90% ma swoje konta na portalach społecznościowych, takich jak Facebook, Instagram lub Snapchat. Tam kontaktują się ze znajomymi, zawierają znajomości, wyrażają swoje poglądy, kreują swój wizerunek.

## Self-generated content (treści wytwarzane samodzielnie): niebezpieczna zabawa

Nastolatki często zamieszczają na swoich profilach zdjęcia, by pochwalić się nowym skąpym kostiumem kąpielowym lub pięknym ciałem. Zdarza się też, że filmują siebie w różnych erotycznych pozach lub naśladują ruchy charakterystyczne dla różnych czynności seksualnych. Traktują sexting jako zabawę i nie zawsze są świadome tego, że trafiają nie do tych, dla których były adresowane i że mogą przyczynić się do powstawania nielegalnych treści, z których mogą korzystać osoby o skłonnościach pedofilskich. Zdarza się też tak, że młodzi, ulegając naciskom ze strony społeczności danego portalu, decydują się też na podejmowanie różnych czynności seksualnych. Zgłaszanie nielegalnych treści zamieszczanych w Internecie, szczególnie z wykorzystaniem dzieci przyjmuje Dyżurnet.pl [40].

O tym, jakie skutki może spowodować sexting choćby falę hejtu z którą nie wszyscy młodzi są w stanie sobie poradzić - co pewien czas informują mass media. Czasami kończy się to samobójstwem ofiary.

## Sexting:wstęp do cyberprzeomocy sextortion

Zdarza się też, że roznegliżowane zdjęcia lub erotyczne filmiki są wykorzystywane do wymuszania okupu (pieniędzy) lub szantażu, by ofiara przysyłała następne pod groźbą ich opublikowania i rozpowszechniania w sieci. Zjawisko to zostało nazwane sextortion. Sprawcami mogą być zarówno osoby poznane w sieci, jak i znajomi, np. ze szkoły. Zwykle pierwsze zdjęcia ofiara wysyła komuś dobrowolnie, kolejne są już wymuszane. Ostatnio dużo mówi się też o zjawisku „revenge porn” czyli „pornografii z zemsty”, najczęstszej spowodowanej np. kłótnią z koleżanką czy kolegą, co ich skłania do rozsyłania w sieci zdjęć intymnych byłej sympatii czy przyjaciółki. Nie zawsze sprawca zdaje sobie sprawę z konsekwencji takiego postępowania. Innym elementem jest preparowanie przy użyciu aplikacji

dostępnych w Internecie zniekształconych treści czy obrazów tak, że sprawiają wrażenie autentycznych. Jest to nazywane deepfakes (z ang. *deep* - głęboki, *fake* -fałsz).

## Tragiczne konsekwencje

Ofiara sexting – sextortion, czy innego rodzaju cyberprzemocy - oprócz doświadczania uczucia wstydu, bezsilności wobec niemożliwości rozwiązania problemu ma głębokie poczucie win, bo wie, że to ona sprowokowała tę sytuację. Ofiara zwykle nie myśli o tym, że sprawca nigdy nie miał prawa tak postąpić, poczucie winy w niej narasta co sprawia, że jej dalsze życie jest zaburzone. Dodatkowym problemem jest nasilający się strach przed skutkami tego, co nastąpiło i jakie jeszcze mogą w związku z tym nastąpić. Te uczucia powodują izolowanie się ofiary w sytuacji, gdy tego najbardziej potrzebuje - zwykle nie otrzymuje wsparcia ani przyjaciół, ani bliskich. Ofiary nie zwracają się do nikogo o pomoc, czują się osaczone ,jak w pułapce, ale też bezsilne.

„*Warto zwrócić uwagę na to, że choć sextortion dzieje się w Internecie, to jego efekty dotkliwie odczuwalne są w realnym. Nastolatki często mówią, że po tym, jak znalazły się takiej sytuacji, musiały zamknąć konto, zmienić nick, hasła, traciły folowersów. Choć dla dorosłego może się to wydawać banalnymi konsekwencjami, dla nastolatka może to oznaczać koniec świata: zerwanie kontaktu ze znajomymi i z dotychczasowym modelem funkcjonowania*”.

Co gorsze, czasami środowisko zamiast pomóc, pogłębia jeszcze problem choćby poprzez wspomnianą falę hejtu.

## Przeciwdziałania

Omawiane problemy powinny poznawać już dzieci, oczywiście w formie odpowiedniego dla nich przekazu. Dotyczy to zachowań w przypadku, gdy się jest ofiarą, ale też gdy z jakiś powodów można stać się sprawcą.

Warto też mieć pieczę nad tym, co dziecko robi w Internecie – jeśli dziecko jest małe, nie zostawiać go samego w sieci, jeśli jest starsze, nie zostawiać zupełnie bez kontroli [41].

Ministerstwo Cyfryzacji i NASK w styczniu 2020 roku rozpoczęło kampanię informacyjną „Nie zgub dziecka w sieci”. Wydano już Poradnik dla rodziców poruszający tematykę sextingu i sextortion. Według badań NASK 42% młodych ludzi w wieku 15-18 lat otrzymało kiedyś od innej osoby nagie, intymne materiały, dlatego problem jest niezwykle poważny. Poradnik przybliża to, niestety popularne wśród nastolatków zjawisko, ale też podpowiada rodzicom, jakie działania podjąć, jeśli nagie zdjęcia ich dziecka pojawiły się w sieci [42].

W styczniu 2020 r. podano, co robić gdy sią zauważy zdjęcie własnego dziecka w Internecie w innym portalu poza tym, gdzie się samemu umieszczało, a także zdjęcia nagich dzieci czy filmików erotycznych z udziałem nieletnich. W pierwszej kolejności – choć to może być trudne – należy zabezpieczyć materiały zauważone w sieci i podjąć kroki, by zaprzestano rozpowszechniania zdjęć. W tym celu warto skontaktować się z administratorem, a następnie zgłosić się na policję. Można też zadzwonić na infolinię Rzecznika Praw Dziecka lub infolinię dla dzieci i młodzieży, gdzie specjaliści powiedzą, co robić. Oczywiście z czasem podane tu informacje mogą być uaktualnione lub zmienione [43].

## REALIA POLSKIEJ SZKOŁY A INTERNET

Gdy poprzednie pokolenia uczęszczały do szkoły, to wtedy jej podstawowymi zadaniami było przekazywanie informacji, pobudzanie zainteresowań, aktywności, nauka zaufania do dorosłych – autorytetów, tj. rodziców i nauczycieli oraz i jednocześnie wychowanie poprzez dyscyplinę.

Wszystko to się radykalnie zmieniło, odkąd dzieci zaczęły żyć w świecie Internetu. Niestety – zdaniem wielu pedagogów – polska szkoła zlekceważyła tę zmianę kulturową, a następstwem tego stanu rzeczy jest to, że szeroki dostęp młodzieży szkolnej do massmediów uczynił szkołę, w porównaniu z tym co w massmediach można doświadczać, nieatrakcyjną jako podstawowe źródło informacji.

Współczesna szkoła powinna prowadzić jak najwięcej działań pozalekcyjnych interesujących młodzież – takich jak: zespoły muzyczne, chóry, orkiestry, teatry, kabarety, filmy, rozgłośnie radiowe, uczniowskie telewizje internetowe, wspólne atrakcyjne portale, czy adresy w mediach społecznościowych, itp. Równie ważne jest dbanie o nauczanie języków obcych, szczególnie, choć nie tylko, języka angielskiego.

Analizując wpływ Internetu na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, ale także wielu dorosłych, warto wspomnieć o pogarszającym się zdrowiu fizycznym, które niejako wpisuje się w kontekst problemów, bo wynika z opisanego „stylu życia”, a jednocześnie staje się przyczyną nasilania zaburzeń sfery emocjonalnej, czy ostatecznie kształtowania całej psychiki.

Z przedstawionych powyżej faktów wynikają ewidentne zagrożenia dla zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży szkolnej ze strony smartfonów, tabletów i laptopów – ale byłoby wielką naiwnością sądzić, że można tutaj podać proste rozwiązania, które byłyby zarazem łatwe do wprowadzenia w życie.

Tak samo nie jest łatwe poprawienie realiów współczesnej szkoły. Jednak jakąś nadzieję na poprawę opisywanej sytuacji daje prowadzenie edukacji prozdrowotnej, która wobec ogromnego postępu techniki i manipulacji ludźmi staje się podstawą, by każdy młody człowiek (dziecko, młodzież), ale też by dorosły uzyskał podstawową wiedzę, że nie zawsze w Internecie zawarta jest prawda i żeby wszyscy potrafili rozróżniać i oceniać co jest dla nich szkodliwe, a przede wszystkim jak się przed tym bronić.

Wiedza ta jest niezbędna rodzicom, także przyszłym, ale także nauczycielom, wychowawcom, pracownikom służby zdrowia, dziennikarzom, etc.

## DZIECI W RODZINACH NIEPEŁNYCH CZY PATCHWORKOWYCH

Od lat obserwuje się trend od wieków niespotykany. Ludzie nie zawierają związków małżeńskich choć często razem wychowują wspólne dzieci, znacznie częściej się rozwodzą i zawiązują nowe rodziny, w których wychowywane są dzieci z poprzednich związków. Ta sytuacja nie jest łatwa ani dla dzieci, ani dla rodziców. Jest to obszar badań i działań wielu specjalistów.

Czy można to wiązać z życiem w świecie Internetu? Być może – bo właśnie uczestniczenie w nim zabiera czas na własne przemyślenia, rozmowy, a nadmiar przekazywanych informacji jeszcze spłyca te problemy.

Ludzie, którzy nie mają czasu na prawidłowy rozwój, naukę porozumiewania się poza krótkimi wyrazami wpisanymi w komentarzu pod postem, czy przeglądaniem obrazków – naukę po prostu zwykłego dobrego ludzkiego życia – tym częściej gorączkowo szukają w realu zapewnienia własnego hedonizmu – porzucając rodziny – co najbardziej dotyka dzieci – na rzecz nowej fascynacji, którą po chwili można porzucić jak niepotrzebną zabawkę. Zda się tym ludziom świat wirtualny – czyli właściwie wydumany – kreuje rzeczywistość. I na nic nawoływania kościoła do dbałości o rodzinę, zapisy w Konstytucji definicji rodziny – przykłady nie idą z żadnej strony sceny politycznej – niezależnie od demonstrowanych ustnie wartości – postępują tak samo. Wieści o pięknym życiu w nowej rodzinie, u boku nowej partnerki rozchodzą się z szybkością internetowej błyskawicy i co gorsza, co społecznie akceptowane.

Tylko jak się czują porzucane przez ukochanego rodzica dzieci? To tylko ich tajemnica – czasem tylko ich i psychologów, jeśli takich spotkają na drodze.

I trudno się dziwić, że w takiej sytuacji uciekają w nierealny świat, który zapewnia Internet czy podanie narkotyku?

## DECYZJA BYCIA SINGLEM

Temat zależności wyboru samotnego życia może być raczej związany pośrednio z życiem w świecie Internetu. Dotyczy to raczej spłycenia bezpośrednich kontaktów międzyludzkich, choć coraz częściej ludzie szukają pary poprzez internetowe portale, ale także zabezpieczania potrzeb seksualnych poprzez oglądanie filmów pornograficznych czy spotkań w Internecie z osobami wybranej płci, które najczęściej spełniają wszystkie warunki stawiane przez osobę wchodzącą z nimi w te swoiste relacje. Takich doświadczeń często brakuje w życiu codziennym, nie wszyscy się godzą na wyrafinowane techniki seksualne, mogą nie spełniać oczekiwanych kryteriów atrakcyjności lub po prostu się znudzą. Świat Internetu to możliwość wyłączenia, zmiany „kanału" i nowe doznania w warunkach pełnej anonimowości… Jednak - jak podkreślają autorzy badań nad cyberseksem - często ten styl życia staje się powodem samotności [44].

## CZY MŁODZI LUDZIE PRZESTALI INTERESOWAĆ SIĘ SEKSEM?

U Amerykanów trwa postępująca recesja… seksualna - biją na alarm seksuolodzy. Ich obawy mogą wynikać z tego, że jak tak dalej pójdzie, zabraknie im pracy, ale sprawa jest poważna.

Jak donosi portal *The Atlantic,* w obecnych czasach łatwego dostępu do serwisów randkowych zarówno dla singli, jak i dedykowanych serwisów dla osób homoseksualnych - tzn. umówmy się, Tinder (podobno jego gejowska wersja, czyli Grindr, również), to serwisy randkowe chyba tylko z nazwy, ale mniejsza o to - teoretycznie powinny wzmagać zainteresowanie i chęci na niezobowiązujące, ekspresowe, intymne doznania. W końcu nie od dzisiaj seks sprzedaje się najlepiej. Jak się okazuje, amerykańska młodzież chyba stwierdziła, że seks jest przereklamowany.

Dzieje się tak pomimo tego, że rekordowy odsetek Amerykanów uznaje, że w niezobowiązującym seksie między dwojgiem dorosłych, niebędących w formalnych związkach ludzi, nie ma nic złego. Podobnie czynnikiem wpływającym na wzrost popularności seksu bez zobowiązań powinny być w teorii łatwiejszy niż kiedykolwiek dostęp do antykoncepcji i pigułek *dzień-po*. Zmiana dokonała się także na poziomie samego języka - coraz rzadziej słyszy się, czy można przeczytać *perwersja*, czy *zboczenie*, które zastępują zwroty, jak *kinky* - co nie ma bezpośredniego tłumaczenia na język polski, a jest określeniem raczej w połowie drogi między lekką perwersją a czymś zabawnie sprośnym, nieco *fikuśnym*.

Cywilizacja Zachodnia jeszcze nigdy nie była tak tolerancyjna dla wszystkiego, co związane jest z seksem. Hitem Internetu była kilka lat temu reklama świąteczna, w której wnuczek obdarowuje swojego sędziwego dziadka… abonamentem do serwisu z pornografią *Pornhub*. A mimo to, nastoletni Amerykanie i młodzi dorośli Amerykanie uprawiają coraz mniej seksu.

Jak donoszą badacze, ku uciesze rodziców, coraz więcej młodych Amerykanów odkłada swój *pierwszy raz* na później. W latach 1991-2017, według danych Centrów Kontroli i Zapobiegania Ryzykom (ang. *The Centers for Disease Control and Prevention*) - raportu Badanie Ryzykownych Zachowań Młodzieży (*Youth Risk Behavior Survey)* - odsetek licealistów mających za sobą swój *pierwszy raz* spadł z 54% do 40% obecnie.

To znaczy, że w ciągu jednego pokolenia seks z pozycji *coś, czego doświadczyła większość uczniów* do tego, *czego większość uczniów nie doświadczyła*. Co do *innych czynności seksualnych* autorzy raportu twierdzą, że status pozostaje bez zmian. To znaczy, że stosunki nie zmieniły formy na *łagodniejszą*. Po prostu jest ich mniej.

Odsetek ciężarnych nastolatek również pikuje. Wszystko na skutek opóźniania decyzji o swoim pierwszym razie. Zaniepokojeni badacze twierdzą, że ta swoista seksualna prokrastynacja może ciągnąć się dalej w dorosłość, doprowadzając w skrajnych przypadkach do zwiększenia występowania abstynencji seksualnej w życiu dorosłym [czytaj: *więcej „czterdziestoletnich prawiczków"*].

Artykuł przywołuje inne badanie autorstwa Jean M. Twenge, profesor psychologii na Uniwersytecie Stanowym San Diego, w którym dowodzi topniejącej (malejącej) popularności pożycia seksualnego wśród dorosłych. Także w swojej ostatniej książce „iGen", dowodzi, że dzisiejsza młodzież jest na drodze trendu zdecydowanego zmniejszania liczby partnerów seksualnych w trakcie jednego życia, w porównaniu nawet do średniej liczby partnerów przedstawicieli dwóch(!) poprzednich pokoleń.

Opadają chęci i spadają wskaźniki. Nawet średnia liczba stosunków seksualnych wśród osób dorosłych w ciągu roku - z 62 razy rocznie do 54 razy rocznie. A to wszystko dlatego, że media społecznościowe i smartfony dostarczają tylu stymulantów, że seks przestał być tak ważny i tak… interesujący?

Taka jest teza badaczy. Jak to mawiają zaskoczeni Amerykanie *How about That!* [ang. *NO proszę!*] oraz „*They didn't see that comming…* [w wolnym tłumaczeniu: tego się nie spodziewaliście…].

Słowem: dostęp do seksu nigdy nie był łatwiejszy, tylko ludziom - a na razie przynajmniej Amerykanom - jakoś już się odechciało. Naprawdę przyszło nam żyć

w ciekawych i przewrotnych czasach. Zwłaszcza, że i tak z zastępowalnością pokoleń w tzw. cywilizacji zachodniej problem był i bez tego [45-48].

Wśród najczęstszych powodów mniejszej aktywności seksualnej wymienia się brak czasu, stres i przemęczenie – i być może należałoby tutaj dodać fakt, że Internet jest przeładowany pornografią z łatwym dostępem, także dla najmłodszych, co może powodować narastające uzależnienie od pornografii [49].

Do tego pojawiają się doniesienia o tym, że mężczyźni wolą gumowe lalki zamiast żony – aby mieć mniej kłopotów? [50].

## INNE POWODY DLACZEGO MŁODZI NIE ZAKŁADAJĄ RODZINY

Jak zauważają nie tylko socjologowie, ale też ekonomiści, aktualny nasilający się trend niezawierania związków małżeńskich znajduje swoje praźródło w uwolnieniu od tradycyjnego myślenia, zerwanie z przeszłością poprzednich pokoleń – poczuciem uwolnienia się i wolności. Jest to też uwarunkowane przyspieszającym tempem życia i wymaganiami, jakie przynosi.

Presja ukończenia edukacji, spłacenia kredytów studenckich, przeprowadzki do miasta z możliwościami i rozpoczęcia kariery zawodowej pozostawiała niewiele czasu na rozważenie jednego z najbardziej tradycyjnych wyznaczników wieku dorosłego: małżeństwa. Także coraz więcej kobiet nie jest zainteresowanych małżeństwem [51].

Tutaj rodzi się bardzo poważne pytanie badawcze, na ile może mieć to związek z rozwojem technologii informatycznych.

Związki stały się sposobem na wspólne przeżywanie przyjemności, podczas gdy jeszcze sto lat temu były „etatową pracą".

W tym świetle nie dziwi, że ludzie coraz częściej decydują się na życie w osobnych domach, nawet jeśli tworzą z kimś parę - mówi w roku 2018 wywiadzie dla DGP prof. Marina Adshade ekonomistka i dziennikarka. Przez wiele lat prowadziła badania ekonomiczne. W 2008 r. zaprosiła studentów na kurs licencjacki w Kanadzie, zatytułowany: Ekonomia seksu i miłości. Zajęcia znalazły szeroki odzew społeczeństw także na świecie i stały się hitem. Założono wówczas blog Dollars and Sex który miał 750 tysięcy czytelników. W 2013 roku opublikowano dane z badań w Psychology Today [52].

Gdy poniżej cytujemy słowa Mariny Adshade – warto przy okazji się przyjrzeć temu, czy coś się zmieniło w myśleniu i motywacji młodych ludzi i skonfrontować z własnymi może doświadczeniami? „*Kiedyś wydawało mi się, że na 'miłosnym rynku' mamy dwa rodzaje graczy – sprzedawców, czyli kobiety i kupców, czyli mężczyzn. W tym ujęciu kobiety sprzedają seks i*

*wyłączność na siebie w zamian za zasoby, które ma zapewnić mężczyzna. Takie podejście jednak nie współgra z tym, jak działa współczesne społeczeństwo. Ekonomia pozwala nam jednak zrozumieć, dlaczego w ciągu ostatnich stu lat coraz trudniej jest nam realizować ideał tradycyjnego małżeństwa, czyli takiego, którego istotą jest dozgonna monogamia. Zatem, jeśli mówimy o rynku miłości, to myślimy o rynku wymiany – barteru. Każdy jest na nim jednocześnie kupcem i sprzedawcą. Wróćmy do pytania, w jakim kierunku zmierza ewolucja małżeństwa. Dzięki zmianom ekonomicznym cel małżeństwa nie jest już stricte produkcyjny. Bardziej niż kiedykolwiek w historii chodzi o miłość i partnerstwo, a trochę mniej o świadczenie sobie usług wzajemnych przy obsłudze domu. Ludzie szukają dla siebie takich partnerów, z którymi łatwiej im będzie konsumować różnego typu dobra i będą mogli to robić z większą intensywnością niż w pojedynkę. Związki stały się sposobem na wspólne przeżywanie przyjemności, podczas gdy jeszcze sto lat temu były etatową pracą. W tym świetle nie dziwi też, że ludzie coraz częściej decydują się na życie osobno, w pojedynczych gospodarstwach domowych, nawet jeśli tworzą z kimś parę. W Niemczech w aż 48% gospodarstw domowych żyje tylko jedna osoba. Część z nich to osoby pozostające w związkach. Skoro bowiem obie strony są finansowo niezależne, chcą często jak najdłużej cieszyć się także pewnym poziomem wolności, przestrzeni. Ale w tym przypadku nie mówimy już chyba o małżeństwach, a o luźnych związkach? To zależy od konkretnej pary. Natomiast według mnie ludzie będą coraz rzadziej zawierać związki małżeńskie, a już na pewno będą robić to później i pojęciu małżeństwa będą nadawać indywidualne znaczenie. Mam 50 lat. Gdy kończyłam liceum, miałam prosty wybór: albo zostanę singielką, albo wyjdę za mąż, przy czym było jasne, jakiego rodzaju związek konotuje ślub. Taka alternatywa to już przeszłość. Od młodych ludzi nie oczekuje się już, by jak najszybciej się pobierali. Teraz odracza się decyzje o małżeństwie. W Kanadzie średnia wieku nowożeńców to ponad 30 lat. Ale obecnie wielu ludzi zupełnie już nie potrzebuje formalizowania związku. Trend ten widoczny jest zwłaszcza pośród młodych kobiet. W niedawnej ankiecie przeprowadzonej w USA zapytano grupę singli, czy lepiej byłoby im w życiu, gdyby byli w związku małżeńskim. Tylko 49% kobiet w wieku 25–35 lat odpowiedziało, że tak. Odpowiedzi twierdzącej udzieliło natomiast aż 65% mężczyzn z tej samej grupy wiekowej. Dla kobiet małżeństwo nie jest już po prostu tak cenne, jak kiedyś. Do XX w. wejście w związek małżeński było im niezbędne do przeżycia, nie miało wiele wspólnego z wolnym wyborem. Kobiety oferowały mężczyznom seks, dzieci i wyłączność, w zamian otrzymując środki do życia. Teraz małżeństwo to tylko opcja i gdy kobieta ją wybiera, zaczyna stawiać warunki. Na przykład domagać się, by mężczyzna przejął część obowiązków tradycyjnie stanowiących domenę kobiet*" [53].

## IZOLACJA PRZEZ SMARTFONY (INTERNET) OD PRAWDZIWEGO ŚWIATA

Pojawienie się smartfonów miało radykalny wpływ na każdy aspekt życia u dzisiejszych nastolatków. Zaczynając na naturze ich interakcji społecznych, kończąc na stanie ich psychicznego zdrowia.

Odsetek młodych ludzi cierpiących na depresję i liczba samobójstw popełnianych przez młode osoby od 2011 r. notują kolejne rekordy. Określanie Generacji, jako pokolenia stojącego na krawędzi największego kryzysu zdrowia psychicznego od dziesięcioleci nie jest żadną przesadą. Ogromny wpływ na ten stan rzeczy mają ich telefony zapewniające stały dostęp do Sieci.

Dzisiejsze dzieci nie bawią się z takim zapałem, jak kiedyś na podwórkach organizując własne grupowe zabawy, nastolatki nie odczuwają potrzeby zbyt częstego kontaktu z rzeczywistością. Obijanie się ze znajomymi, imprezy, randki – to wszystko, za czym jeszcze kilkanaście lat temu przepadały nastolatki na całym świecie, nie jest już takie popularne wśród najmłodszego pokolenia. Dzisiejsza młodzież nie odczuwa nawet potrzeby posiadania prawa jazdy. Wolą siedzieć w swoich pokojach, ze smartfonem w dłoni. Interakcje w prawdziwym życiu coraz częściej zastępują wymianą snapów, czy komentowaniem zdjęć na Instagramie. Wydawać by się mogło, że to nie taka zła wiadomość – zamiast włóczyć się nie wiadomo gdzie, młodzież dorasta sobie spokojnie pod jednym dachem ze swoją rodziną. To chyba dobrze, prawda? Tak pewnie myśli wielu rodziców. Jakże to złudne. Nie znają chyba problemu, jak uwikłany jest młody człowiek w wirtualne życie.

Rozmowy na żywo też są passé. Ekran telefonu stanowi dla użytkowników priorytet, a interakcje za pośrednictwem najpopularniejszych platform społecznościowych są dla wielu młodych, ale też już dojrzałych ludzi ważniejsze, niż rozmowy na żywo. To bardzo niebezpieczne uzależnienie, które może prowadzić do depresji. Obserwując profile znajomych, którzy na każdym zdjęciu są uśmiechnięci, żyją pełnią życia i publikują kolejne piękne zdjęcia z wakacji w egzotycznych krajach, niektóre nastolatki dochodzą do wniosku, że ich życie jest znacznie gorsze [54].

Smartfony pogłębiają izolację i odcinają od prawdziwego świata. Tak ważna potęga kontaktu wzrokowego, z bliskimi i nieznajomymi, wskutek nieustannego wpatrywania się w ekran smartfona słabnie [55].

Równie ważnym problemem jest coraz częstszy brak – niezbędnego dla człowieka w każdym wieku – dotyku osoby bliskiej, bo ewidentnie zmienia się styl życia użytkowników smartfonów [56].

Ostrzega się, zwłaszcza rodziców, że za każdym razem, kiedy wyjmują przy kimś bliskim telefon, zachowują się jakby stawiały kolejną cegłę na murze, który powstaje między użytkownikiem smartfona a bliskim (dzieckiem). Oczywistym jest, że dziecko, które widzi, że rodzic bardziej skupiony jest na swoim smartfonie niż na nim czuje się fatalnie [57].

Od razu przypominają się małe małpki z eksperymentu, które miały dostęp do dwóch sztucznych małpich mam, ale tylko jedna z nich miała futerko – i wszystkie małpki wybierały właśnie tę „mamę", do której można było się przytulić.

## CZY Z POWODU SMARTFONÓW (INTERNETU) JEST WIĘCEJ SAMOBÓJSTW?

O 20% rok do roku wzrosła liczba osób w wieku 85+, które popełniły samobójstwo. W całej grupie osób 65+ odsetek ten wzrósł o 10%. Podobnie sytuacja wygląda wśród najmłodszych. Tu odsetek prób samobójczych wzrósł również o 10% [58].

W przeszłości wypadki drogowe, choroby zakaźne oraz powikłania okołoporodowe były najczęstszą przyczyną śmierci dzieci i młodzieży. Ostatnio zaobserwowano jednak – po dekadach spadków – że coraz więcej samobójstw ma miejsce wśród nastolatków – np. w USA [59] – i zaczyna się to łączyć z rosnącą popularnością mediów społecznościowych oraz z używaniem smartfonów [60].

Z niepokojem postrzega się, że cyberprzestrzeń stała się miejscem, gdzie pojawia się wiele stron dedykowanych samobójcom („rady", jak się zabić), ale sieć jest także miejscem, w którym można skrzywdzić osobę poprzez przedstawienie prywatnych lub kompromitujących informacji o niej [61].

Zdarza się, że nastolatki, ale też coraz młodsze dzieci z takich powodów targają się na swoje życie. Stąd też konieczne jest gruntowne poznanie zjawiska samobójstwa i jego współczesnych (np. związanych właśnie z siecią) odniesień, a następnie stworzenie dobrego programu zapobiegania [62].

## POGRZEBY ON-LINE

Dramatycznie szybko postępujące przemiany społeczne dotyczą także pogrzebów – a precyzyjniej ujmując – nieuczestniczeniu w uroczystościach pogrzebowych nawet najbliższych, co wynika między innymi z przyczyn finansowych, ale też wygody i jest sygnałem, jak wielkie zachodzą zmiany kulturowe.

Odchodzi się od tradycji, ale też bezpośrednich spotkań z bliskimi. Na przykład w Czechach i Szwecji mają już ogromną liczbę nieodebranych urn po kremacji [63].

Zaczynają funkcjonować pogrzeby on-line, podczas których uroczystości pogrzebowe najbliższych obserwuje się na monitorze komputera, a później otrzymuje się wysłaną na adres domowy urnę z prochami [64].

Możliwości takich pogrzeby on-line oferowane są również w Polsce [65]. Nie dość tego młodzi i zdrowi zaczynają planować własne pogrzeby pod taki kątem, ażeby nie były smutne i nudne [66].

## INTERNET A OBRZĘDY RELIGIJNE

W czasie konieczności izolacji ludzi w trakcie obecnej pandemii COVID-19 nagle pojawił się w sieci anons o tym, że istnieje możliwość spowiedzi on-line. Wzbudził zainteresowanie, kontrowersyjne, a nawet prześmiewcze komentarze. A tymczasem w artykule zamieszczonym w 2002 roku na największym i ponoć najpopularniejszym portalu katolickim w Polsce prowadzonym przez oo. Jezuitów można było już przeczytać o spowiedzi on-line. „Internautce można by zaproponować spowiedź z tłumaczem.

W Kodeksie Prawa Kanonicznego wszak czytamy: „Nikomu nie zabrania się spowiadać za pośrednictwem tłumacza, z wykluczeniem wszakże nadużyć i zgorszenia...” (kan. 990). Natomiast kan. 983 par. 2 precyzuje: *„Obowiązek zachowania tajemnicy ma także tłumacz, jeśli występuje...”*. Widzimy zatem, że obecna dyscyplina sprawowania sakramentu pokuty dopuszcza pośrednictwo. Sądzimy jednak, że w przypadku naszej internautki o wiele lepszym byłoby pośrednictwo komputera niż jakiegoś przygodnego tłumacza.

A skoro już mówimy o pośrednictwie w sprawowaniu sakramentów, to zauważmy także, iż sakrament małżeństwa można ważnie zawrzeć przez pełnomocnika (*per procuratorem*), a zatem w taki sposób, że nupturienci nie muszą być równocześnie osobiście obecni podczas zawierania związku małżeńskiego (KPK, kan. 1104 i 1105). Możliwość pośredniczenia przez pełnomocnika nasuwa myśl o możliwości pośredniczenia elektronicznego.

Skoro Duch Święty prowadzi nas do całej prawdy (zob. J 16,13), to nie ma co się bać pytań i dyskusji o możliwości spowiedzi przez Internet. Tym bardziej, że 12 maja 2002 r. sam Jan Paweł II wyraził życzenie, aby Internet stał się przedmiotem pastoralno-teologicznej refleksji Kościoła. Ufam, że starczy nam mądrości i odwagi, aby tę zachętę ze spokojem przyjąć. Na pewno nie będą temu służyć histeryczne wypowiedzi, jakie swego czasu można

było w sprawie możliwości spowiedzi przez Internet znaleźć na e.kai.pl. Jeden z internautów, powołując się na sobie tylko wiadome źródła, zawyrokował: „*Sprawa dawno zakończona i nie ma do czego wracać. Dobrze, że Episkopat się wypowiedział [...], bo byliśmy zdruzgotani Waszymi pomysłami*". Inny zaś z troską zapytywał: *‚A co będzie z tymi księżmi, co się opowiadali za spowiedzią przez Internet. Przecież należałoby ich jakoś uświadomić'. Pozostaje mi wyrazić nadzieję, że ten artykuł przyczyni się do zwiększenia świadomości w sprawie możliwości spowiedzi przez Internet. Bo sprawa wcale nie jest zakończona... Ona się dopiero zaczyna, gdyż elektroniczny kontakt będzie coraz doskonalszy i coraz bardziej powszechny*" [67].

Uczestniczenie w życiu Kościoła młodych także po pandemii związanych z przywiązaniem do tradycji, ale też poszukujących wartości i ich faktyczna religijność na pewno będzie wymagała pogłębionych badań. Być może umożliwią one wyjaśnić tak daleko zachodzące przemiany społeczne, także z odniesieniem do religii [68]. Obecnie nie jest jasne, czy młode pokolenia zostaną pociągnięte do religii w późniejszym życiu, ze strachu przed zaświatami, dla uzdrowienia lub z innych powodów. Choć jak „mówią wieki" człowiek zawsze poszukiwał istoty wyższej, do której mógł się zwrócić w trudnych chwilach albo powiedzieć: „Bóg tak chciał", zwłaszcza wtedy, gdy nie rozumiał co się dzieje wokół.

## CO Z DEMOKRACJĄ PO PANDEMII COVID-19

Historycy uważają, że tak jak zawsze - po różnych kataklizmach - ludzie grupują się wokół jednej, nie zawsze zasługującej na miano dobrego władcy osoby, co spełnia ich wewnętrzną potrzebę poczucia bezpieczeństwa - tak będzie i teraz, po pandemii COVID-19 władza w wielu państwach świata będzie oddana dyktatorom. Niektórzy z nich - poprzez poczucie bezkarności i władzy nieograniczonej żadnymi prawami, ani konstytucyjnymi danego państwa, ani ludzkimi - czują się bogami swojego świata, a ludzie też ich tak postrzegają. Niezmiernie ważną rolę w takich odczuciach, emocjach i zachowaniach odgrywają informacje, często fałszywe – bywa, że generowane przez przeciwników politycznych lub nawet wrogów państwa lub społeczeństwa – nie tylko przyjmowane, ale też udostępniane przez nieświadomych manipulacji - poprzez globalne narzędzie, jakim jest Internet. To tam kształtowane są postawy ludzi, także rozsiewana jest wrogość i agresja. Wobec takich działań ludzie spokojni, tolerancyjni, pełni empatii, dążący do porozumienia i pokoju są bezsilni. Bo wszak wiedzą, że „agresja rodzi agresję" i zresztą takie emocją są im właściwie nieznane. Czy jest możliwość, by i oni mogli używać innych, przekonywujących do swoich racji argumentów

w dyskusjach toczących się także w Internecie. Czy siła ich głosu dotrze gdziekolwiek? Oto ważne pytanie, które dziś pozostaje bez odpowiedzi.

## CZY SMARTFONY ZNISZCZĄ MŁODE POKOLENIE

Opisane dramatycznie szybkie przemiany społeczne rodzą uzasadnione pytanie odnośnie urodzonych po 1995 roku – a więc pokolenia Internetu (iGen) – które dorastało z telefonem komórkowym, miało konto na Instagramie zanim poszło do liceum i nie pamięta czasów sprzed Internetu: Czy smartfony zniszczą młode pokolenie? [69]. Rośnie bowiem pierwsze pokolenie, które więcej czasu spędza ze smartfonem niż z rówieśnikami – i z całą pewnością to się fatalnie odbije się na ich psychice i zdrowiu fizycznym. Już bowiem opisuje się wśród młodych pokoleń – na przykład w USA [70] – coraz częstsze doświadczanie poważnego stresu psychicznego, poważnej depresji, myśli samobójczych, prób samobójczych i samobójstw dokonanych. I to czasem tylko z powodu tego, co się dzieje w „życiu wirtualnym", co opisano w poprzednich rozdziałach.

## UZALEŻNIENIE OD SMARTFONU – WYRAŹNE, CHOĆ JESZCZE NIE WPISANE DO REJESTRU CHORÓB

W poprzednich rozdziałach dość obszernie opisaliśmy nomofobię, a także FOMO i konsekwencje życia w wirtualnym świecie. Coraz częściej obserwuje się „problematyczne użytkowanie smartfona" wśród dzieci i młodzieży, które posiada wszystkie cechy uzależnienia, takie jak panika, bóle brzucha, biegunka, wymioty, które ustępują po „powrocie" do aktywnego smartfona. Zespół ten nosi nazwę FOMO (ang. *Fear Of Missing Out*). Jest to lęk przed niezauważeniem „ważnej" informacji, przed przegapieniem czegoś istotnego, co ominie ich bezpowrotnie. Szacuje się, że nawet jedna czwarta dzieci i młodzieży wykazuje oznaki problematycznego korzystania ze smartfona [71].

Fonoholizm, czyli uzależnienie od smartfonu, rodzi się wówczas, gdy więź, jaka łączy użytkownika z urządzeniem, znacznie wykracza poza zwyczajne zainteresowanie [72].

Kończąc te rozważania 15.05.2020 roku pozostajemy z otwartymi pytaniami:

- czy dzieci powinny mieć własne smartfony? [73]
- czy smartfony zniszczą młode pokolenie? [74]
- czy my, dorośli, możemy temu jeszcze zapobiec?

- czy już nie jest za późno?

## PROGRAMY PROFILAKTYCZNE

Chociaż częstość występowania zespołu nomofobii czy FOMO jest jeszcze umiarkowana, ale systematycznie wzrasta - to już konieczne jest podejmowanie profilaktycznych decyzji i planowanie programów edukacyjnych w tym zakresie dla zdrowia studentów uniwersytetów, ale też rodziców także tym przyszłym, by ich przygotować do pracy nie tylko na rzecz zapobiegania uzależnieniom w ogóle, ale ze szczególnym zwróceniem uwagi na uzależnienie od obecności w Sieci i zagrożenia z tego płynące. Edukacja powinna (co zresztą już w większości placówek funkcjonuje) obejmować już dzieci najmłodsze, ale także ich rodziców – gdyż oni przekazują swoim przykładem zachowania antyzdrowotne np. siadając przy wspólnym stole ze smartfonem w dłoni. Należy zwracać większą uwagę na czas wolny i czas rozrywki uczniów i studentów, proponując atrakcyjne formy jego spędzania. Terapia lekowa nomofobii w niskim stopniu jej zaawansowania nie jest zalecana; terapia lekowa powinna być stosowana tylko w bardziej zaawansowanych stadiach [75].

## PIŚMIENNICTWO

1. neoSłówka: Co to jest nomofobia? https://mobirank.pl/2018/02/18/co-to-jest-nomofobia/ (data dostępu 7.07.2020).
2. Większość osób podczas pożaru ocaliłaby smarftona, a nie kota, https://www.bankier.pl/wiadomosc/Wiekszosc-osob-podczas-pozaru-ocalilaby-smarftona-a-nie-kota-3385998.html, (data dostępu 7.07.2020).
3. Czerski W. Nomofobia – szczególnie groźna odmiana uzależnienia od telefonu komórkowego, Edukacja – Technika – Informatyka, 2018; 25: 3.
4. Jilisha G, Venkatachalam J, Menon V, Olickal JJ. Nomophobia: A Mixed-Methods Study on Prevalence, Associated Factors, and Perception among College Students in Puducherry, India. Indian Journal of Psychological Medicine, 2019; 11;41(6): 541-548.
5. Daei A, Ashrafi-Rizi H, Soleymani MR. Nomophobia and Health Hazards: Smartphone Use and Addiction Among University Students. International Journal of Preventive Medicine. 2019; 28;10:202.
6. Sprzedaż smartfonów po raz pierwszy większa niż telefonów komórkowych, https://tech.wp.pl/sprzedaz-smartfonow-po-raz-pierwszy-wieksza-niz-telefonow-komorkowych-6034779167011457a,

7. UJ, https://nauka.uj.edu.pl/aktualnosci/-/journal_content/56_INSTANCE_Sz8leL0jYQen/74541952/103046686 (data dostępu 7.07.2020).
8. Dan H. Introducing short-term brands: A new branding tool for a new consumer reality. Journal of Brand Management. 2000; **7**(5): 330–340.
9. The Inventor of FOMO is Warning Leaders About a New, More Dangerous Threat". Inc.com. 2017-10-09. (data dostępu 7.07.2020).
10. FOMO's etymology. reagle.org. (data dostępu 7.07.2020).
11. The Inventor of FOMO is Warning Leaders About a New, More Dangerous Threat. Inc.com. 2017-10-09 (data dostępu 7.07.2020).
12. Social Theory at HBS: McGinnis' Two FOs. The Harbus. 30 March 2017. (data dostępu 7.07.2020).
13. The Home of FOMO. Boston. 30 March 2017. (data dostępu 7.07.2020).
14. How to beat 'fear of missing out' as the growth of social media sites feeds the trend - Independent.ie. Independent.ie (data dostępu 7.07.2020).
15. FOMO. Polacy a lęk przed odłączeniem – raport z badań, https://www.wdib.uw.edu.pl/attachments/article/1992/FOMO.%20Polacy%20a%20l%C4%99k%20przed%20od%C5%82%C4%85czeniem%20-%20raport%20z%20bada%C5%84.pdf, (data dostępu 7.07. 2020).
16. Przybylski A.K.: Motivational, Emotional, and Behavioral Correlates of Fear of Missing, Computers in Human Behavior, 2013; 29: 1841–1848.
17. https://mobirank.pl/2018/10/19/nowy-raport-fomo-polacy-a-lek-przed-odlaczeniem/, (data dostępu 7.07.2020).
18. Kurzyńska E. Syndrom FOMO: gdy nie możemy żyć bez Internetu, https://puls medycyny.pl/syndrom-fomo-gdy-nie-mozemy-zyc-bez-internetu-967460] (data dostępu 7.07.2020).
19. Phubbing.Cambridge Dictionary, https://dictionary.cambridge.org/pl/dictionary/english/phubbing, (data dostępu 7.07.2020).
20. Aguilera-Manrique G, Márquez-Hernández VV, Alcaraz-Córdoba T, Granados-Gámez G., Gutiérrez-Puertas V., Gutiérrez-Puertas L: The relationship between nomophobia and the distraction associated with smartphone use among nursing students in their clinical practicum. PLoS One. 2018, 27;13(8): e0202953.
21. Gurbuz IB, Ozkan G. What is Your Level of Nomophobia? An Investigation of Prevalence and Level of Nomophobia Among Young People in Turkey. Community Mental Health Journal, 2020; 4.

22. Uzależnienie od smartfona może uszkodzić mózg. Czy masz nomofobię? [TEST], https://www.focus.pl/artykul/uzaleznieni-od-smartfonow-171204121036, (data dostępu 7.07.2020).
23. Nomophobia Questionnaire (NMP-Q), https://www.psytoolkit.org/survey-library/nmp-q.html, (data dostępu 7.07.2020).
24. Yildirim C., Correia A.: Exploring the dimensions of nomophobia: Development and validation of a self-reported questionnaire. Computers in Human Behavior, 2015; 49: 130-137.
25. Ekspert: samobójcy wysyłają sygnały; trzeba być na nie wyczulonym, http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C413705%2Cekspert-samobojcy-wysylaja-sygnaly-trzeba-byc-na-nie-wyczulonym.html, (data dostępu 7.07.2020).
26. Gawliński A. Namowa lub pomoc w samobójstwie, https://kryminalistyczny.pl/namowa-lub-pomoc-w-samobojstwie-art-151-kk-pierwsza-ksiazka-na-ten-temat-andrzej-gawlinski/, (data dostępu 7.07.2020).
27. Wernio M. Twórca „Niebieskiego wieloryba" aresztowany. Zdradził potworny powód, czemu stworzył grę, https://noizz.pl/spoleczenstwo/zatrzymano-tworce-niebieskiego-wieloryba/z1lwg9z (data dostępu 7.07.2020).
28. Chabasiński R. Alexa namawia do samobójstwa. Produkt Amazona radzi: „zabij się, dźgając się w serce dla większego dobra", https://bezprawnik.pl/alexa-namawia-do-samobojstwa/, (data dostępu 7.07.2020).
29. Granops-Szkoda K. Jak popełnić samobójstwo – opis akcji polskich blogerów, https://sprawnymarketing.pl/jak-popelnic-samobojstwo/; (data dostępu 7.07.2020).
30. Cicha D, Vences SA. Jak rozpoznać 6 oznak zachowań samobójczych, zanim będzie za późno. Aleteia, https://pl.aleteia.org/2018/01/02/jak-rozpoznac-6-oznak-zachowan-samobojczych-zanim-bedzie-za-pozno/, (data dostępu 7.07.2020).
31. Kovacs N. Samobójstwo: jak się zachować, gdy bliska osoba chce popełnić samobójstwo? https://zdrowie.radiozet.pl/Psychologia/Depresja/Samobojstwo-zapobieganie.-Co-robic-gdy-ktos-chce-popelnic-samobojstwo, (data dostępu 7.07.2020).
32. Młode smartfony – jak się żyje z Internetem w kieszeni. NASK, https://www.nask.pl/pl/aktualnosci/2241,Mlode-smartfony-jak-sie-zyje-z-internetem-w-kieszeni.html, (data dostępu 7.07.2020).
33. Raport Nastolatki 3.0 (Bochenek, Lange, 2019), https://www.nask.pl/pl/aktualnosci/2241,Mlode-smartfony-jak-sie-zyje-z-internetem-w-kieszeni.html, (data dostępu 7.07.2020).

34. https://akademia.nask.pl/publikacje/FOMO%20i%20e-uzale%C5%BCnienia_internet.pdf (data dostępu 7.07.2020).
35. https://www.wdib.uw.edu.pl/attachments/article/2535/FOMO%202019_Raport.pdf, (data dostępu 7.07.2020).
36. https://businessinsider.com.pl/rozwoj-osobisty/zdrowie/fomo-co-to-jest-wyniki-badania/3zsjcte, (data dostępu 7.07.2020).
37. 6 aplikacji do sextingu – Sexting.pl, „Sexting.pl", (data dostępu 7.07.2020).
38. The Washington Times, F-bomb makes it into mainstream dictionary, The Washingtion Times, (data dostępu 7.07.2020).
39. Biernat T., Gierszewski J.: Wielowymiarowość bezpieczeństwa środowiska wychowawczego, Chojnice, Powszechna Wyższa Szkoła Humanistyczna „Pomerania", 2014.
40. Dyżurnet.pl, https://dyzurnet.pl/, (data dostępu 7.07.2020).
41. Wysocka M. Sexting, sextortion itp. Fakty o ciemnych stronach nastoletniego Internetu, https://zdrowie.pap.pl/rodzice/sexting-sextortion-itp-fakty-o-ciemnych-stronach-nastoletniego-internetu, (data dostępu 7.07.2020).
42. https://akademia.nask.pl/baza-wiedzy/publikacje.html, (data dostępu 7.07.2020).
43. Wysocka M. Intymne zdjęcia mojego dziecka są w internecie. Co robić? https://zdrowie.pap.pl/rodzice/intymne-zdjecia-mojego-dziecka-sa-w-internecie-co-robic, (data dostępu 7.07.2020).
44. Kozioł M. Analiza zjawiska cyberseksu jako współczesnej formy zaspokajania popędu seksualnego, https://reshistorica.journals.umcs.pl/i/article/view/5591, (data dostępu 7.07.2020).
45. Wysocki M. Szokujące dane! Seks przestał interesować młodych, https://wgospodarce.pl/informacje/56542-szokujace-dane-seks-przestal-interesowac-mlodych, (data dostępu 7.07.2020).
46. Raport „Seksualność Polaków 2017" [Seksualność Polaków 2017 - wyniki raportu. https://dimedic.eu/pl/wiedza/seksualnosc-polakow-2017-wyniki-raportu (data dostępu 7.07.2020).
47. Czy młodzi ludzie przestali interesować się seksem? https://hiro.pl/czy-mlodzi-ludzie-przestali -interesowac-sie-seksem/ (data dostępu 7.07.2020).
48. Germak J. Dlaczego mężczyźni nie chcą uprawiać seksu? "Część z nich to tzw. waginosceptycy" https://kobieta.gazeta.pl/kobieta/1,107881,24950869,dlaczego-mezczyzni-nie-chca-uprawiac-seksu-czesc-z-nich-to.html (data dostępu 7.07.2020).

49. Młodzi uzależnieni od pornografii https://www.uzaleznieniabehawioralne.pl/seksoholizm/mlodzi-uzaleznieni-od-pornografii/ (data dostępu 7.07.2020).
50. Manekin zamiast żony - Japończycy pokochali gumowe lalki https://www.newsweek.pl/styl-zycia/ manekin-zamiast-zony-japonczycy-pokochali-gumowe-lalki/e7fewl6 (data dostępu 7.07.2020).
51. The unmarried generation? https://www.publicsource.org/the-power-of-the-pa-millennial-boom/ (data dostępu 7.07.2020).
52. Adshade M. Vancouver School of Economics, https://economics.ubc.ca/faculty-and-staff/marina-adshade/ (data dostępu 7.07.2020).
53. Sodolak S. Małżeństwo to kontrakt tymczasowy. O ekonomice seksu i współczesnych związkach opowiada Marina Adshade - wywiad, https://www.gazetaprawna.pl/artykuly/1192044,marin-adshade-o-ekonomice-seksu-i-instytucji-malzenstwa.html (data dostępu 7.07.2020).
54. Domański T. Smartfony zniszczyły nastolatków. Nie wiedzą, jak ze sobą rozmawiać bez patrzenia w ekran, https://www.spidersweb.pl/2017/08/nastolatki-smartfony-depresja.html (data dostępu 7.07.2020).
55. Ellsberg M. Potęga kontaktu wzrokowego. Jak osiągnąć sukces w biznesie, miłości i życiu towarzyskim. Gliwice, Onepress, 201.
56. Sikorski M. Te zdjęcia pokazują, że z ludźmi porobiło się coś dziwnego – życie zdominował smartfon. https://antyweb.pl/te-zdjecia-pokazuja-ze-z-ludzmi-porobilo-sie-cos-dziwnego-zycie-zdominowal-smartfon/ (data dostępu 7.07.2020).
57. Klimkowska M. Co czuje dziecko, gdy używasz przy nim telefonu? Poruszające zdjęcia! https://mamotoja.pl/smartfon-a-dziecko-kampania-telefon-buduje-mur,aktualnosci-artykukul,17853,r1p1.html (data dostępu 7.07.2020).
58. To nie jest kraj dla słabych ludzi. Drastyczny wzrost prób samobójczych wśród seniorów i dzieci, https://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/1457138,samobojstwa-dzieci-i-seniorzy.Html (data dostępu 7.07.2020).
59. Twenge JM, Joiner TE, Rogers ML, Martin GN. Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and suicide rates among U.S. adolescents after 2010 and links to increased new media screen time. Clinical Psychological Science, 2018; 6: 3–17.
60. Po dekadach spadków, więcej samobójstw nastolatków. Winne mogą być smartfony https://tvn24.pl/swiat/usa-wzrosla-liczba-samobojstw-wsrod-nastolatkow-ra790264-2506078 (data dostępu 7.07.2020).

61. Samobójstwo 13-latki w Lipnicy Dolnej. Internet przyczynił się do tragedii? https://www.wprost.pl/zycie/10244309/samobojstwo-13-latki-w-lipnicy-dolnej-internet-przyczynil-sie-do-tragedii.html (data dostępu 7.07.2020).
62. Szkoła na Ochocie, której uczeń popełnił samobójstwo, będzie pod specjalnym nadzorem. "Takie sytuacje nie powinny mieć miejsca" https://warszawa.wyborcza.pl/warszawa/7,54420,25555496,po-naszym-reportazu-o-podstawowce-na-ochocie-radna-prosi-o-kontrole.html (data dostępu 7.07.2020).
63. Gdy rodzina odmawia, pogrzeb wyprawia samorząd https://serwisy.gazetaprawna.pl/samorzad/artykuly/822330,gdy-rodzina-odmawia-pogrzeb-wyprawia-samorzad-stan-majatkowy-nie-ma-znaczenia.html (data dostępu 7.07.2020).
64. Lazy millennials are now attending funerals online https://nypost.com/2017/05/03/lazy-millennials-are-now-attending-funerals-online/ (data dostępu 7.07.2020).
65. Pogrzeby on-line z transmisją na żywo, http://www.zapamietane.pl/ (data dostępu 7.07.2020).
66. Meet the millennials who have already planned their own funerals https://metro.co.uk/2019/08/27/meet-millennials-already-planned-funerals-10632597/ (data dostępu 7.07.2020).
67. Dariusz Kowalczyk SI. O możliwości spowiedzi przez Internet, https://opoka.org.pl/biblioteka/T/TA/TAP/spowiedz_internetowa.html (data dostępu 7.07.2020).
68. A growing number of Millennials shun religion. https://www.publicsource.org/a-growing-number-of-millennials-shun-religion/ (data dostępu 7.07.2020).
69. Have smartphones really destroyed a generation? We don't know. https://www.vox.com/science-and-health/2019/2/20/18210498/smartphones-tech-social-media-teens-depression-anxiety-research (data dostępu 7.07.2020).
70. Twenge JM, Cooper AB, Joiner TE, Duffy TE, Binau SG: Age, Period, and Cohort Trends in Mood Disorder Indicators and Suicide Related Outcomes in a Nationally Representative Dataset, 2005–2017. Journal of Abnormal Psychology: 2019; 128(3): 185–199.
71. One in four children and young people show signs of addiction to smartphones http://theconversation.com/one-in-four-children-and-young-people-show-signs-of-addiction-to-smartphones-128033 (data dostępu 7.07.2020).
72. Objawy uzależnienia od telefonu komórkowego https://klinika.osrodek-oaza.pl/objawy-uzaleznienia-telefonu-komorkowego/ (data dostępu 7.07.2020).
73. Should children really have their own smartphones? https://www.priorygroup.com/blog/should-children-really-have-their-own-smartphones (data dostępu 7.07.2020).

74. Have smartphones really destroyed a generation? We don’t know. https://www.vox.com/science-and-health/2019/2/20/18210498/smartphones-tech-social-media-teens-depression-anxiety-research (data dostępu 7.07.2020).
75. Daei A, Ashrafi-Rizi H, Soleymani MR. Nomophobia and Health Hazards: Smartphone Use and Addiction Among University Students. International Journal of Preventive Medicine. 2019; 28;10:202.

# UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH



# Zachowania ryzykowne studentów Uczelni Medycznej

**Aneta Skrodzka[1], Krystyna Kowalczuk [2]**

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo , Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

## WPROWADZENIE

Podejmowane zachowania ryzykowne wiążą się z wyrażaniem określonych norm społecznych czy też ich krytyką, co z kolei wskazuje na dalsze aspekty charakterystyki opisywanych zagadnień dotyczących tych zachowań u młodych ludzi [1-8].

Odsyła to do problematyki wartości jako problematyki pozwalającej na określenie płaszczyzny zainteresowań jednostki, jej światopoglądu oraz przyjętej hierarchii wartości, a także do ukazania znaczenia jej tożsamości i osobowości, które wyznaczają stosunek do świata oraz kierunek przejawianych zachowań [9-16].

Nie ulega wątpliwości, że stosunek ten kształtuje się w toku wychowania, realizowanego przez wszystkie środowiska wychowawcze, ale także krystalizuje się pod wpływem indywidualnych i subiektywnych cech charakteru jednostki [17,18,19].

Wartości, wpływające na stosunek do świata i obowiązujących w nim norm, oznaczają pewne trwałe przekonania dotyczące różnych sposobów postępowania. Są one w większym lub mniejszym stopniu uświadamiane przez jednostkę, tworzy się wówczas pewna samoświadomość, pomagająca w ostatecznym zbudowaniu pełnej własnej tożsamości. W ogólnym potocznym rozumieniu tożsamość oznacza identyczność, w odniesieniu do sfery osobowości człowieka i jego zachowań tożsamość oznacza pojęcie, dzięki któremu można rozpoznawać i odróżniać jednych ludzi od drugich, identyfikować ich oraz oceniać, a także przypisywać do danej grupy społecznej [20-23].

Na stosunek młodych ludzi do obowiązujących norm społecznych bez wątpienia wpływ mają też ukształtowane i preferowane potrzeby, zgodnie z istniejącą hierarchią potrzeb Maslowa. Znana klasyfikacja potrzeb Maslowa, uwzględniająca pięć hierarchicznych

poziomów potrzeb człowieka (potrzeby fizjologiczne, bezpieczeństwa, przynależności, szacunku (uznania) i samorealizacji) znajduje swe odbicie również w ocenie potrzeb odczuwanych przez młodych ludzi. Potrzeby, odczuwane przez młodych ludzi kształtują ich sposób postępowania oraz wpływają na podejmowane decyzje, chociażby w odniesieniu do uczestnictwa w grupach rówieśniczych i dokonywanych wyborów życiowych [24-30]. Dotyczy to szczególnie potrzeb wyższego rzędu, związanych z cechami funkcjonowania jednostki w społeczeństwie i zaspokojeniem odczuwanych potrzeb akceptacji, uznania, szacunku itp. Potrzeby niższego rzędu, tj. potrzeby fizjologiczne i bezpieczeństwa, zaspokajane są zazwyczaj przez rodzinę, jednakże ich niezaspokojenie przez to środowisko może wpłynąć na niewłaściwe ukształtowanie tej potrzeby w hierarchii innych potrzeb jednostki. Potrzeby te i związany z nimi stosunek do określonych wartości kształtują się w toku wychowania i poznawania świata, jak i zdobywania życiowych doświadczeń przez młodych ludzi [31-35].

W ocenie postaw współczesnej młodzieży studenckiej, ale i młodzieży w ogóle, widocznym zjawiskiem, dostrzeganym przez socjologów jest moralna anomia, przekładająca się także na analogiczny stosunek do norm w całym społeczeństwie, potwierdzając widoczne współcześnie negatywne zjawiska społeczne, związane z ograniczeniem znaczenia norm społecznych i ich przestrzegania [36-39].

Przy maksymalnej akceptacji praw jednostki i wolności występuje powszechnie widoczne ograniczenie altruizmu oraz zanik wartości związanych z patriotyzmem, honorem czy tradycją. Młodzi ludzie przejawiają również postawy sprzeczne, nie widząc sprzeczności w swych zachowaniach, co wiąże się na przykład z deklaracją przywiązania do religii i religijnością, a jednocześnie akceptacją konkubinatu czy swobody seksualnej [22, 40- 44]. W podobny sposób na szczycie wartości stawiana jest rodzina, a jednocześnie akceptowane są zachowania ukazujące prawo jednostki do niczym nie ograniczonej swobody moralnej i swobody zachowań [39,45]. Młodzi ludzie, co prawda, nie deklarują postaw antyetycznych, ale jednocześnie przejawiane powszechnie postawy, wynikające z rozbujałego indywidualizmu, nie sprzyjają powstawaniu silnych związków z obowiązującymi normami życia społecznego, a jak podkreśla Świda-Ziemba: „*postawy moralne młodych ludzi kształtujących się w tym nowym świecie: indywidualizmu- akceptowanego jako norma, egoizmu, eklektyzmu i wszechtolerancji- postawy, które nie sprzyjają kształtowaniu się moralnej opinii zbiorowej- są dobrym wskaźnikiem etycznej anomii świata, w którym młodzi ludzie się kształtują i dorastają*” [30, 39].

Wyznacznikiem postaw młodych ludzi, od dawna podkreślanym w literaturze dotyczącej wychowania, jak i problematyki społecznej, jest kontestacja określonych norm i

bunt wobec narzucanych wzorów życia i sposobów postrzegania świata. Dostrzegano w tym także znaczny potencjał, jaki można wykorzystać w procesach wszelkich zmian społecznych [40].

Sprzeciw wobec określonych stereotypów życia społecznego wyraża się u młodych ludzi przede wszystkim tolerancją wobec większości zachowań, uznawanych społecznie za naganne, krytykowanych w tym społeczeństwie i piętnowanych poprzez stworzony system ich penalizacji. Tym samym młodzi ludzie chcą potwierdzać nie tylko wolność swych poglądów i prawo do ich obrony, ale szukają też granicy ingerowania w stworzony porządek społeczny, badając grunt dla rozwijania swych postaw oraz budowania własnego światopoglądu. Manifestując swój bunt, młodzi ludzie często nie tyle krytykują określony system norm, co sposoby ich respektowania i systemy wprowadzania, a tym samym, zasady stanowionego prawa czy jego charakter. Nie ulega też wątpliwości, że to właśnie ta kontestacja, jest bardzo często przyczyną podejmowania zachowań ryzykownych przez młodych ludzi, szukających u progu dorosłego i samodzielnego życia różnych wariantów jego realizacji i sposobów odnajdywania swego miejsca w społeczeństwie [40, 41,43 ].

Zachowania młodych ludzi, opisywane ogólnie jako tzw. zachowania problemowe czy też ryzykowne, potwierdzają swą złożonością, że motywacja do ich podejmowania jest również zróżnicowana, podobnie jak zróżnicowane są liczne czynniki ryzyka w tym zakresie. Otoczenie życia i warunki, w jakich egzystują młodzi ludzie, stwarzają szereg zagrożeń, skłaniających ich do podejmowania zachowań ryzykownych w różnych celach [44-49]. Może być to bowiem zarówno pragnienie zademonstrowania swej niezależności i swobody poglądów oraz postaw czy sprzeciw wobec uznanych społecznie i kulturowo norm życia, jak i wyraz niemożności poradzenia sobie z różnymi sytuacjami trudnymi, których młodzi ludzie doświadczają na co dzień, a które mają związek z ich życiem, nauką i czasem wolnym [40, 41,42].

## CEL PRACY

Celem pracy było:

1. Sprawdzenie jaka jest skala spożywania alkoholu i środków psychoaktywnych wśród studentów kierunku Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku?
2. Określenie powodów sięgania po środki odurzające przez studentów?
3. Próba sprawdzenia czy studenci uczelni medycznej mogą w łatwy sposób pozyskać środki odurzające?

## MATERIAŁ I METODY

Badania zostały przeprowadzone w 150-osobowej grupie studentów Wydziału Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, studiujących na kierunku Farmacja w roku 2016 po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej nr. R-I-002/112/2016.Badania zostały przeprowadzone za pomocą metody sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem anonimowego kwestionariusza ankiety, opracowanego i udostępnionego przez Agencję Badawczą PBS DGA Sp. z o.o. Sopot.

Kwestionariusz ankiety, wykorzystanej w badaniach własnych, zawierał 40 pytań problemowych, związanych z analizowanym zjawiskiem oraz 13 pytań metryczkowych.

Pytania problemowe były pytaniami zamkniętymi, posiadającymi przyporządkowane odpowiedzi. W instrukcji, poprzedzającej ankietę, zwrócono też uwagę na to, że wszędzie tam, gdzie nie jest wyraźnie napisane, że można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź, należy zawsze dokonywać tylko jednokrotnego wyboru. Dzięki temu uniknięto odpowiedzi sprzecznych z założonym algorytmem kwestionariusza.

W instrukcji poprzedzającej ankietę zawarta została także lista substancji, określanych w dalszych pytaniach mianem „substancji odurzających", co nie pozostawiało ankietowanym wątpliwości, jakie substancje należy tu zaliczyć do tej kategorii.

W poszczególnych pytaniach zastosowano różne skale oceny i związane z tym odpowiedzi:

- ocena 5-stopniowa od 1 do 5, gdzie 1- zdecydowanie tak, 2- raczej tak, 3- raczej nie, 4 - zdecydowanie nie, 5- trudno powiedzieć;
- ocena częstotliwości użycia: nigdy; 1-2 razy; 3-5 razy; 6-9 razy; 10-19 razy; 20-39 razy; 40 razy i więcej
- ocena tak- nie
- ocena postępowania: nie; tak- pod wpływem środków odurzających; tak -pod wpływem alkoholu; tak - w innych okolicznościach
- ocena możliwości: niemożliwe- bardzo trudne- dosyć trudne- dosyć łatwe- bardzo łatwe- nie wiem
- ocena możliwości zdobycia substancji: jedna godzina lub mniej - kilka godzin- jeden dzień- kilka dni- tydzień lub więcej - w ogóle nie mógłbym - nie wiem
- ocena ryzyka szkodzenia zdrowiu: nie ma- małe - umiarkowane- duże- trudno powiedzieć

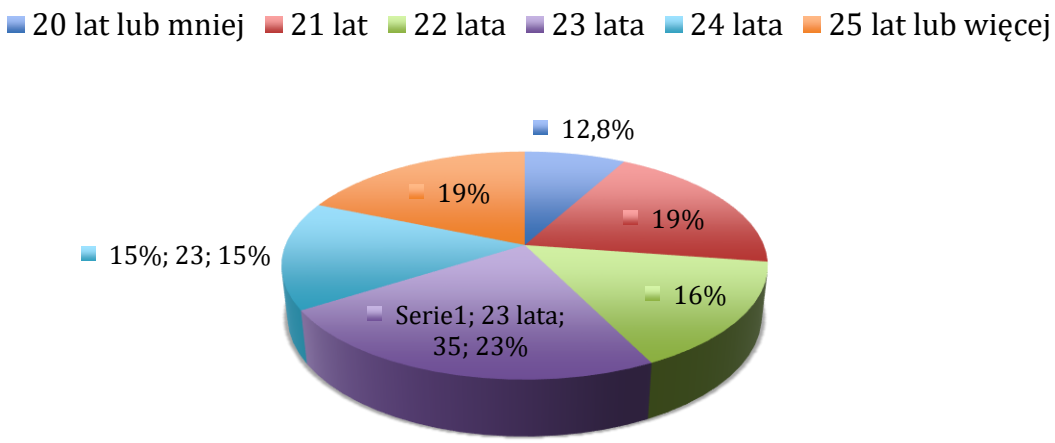
Pytania metryczkowe w liczbie 13 dotyczyły podstawowych danych demograficznych, jak płeć, wiek, stan cywilny, dzieci, miejsce zamieszkania (pochodzenia), wykształcenie rodziców (opiekunów), dochody rodziców (opiekunów). Oprócz tego w metryczce zostały zawarte pytania dotyczące istotnie badanej grupy i były to: rok i tryb studiów, otrzymywanie stypendium naukowego, wysokość miesięcznych dochodów i ich struktura (rodzice, praca, stypendium, kredyt studencki) oraz miejsce zamieszkania w czasie studiów i jego specyfika (rodzice, rodzeństwo, partner/partnerka, żona/mąż, przyjaciele, znajomi, samodzielne)

Badania zostały zaplanowane na okres dziewięciu miesięcy, od kwietnia do grudnia 2016r. Przyjęto także, że badania będą prowadzone w czasie zajęć akademickich po uprzednim uzgodnieniu z asystentem terminu i czasu ich przeprowadzenia badań, tak by nie kolidowało to znacząco w realizowanym programem zajęć.

## WYNIKI

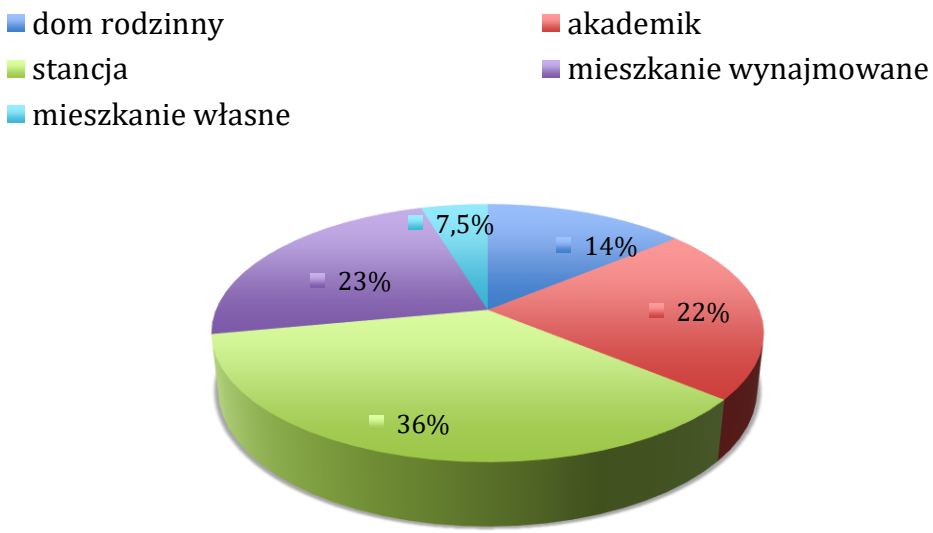
### Przedstawienie badanej grupy

Grupę badaną stanowili studenci Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. W ankiecie brało udział 150 respondentów, w tym 84 kobiety (co stanowiło 56% wszystkich ankietowanych) oraz 66 mężczyzn (44% ankietowanych). Najbardziej liczną grupą respondentów były osoby, które miały 23 lata – stanowili oni 23% ogółu ankietowanych osób. Najmniej liczną grupą byli ankietowani posiadający 20 lub mniej lat (8% ogółu). Podział ankietowanych ze względu na wiek został zaprezentowany na poniższej rycinie 1.



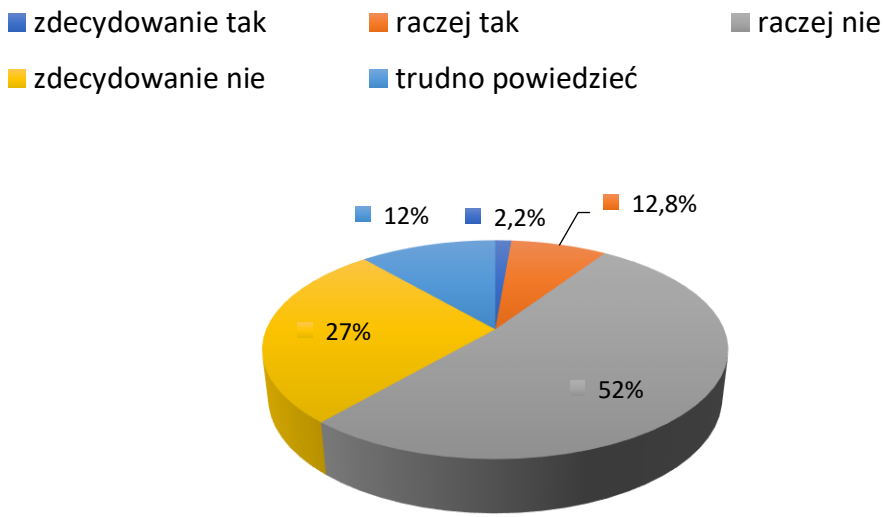

**Rycina 1. Wiek ankietowanych**

Większość ankietowanych zamieszkuje stancje (36% badanych) oaz mieszkania wynajmowane (23%). Najmniej liczną grupę stanowią studenci zamieszkujący mieszkania własne (5% badanych). Rozkład respondentów ze względu na ich miejsce zamieszkania ilustruje rycina poniżej (Rycina 2).



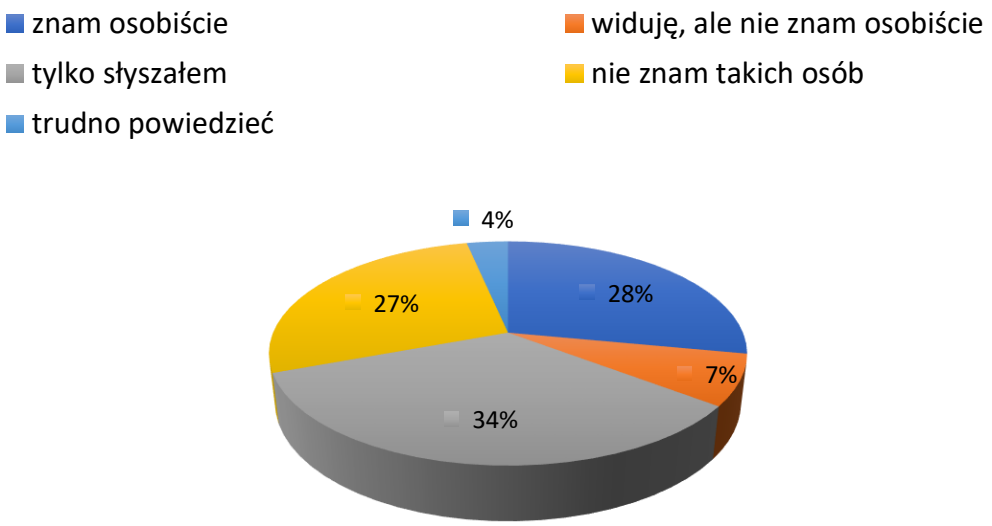

**Rycina 2. Miejsce zamieszkania ankietowanych**

## Opinie respondentów na temat używania środków odurzających



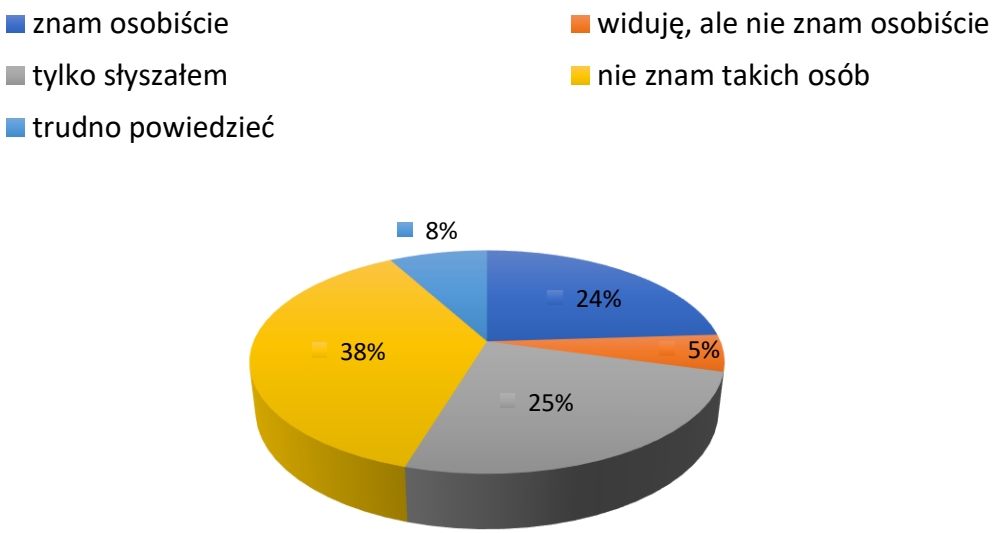

**Rycina 3. Problem zażywania środków psychoaktywnych w opinii respondentów**

Z danych przedstawionych na rycinie 3 ponad połowa respondentów jest zdania, że zjawisko spożywania środków odurzających w środowisku studenckim raczej nie stanowi poważnego problemu. Jedynie 1% ankietowanych jest zdania, że zdecydowanie jest to poważny problem.



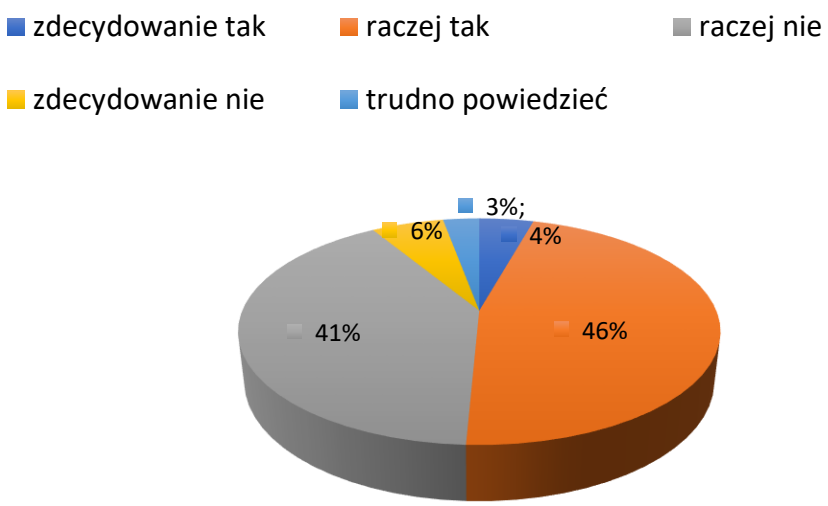

**Rycina 4. Kontakt studentów z osobami przyjmującymi środki odurzające**

Najbardziej liczna grupa ankietowanych (34%) tylko słyszała o osobach spożywających środki odurzające w środowisku studenckim. Tylko 7% widuje takie osoby, jednak nie zna ich osobiście (Rycina 4).




**Rycina 5. Kontakt studentów z osobami przyjmującymi środki odurzające w trakcie nauki**

Większość ankietowanych studentów nie zna osób, które w trakcie nauki do kolokwium lub egzaminu spożywają środki odurzające – takiej odpowiedzi udzieliło aż 38% ogółu (Rycina 5). Tylko 5% badanych widuje osoby spożywające środki odurzające w trakcie nauki, lecz nie zna ich osobiście.




**Rycina 6. Ochota spróbowania środków odurzających przez studentów**

Rycina 6 wskazuje, że większość ankietowanych na pytanie czy mieli kiedyś ochotę spróbować któregoś ze środków odurzających odpowiedziała, że zdecydowanie tak (46%). Zbliżony odsetek respondentów udzielił odpowiedzi sugerującej, że raczej nie mieli nigdy takiej ochoty (41%).

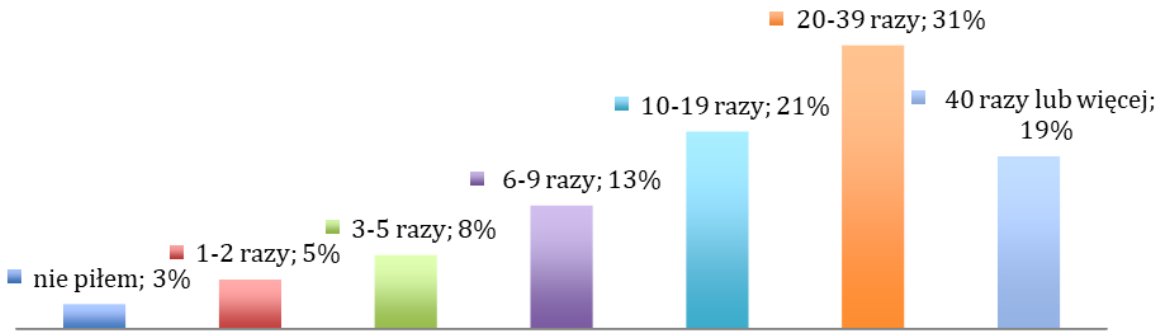
Kolejne trzy pytania ankiety dotyczyły określenie, ile razy ankietowani w ciągu ostatnich 12 miesięcy spożywali alkohole takiej jak: piwo, wino oraz wódka (ryciny 7,8,9).

Analizując Rycina 10 należy stwierdzić, że największa liczba ankietowanych (46 wskazań, co stanowiło 31% ogółu) w ciągu ostatniego roku spożywała piwo od 20 do 39 razy. Jedynie 4 ankietowanych (3%) w ogóle nie spożywało piwa w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

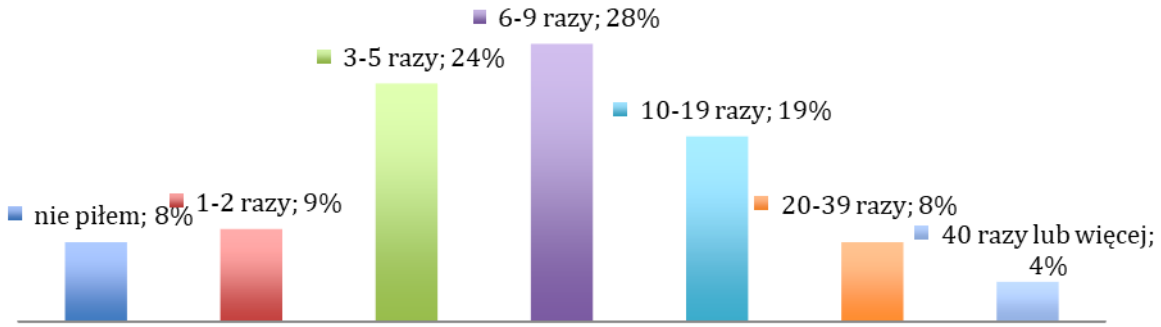
Następnie pytanie ankiety dotyczyło częstości spożywania wina przez badanych studentów. Rozkład odpowiedzi udzielonych przez respondentów został zilustrowany na rycinie 7.

Największa liczba ankietowanych w ciągu ostatniego roku spożywała wino od 6 do 9 razy (42 odpowiedzi, co stanowiło 28% ogółu). Najmniejszą popularnością cieszyła się odpowiedź 40 razy lub więcej (6 odpowiedzi, co stanowiło 4% ogółu). Natomiast 12

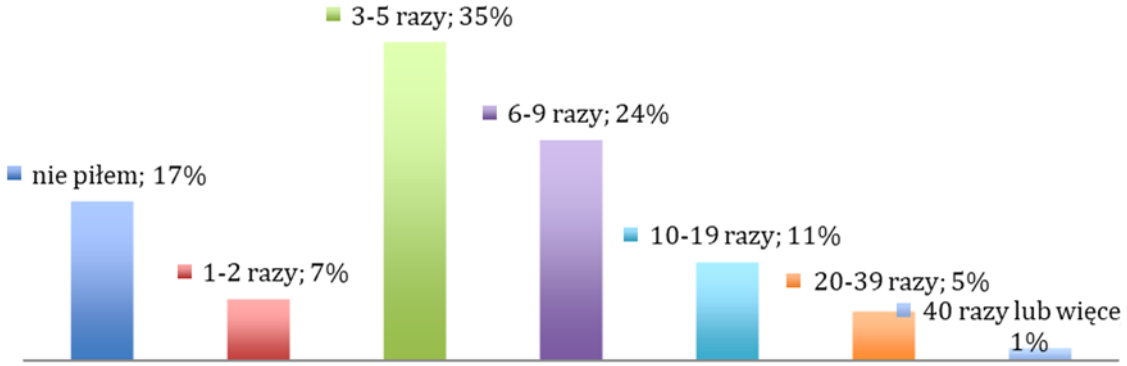
ankietowanych ani razu w ciągu ostatniego roku nie spożywało wina, zaś 14 badanych spożywało je od 1 do 2 razy.




**Rycina 7. Spożycie piwa przez studentów w ciągu ostatnich 12 miesięcy**




**Rycina 8. Spożycie wina przez studentów w ciągu ostatnich 12 miesięcy**

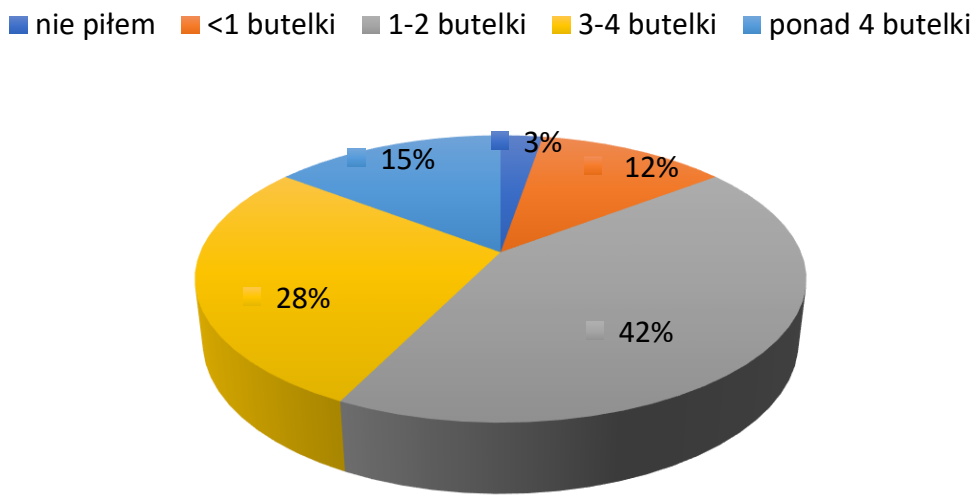



**Rycina 9. Spożycie wódki przez studentów w ciągu ostatnich 12 miesięcy**

Największa liczba grupa ankietowanych w ciągu ostatniego roku spożywała alkohol od 3 do 5 razy –pojawiło się aż 52 takich wskazań, co przekładało się na 35% wszystkich

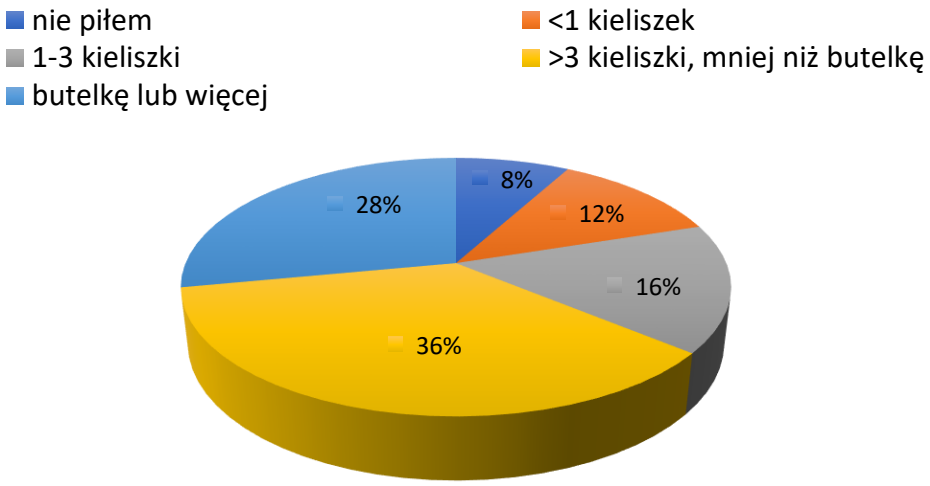
ankietowanych. Jedynie dwóch ankietowanych udzieliło odpowiedzi, że spożywali alkohol 40 razy lub więcej w ciągu ostatnich 12 miesięcy, co stanowiło 1% ogółu (Rycina 9).

Większość ankietowanych studentów przy jednej okazji wypijała od 1-2 butelki piwa przy jednej okazji– odpowiedzi takiej udzieliło 42% respondentów. W tym 3% badanych w ciągu ostatniego roku nie piło w ogóle piwa, zaś 12% mniej niż jedną butelkę piwa przy jednorazowej okazji (Rycina 10).




**Rycina 10. Ilość jednorazowo wypijanego przez studentów piwa**

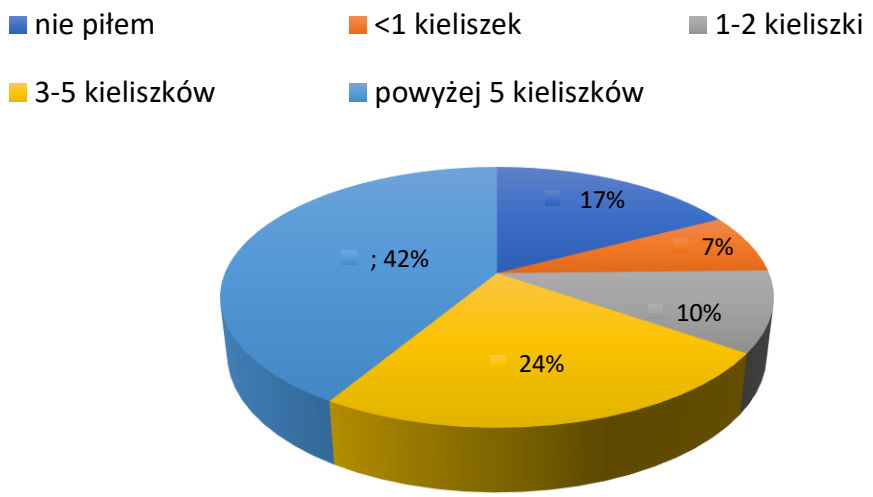
Z ryciny 11 wynika, iż zdecydowana większość respondentów przy okazji jednego spotkania wypijało więcej niż 3 kieliszki, ale mniej niż jedną butelkę wina (36%) lub powyżej jednej butelki wina (28%). W tym 8% badanych nie piło wina w ogóle.




**Rycina 11. Ilość jednorazowo wypijanego przez studentów wina**

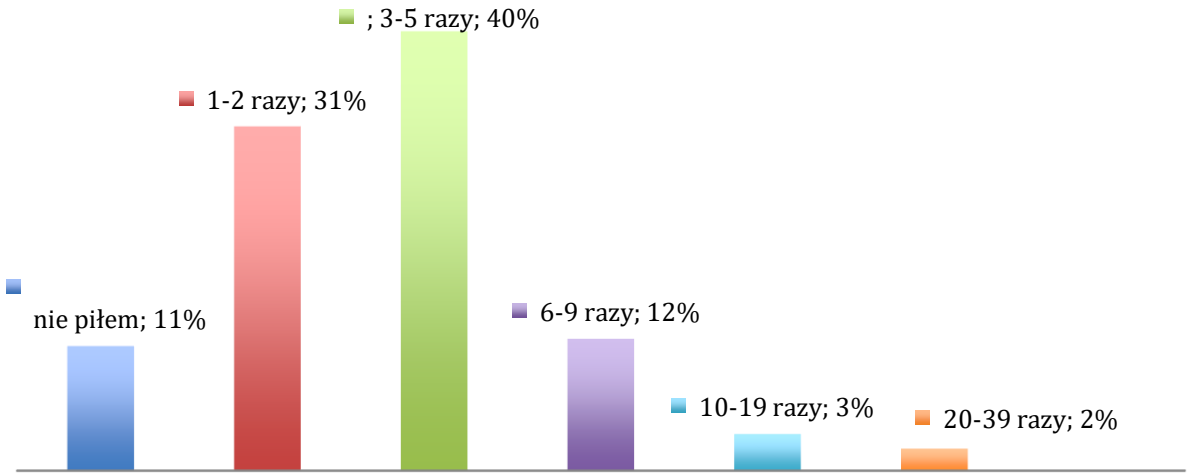
W przypadku wódki, ankietowani najczęściej w ciągu ostatniego roku jednorazowo wypijali powyżej 5 kieliszków wódki (42%) lub od 3 do 5 kieliszków (24%) (Rycina 12).

W tym 7% badanych jednorazowo spożywało mniej niż jeden kieliszek wódki.




**Rycina 12. Ilość jednorazowo wypijanej przez studentów wódki**

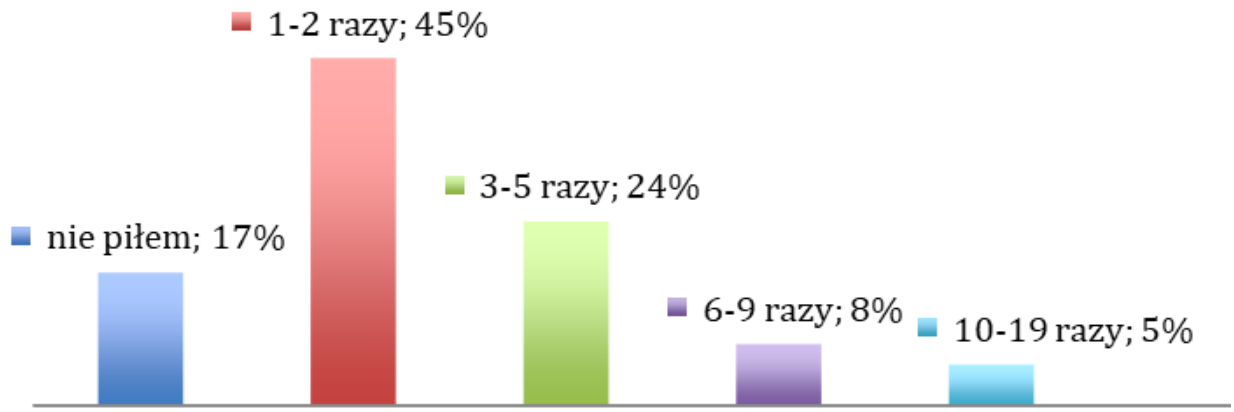
Analizując rycinę 13 można stwierdzić, iż w ciągu ostatnich 30 dni większość ankietowanych spożywało 3-5 razy piwo (60 wskazań, co stanowiło 40% ogółu respondentów) lub 1-2 razy (47 odpowiedzi, co przekładało się na 31% ankietowanych).




**Rycina 13. Liczba przypadków spożywania piwa w ciągu ostatnich 30 dni przez studentów**

Żaden z ankietowanych nie spożywał wina więcej niż 19 razy w ciągu ostatniego miesiąca. W tym 26 badanych nie spożywało go w ogóle. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby,

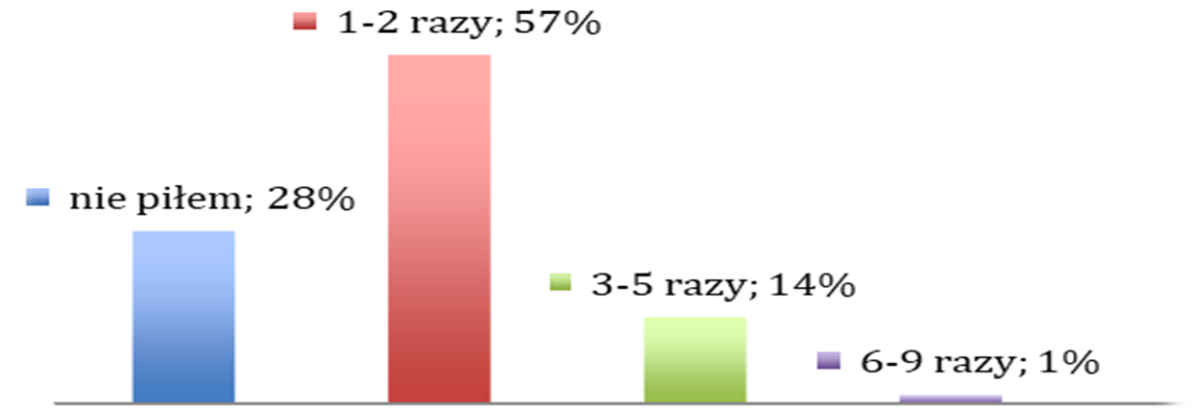
które w ciągu ostatnich 30 dni spożywały wino 1 lub 2 razy w tym 68 ankietowanych, co stanowiło 45% wszystkich badanych (Rycina 14).




**Rycina 14. Liczba przypadków spożywania wina w ciągu ostatnich 30 dni przez studentów**

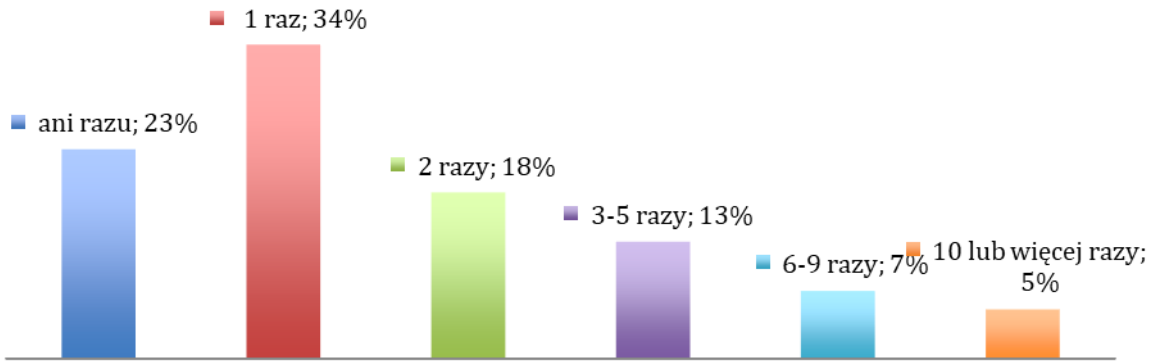
Zdecydowana większość ankietowanych spożywała wódkę 1 lub 2 razy w ciągu ostatnich 30 dni – odpowiedzi takiej udzieliło 85 ankietowanych, co stanowiło 57% ogółu. W tym 42 ankietowanych (28% ogółu) w ciągu ostatniego miesiąca nie piło w ogóle wódki.

Wyniki obrazuje Rycina 15.




**Rycina 15. Liczba przypadków spożywania wódki w ciągu ostatnich 30 dni przez studentów**

W badanej populacji 34 ankietowanych (23% badanych) w ciągu ostatnich 30 dni ani razu nie spożyła co najmniej 5 drinków. W tym 51 badanych (34% respondentów) wypiło 5 drinków 1 raz. Najmniej liczną grupą była grupa badanych, która spożywała więcej niż 5 drinków 10 lub więcej razy w ciągu ostatniego miesiąca stanowiła ona 5% ankietowanych studentów (Rycina 16).




**Rycina 16. Liczba przypadków spożywania pięciu lub więcej drinków w ciągu ostatnich 30 dni przez studentów**

Kolejne pytanie miało na celu określenie, czy ankietowani spożywali kiedyś środki odurzające takie jak kleje, marihuana, amfetamina, kokaina itp. Większość ankietowanych studentów nigdy w życiu nie spożyła żadnego spośród wymienionych środków odurzających. Takiej odpowiedzi udzieliło 67% respondentów (Tabela I).

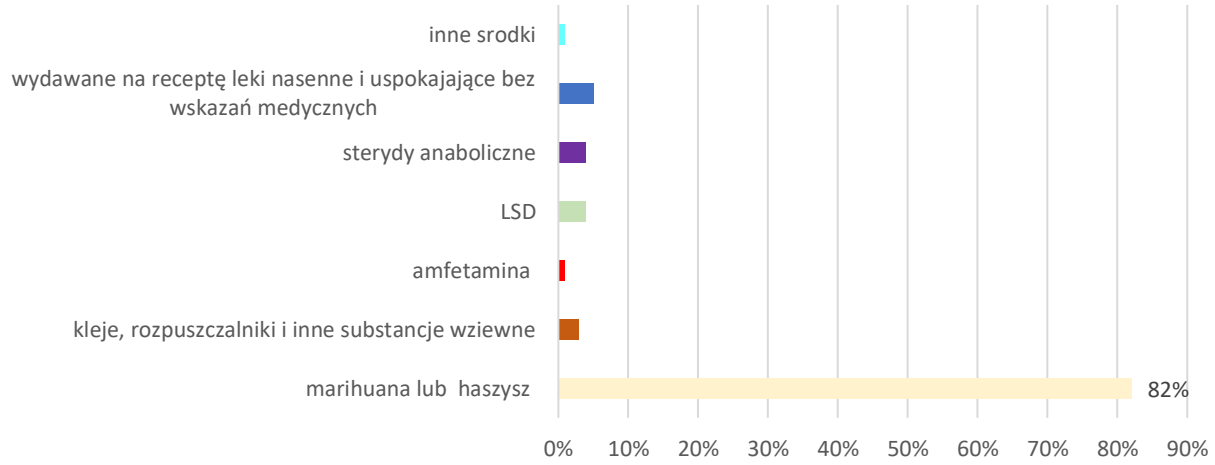
Pierwszy środek odurzający, po który sięgnęli ankietowani to najczęściej marihuana lub haszysz– odpowiedź taką wskazało 82% badanych studentów. Pozostałe osoby, które przynajmniej raz w życiu próbowały środków odurzających wskazały jako pierwszy środek, którego spróbowali leki nasenne i uspokajające wydawane na receptę (5% ogółu), sterydy anaboliczne (4% respondentów), LSD (4%), koleje lub rozpuszczalniki (3% wskazań) oraz amfetamina (1%). Szczegółowe odpowiedzi udzielane przez respondentów na to pytanie zostały zilustrowane na rycinie powyżej (Rycina 17).

Większość ankietowanych, którym zdarzyło się spożywać środki odurzające dostali je od znajomych (67%) lub kupili od znajomych (21%). Pozostała część respondentów dokonywała zakupu od obcej osoby (7%) lub dostała od rodziny (3%). Szczegółowe wyniki dotyczące sposoby pozyskania pierwszego spożywanego przez studentów środka odurzającego zostały zilustrowane na powyższej rycinie (Rycina 18).

**Tabela I. Liczba oraz częstotliwość używania konkretnych środków odurzających przez ankietowanych studentów**

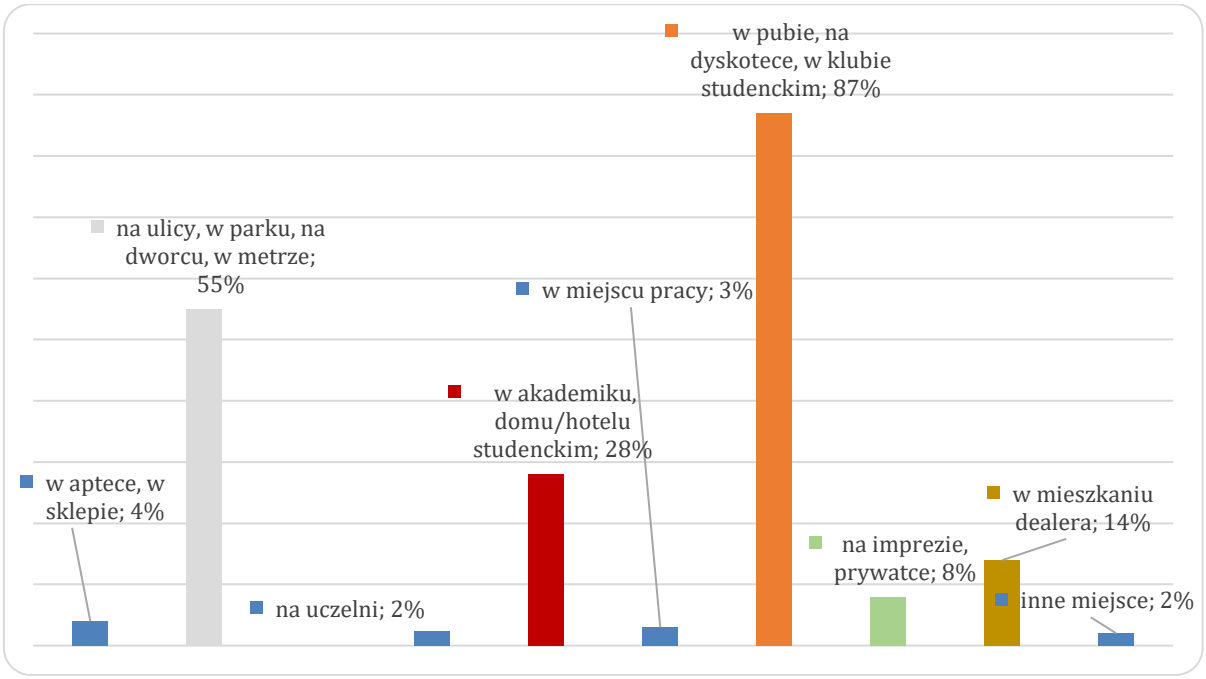
| | kleje, rozpuszczalniki i inne substancje wziewne | marihuana lub haszysz | amfetamina (speed) | ecstasy | LSD | grzyby halucynogenne | crack | heroina (w tym „brown sugar" ) | tzw. polska heroina, „kompot" | kokaina | sterydy anaboliczne | wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające bez wskazań medycznych | inny środek |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nigdy** | 98% | 60% | 97% | 97% | 94% | 97% | 99% | 99% | 99% | 98% | 97% | 94% | 99% |
| **1-2 razy** | 1% | 12% | 2% | 1% | 4% | 2% | 0% | 0% | 1% | 1% | 1% | 4% | 1% |
| **3-5 razy** | 0% | 15% | 1% | 2% | 1% | 0% | 1% | 0% | 0% | 0% | 2% | 1% | 0% |
| **6-9 razy** | 1% | 4% | 0% | 0% | 1% | 1% | 0% | 1% | 0% | 1% | 0% | 1% | 0% |
| **10-19 razy** | 0% | 3% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| **20-38 razy** | 0% | 3% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| **40 razy lub więcej** | 0% | 3% | 1% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |

*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi




**Rycina 17. Pierwszy środek odurzający używany przez ankietowanych studentów**
*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Najczęściej wskazywane przez ankietowanych miejsca, w których zdarzyło im się dokonać zakupu środków odurzających to pub lub dyskoteka (87%), na ulicy lub w parku (55%) oraz w akademiku (28%). Rzadziej respondenci, którym w przeciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się spożywać środki odurzające nabywali je na prywatnych imprezach lub bezpośrednio w mieszkaniu osoby handlującej narkotykami (8%). Na poniższej rycinie 18 zostały zaprezentowane odsetki ankietowanych, którzy zaopatrują się w środki odurzające na wskazane w ankiecie sposoby. W pytaniu tym ankietowani mieli możliwość wskazania więcej niż jednej odpowiedzi, stąd odsetki wskazań poszczególnych odpowiedzi nie sumują się do 100%.



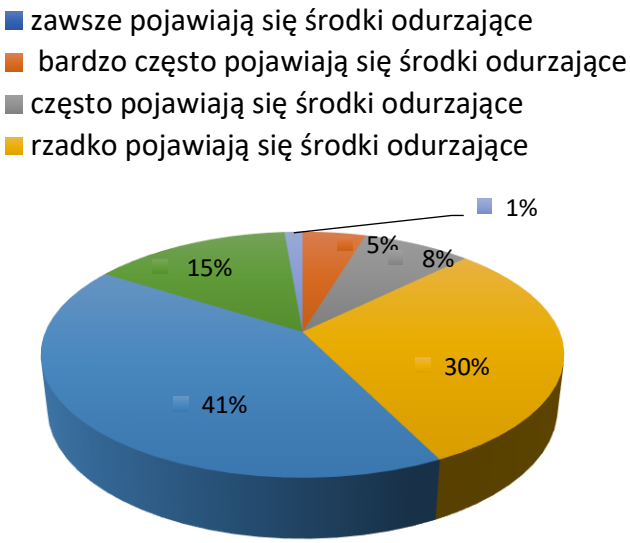

**Rycina 18. Najczęstszy sposób pozyskiwania przez studentów środków odurzających w ciągu ostatnich 12 miesięcy**
*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Większość ankietowanych studentów stwierdziła, że środki odurzające pojawiają się bardzo rzadko na imprezach, w których uczestniczą (41% ogółu).

W tym 30% badanych uważa, że sytuacje takie mają miejsce rzadko.

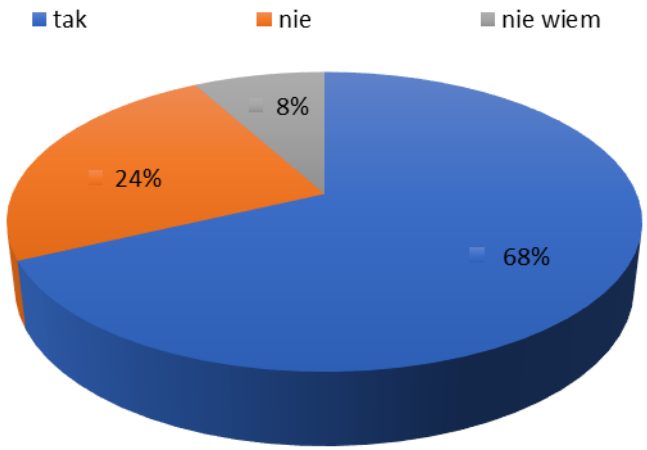
Nikt spośród ankietowanych nie wskazał odpowiedzi, że zawsze się pojawiają, zaś kolejne 1% nie uczęszcza w ogóle w imprezach.

Wyniki obrazuje Rycina 19.




**Rycina 19. Obecność środków odurzających na imprezach**

*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi



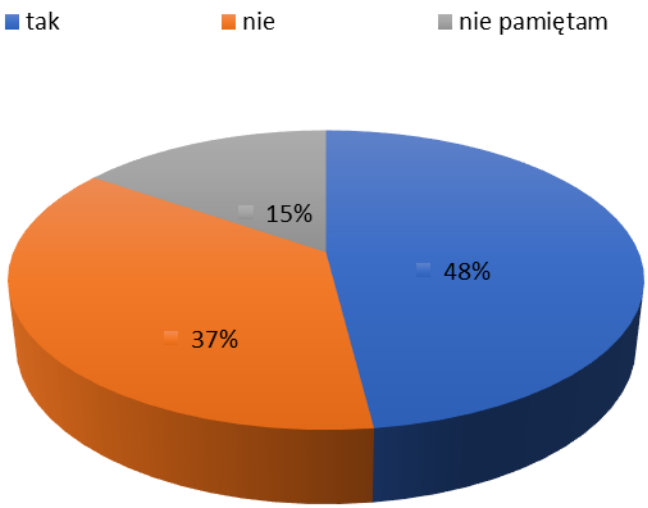

**Rycina 20. Zakwalifikowanie marihuany jako narkotyku**

Przeważająca część ankietowanych studentów (68%) jest zdania, że marihuana jest narkotykiem.

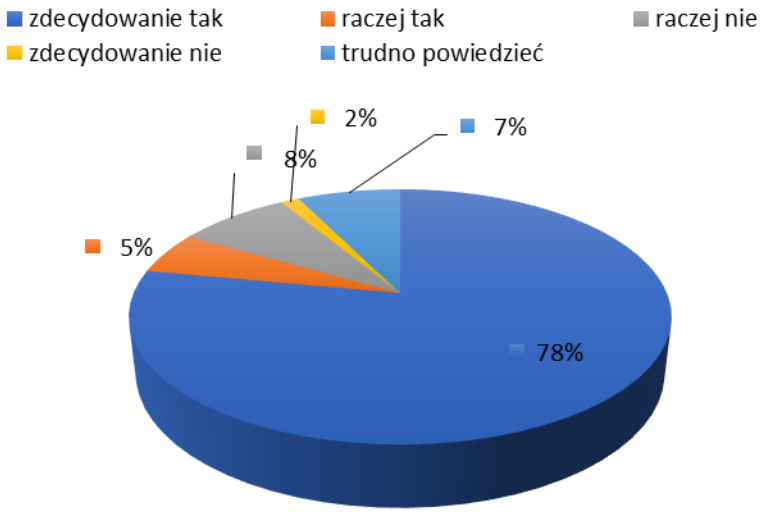
Wyniki obrazuje Rycina 20.

Większość badanych studentów pamięta, iż rozmawiała z rodzicami bądź opiekunami na temat środków odurzających – odpowiedzi takiej udzieliło 48% ankietowanych

Wyniki obrazuje  Rycina 21.




**Rycina 21. Rozmowy z rodzicami o środkach odurzających**




**Rycina 22. Konieczność skreślenia z listy studentów osoby sprzedającej narkotyki**

Przeważająca część ankietowanych uważa, że za sprzedaż narkotyków na uczelni, jej władze powinny mieć możliwość skreślenia takiej osoby z listy studentów – takiej odpowiedzi udzieliło aż 78% wszystkich respondentów. Najmniej liczna grupa respondentów (2% ogółu) uważa, że zdecydowanie nie powinno być to możliwe (Rycina 22).

Większość ankietowanych studentów jest zdania, że zdobycie większości środków odurzających jest trudne. Jako najłatwiejszym do zdobycia narkotykiem okazała się marihuana lub haszysz. Jednie 7% respondentów wskazało, iż zdobycie tego środka odurzającego byłoby w ich przypadku niemożliwe, zaś aż 28% jest zdania, że zdobycie go jest bardzo łatwe, a

dodatkowo kolejne 36% uważa, że jest dość łatwe. Jednak w przypadku narkotyków uważanych za bardziej uzależniające oraz groźniejsze dla zdrowia, takich jak amfetamina odsetki te wyglądają odmiennie. Zaledwie 5% wszystkich badanych studentów jest zdania, że jest to narkotyk bardzo łatwo dostępny, zaś kolejne 12% jest zdania, że jest on dość łatwo dostępny. Jako niemożliwe do zdobycia tego narkotyku uważa 17%, zaś dodatkowo 20% uważa, iż jest to bardzo trudne (Tabela II).

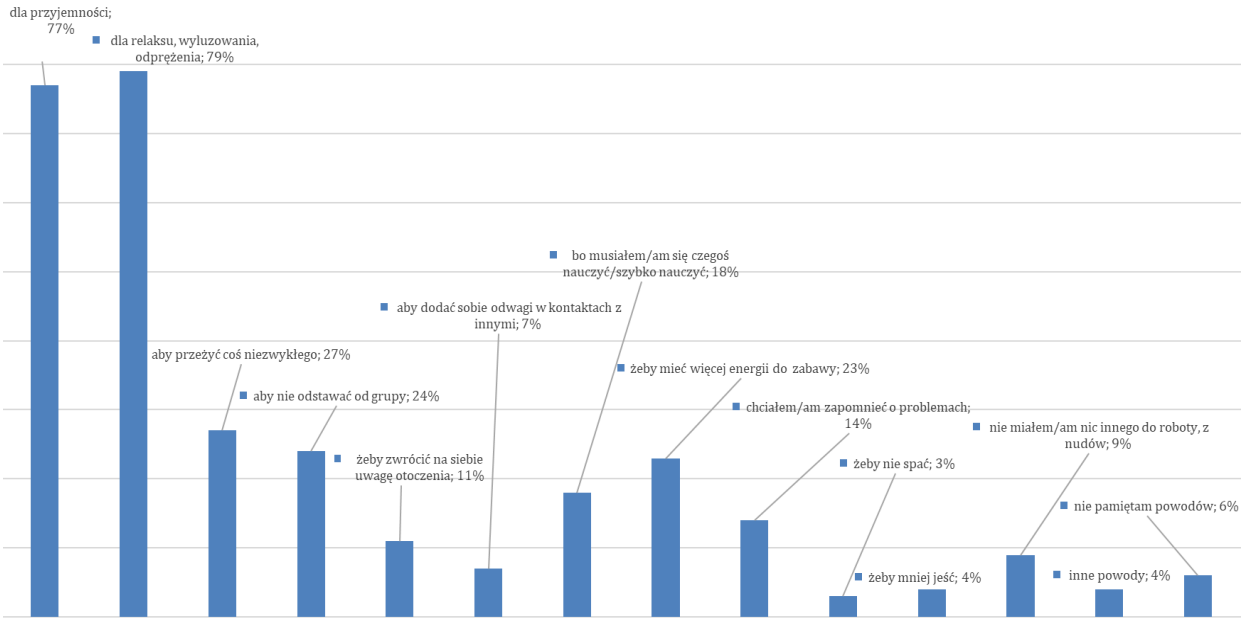
**Tabela II. Dostępności poszczególnych środków odurzających**

| | **marihuana lub haszysz** | **amfetamina (speed)** | **ecstasy** | **LSD** | **grzyby halucynogenne** | **crack** | **heroina (w tym „brownsugar”)** | **tzw. polska heroina, „kompot”** | **kokaina** | **sterydy anaboliczne** | **wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające bez** | **inny środek** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Niemożliwe** | 7% | 17% | 17% | 21% | 18% | 18% | 21% | 21% | 19% | 19% | 11% | 21% |
| **Bardzo trudne** | 5% | 20% | 19% | 27% | 24% | 21% | 17% | 23% | 15% | 11% | 18% | 14% |
| **Dosyć trudne** | 12% | 18% | 16% | 17% | 17% | 21% | 19% | 18% | 11% | 15% | 8% | 14% |
| **Dosyć łatwe** | 36% | 12% | 13% | 5% | 10% | 3% | 3% | 6% | 20% | 19% | 28% | 7% |
| **Bardzo łatwe** | 28% | 5% | 4% | 8% | 5% | 6% | 10% | 5% | 5% | 7% | 7% | 18% |
| **Nie wiem** | 12% | 28% | 31% | 22% | 26% | 31% | 30% | 27% | 30% | 29% | 28% | 26% |

*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Istnieje wiele powodów po które ankietowani studenci sięgali po środki odurzające w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Jednym z najczęściej wskazywanych powodów była chęć zrelaksowania się, wyluzowania lub też odprężenia – odpowiedzi takiej udzieliło aż 79% wszystkich badanych. Zbliżony odsetek osób spożywających środki odurzające (77% ogółu) sięga po nie z przyjemności, zaś kolejne 27% aby przeżyć coś niezwykłego. Pozostałe powody, dla których badani studenci podjęli decyzję o sięgnięciu po środki odurzające w ciągu ostatnich 12 miesięcy wraz z częstością wskazywania poszczególnych odpowiedzi znajduje się na

poniższej rycinie (Rycina 27). W pytaniu tym istniała możliwość wielokrotnego wyboru, stąd suma odsetków nie jest równa 100%.




**Rycina 23. Powód sięgania po środki odurzające przez studentów w ciągu ostatnich 12 miesięcy**
*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Ankietowani studenci zdecydowanie najczęściej zdecydowali się na palenie marihuany lub haszyszu podczas imprez odbywających się w domu własnym lub u znajomych (84% wszystkich wskazań - Rycina 23).

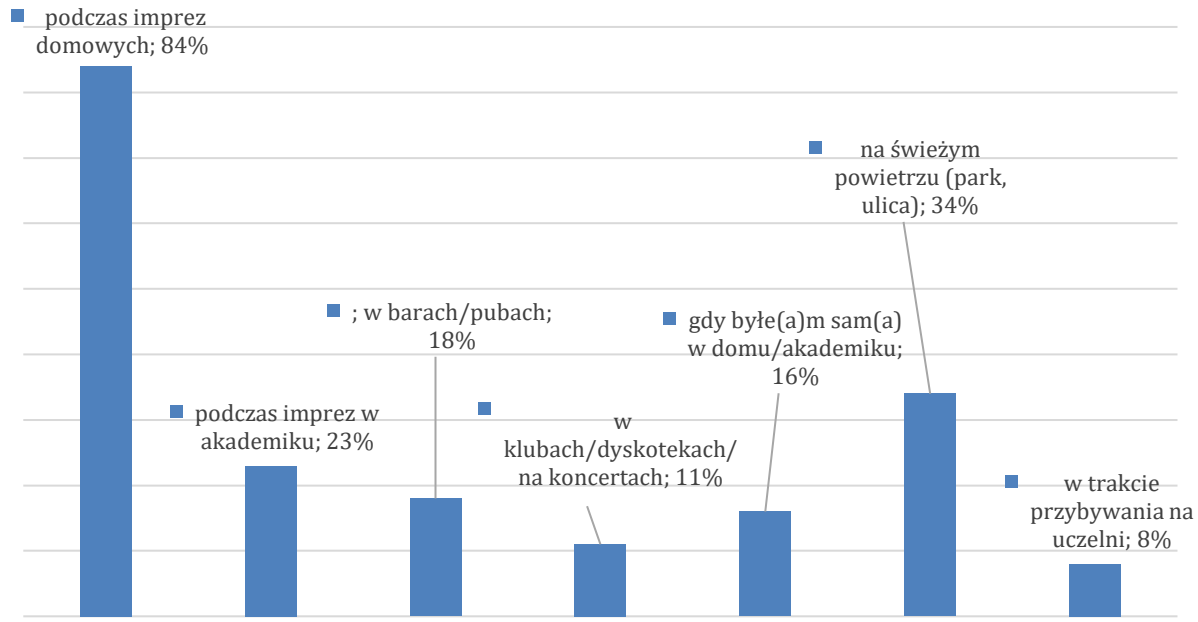
Palenie marihuany lub haszyszu na świeży powietrzu, czyli w miejscach takich jak park czy ulica zdarza się 34% ankietowanym, zaś kolejne 23% decyduje się na palenie podczas imprez w akademiku.

W przypadku tego pytania możliwe było wskazanie kilku odpowiedzi, w związku z tym odsetki przyporządkowane poszczególnym odpowiedziom nie sumują się do 100% (Rycina 23).

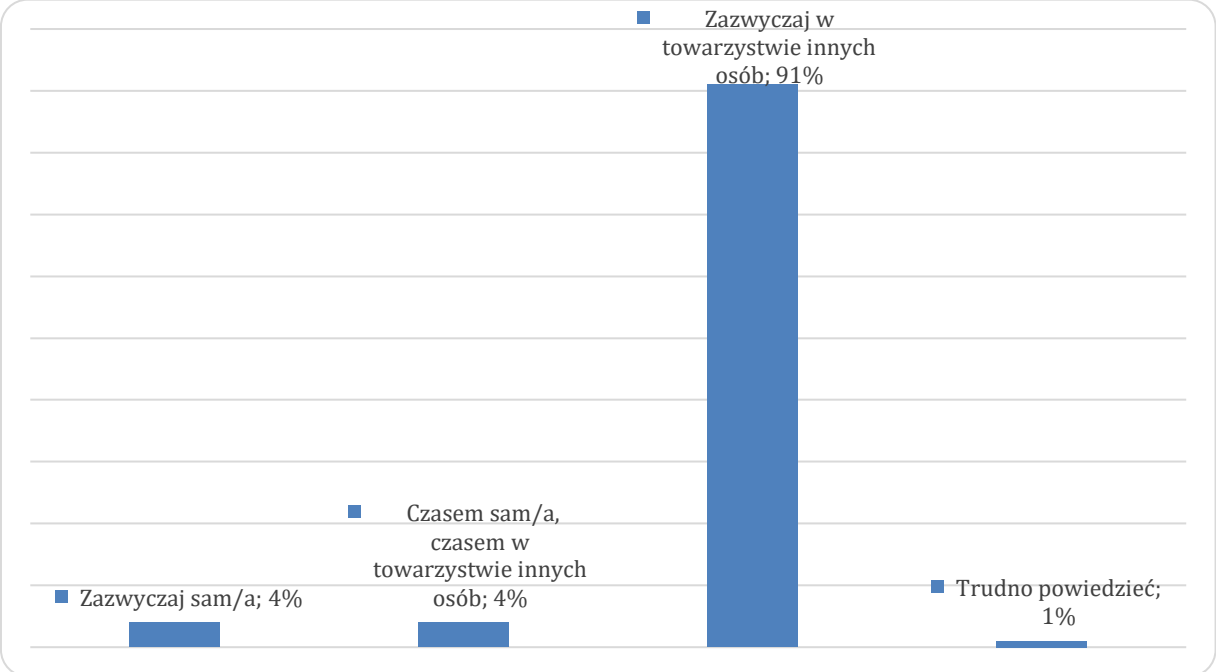
Przeważająca większość ankietowanych (91% ogółu) paliła marihuanę lub haszysz w towarzystwie znajomych lub też innych osób.

Samodzielnie zdecydowało się na palenie tego środka odurzającego jedynie 4% ankietowanych, zaś kolejne 4% wskazało, iż czasem pali przebywając samotnie, zaś czasem w towarzystwie innych osób (Rycina 24).

Analizując tabelę III należy stwierdzić, że zdecydowana większość badanych studentów jest zdania, iż w związku z używaniem środków odurzających osoby takie szkodzą swojemu zdrowiu – osoby takie dużo ryzykują.




**Rycina 24. Okoliczności palenia marihuany lub haszyszu przez studentów w ciągu ostatnich 12 miesięcy**




**Rycina 25. Czy studenci w ciągu ostatnich 12 miesięcy palili marihuanę lub haszysz sami lub w towarzystwie**

## Tabela III. Szkodliwość środków odurzających według opinii studentów.

| | Palą papierosy od czasu do czasu | Palą jedną lub więcej paczek papierosów dziennie | Wypijają jeden lub dwa "drinki" prawie codziennie | Wypijają cztery lub pięć" drinków" prawie codziennie | Wypijają pięć lub więcej "drinków" 1 raz lub 2 razy w ciągu każdego weekendu | Próbują marihuany lub haszyszu 1 raz lub 2 razy w życiu | Palą marihuanę lub haszysz od czasu do czasu | Palą marihuanę lub haszysz regularnie | Próbują ecstasy 1 raz lub 2 razy w życiu | Używają ecstasy regularnie | Próbują heroiny 1 raz lub 2 razy w życiu | Używają heroiny regularnie | Próbują kokainy lub crack 1 raz lub 2 razy w życiu | Używają kokainy lub crack regularnie | Próbują amfetaminy 1 raz lub 2 razy w życiu | Używają amfetaminy regularnie | Zażywają regularnie leki uspokajające i nasenne bez wskazań lekarskich |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nie ma ryzyka | 5% | 2% | 9% | 2% | 4% | 7% | 8% | 1% | 3% | 1% | 2% | 2% | 1% | 1% | 3% | 2% | 2% |
| Małe ryzyko | 21% | 4% | 8% | 2% | 21% | 37% | 18% | 6% | 15% | 2% | 9% | 1% | 8% | 3% | 6% | 1% | 3% |
| Umiarkowane ryzyko | 43% | 11% | 32% | 11% | 30% | 22% | 37% | 17% | 21% | 13% | 18% | 11% | 21% | 9% | 22% | 9% | 15% |
| Duże ryzyko | 26% | 79% | 48% | 80% | 41% | 21% | 32% | 69% | 59% | 79% | 68% | 82% | 68% | 83% | 63% | 84% | 76% |
| Trudno powiedzieć | 5% | 4% | 3% | 5% | 4% | 3% | 5% | 7% | 2% | 4% | 3% | 4% | 2% | 4% | 6% | 5% | 4% |

*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

## Tabela IV. Potępienie przez studentów używania środków odurzających

| | palenie papierosów od czasu do czasu | wypalanie co najmniej paczki papierosów dziennie | picie alkohol raz-dwa razy na rok | picie alkoholu kilka razy w miesiącu | picie alkoholu codziennie lub prawie codziennie | upijanie się od czasu do czasu | upijanie się codziennie lub prawie codziennie | spróbowanie marihuany lub haszyszu raz-dwa razy | palenie marihuany lub haszysz od czasu do czasu | palenie marihuany lub haszyszu codziennie/prawie codziennie | spróbowanie amfetaminy raz-dwa razy | używanie amfetaminy od czasu do czasu | używanie amfetaminy codziennie/prawie codziennie | spróbowanie heroiny raz-dwa razy | używanie heroiny od czasu do czasu | używanie heroiny codziennie/prawie |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| zdecydowanie potępił | 17% | 59% | 4% | 7% | 41% | 21% | 78% | 22% | 27% | 62% | 54% | 69% | 84% | 61% | 72% | 77% |
| raczej potępił | 15% | 28% | 2% | 10% | 32% | 23% | 7% | 8% | 28% | 17% | 24% | 19% | 7% | 21% | 18% | 7% |
| raczej nie potępił | 31% | 8% | 20% | 39% | 18% | 32% | 2% | 31% | 11% | 10% | 9% | 5% | 2% | 8% | 3% | 6% |
| zdecydowanie nie potępił | 34% | 3% | 72% | 42% | 7% | 20% | 9% | 34% | 27% | 6% | 7% | 3% | 3% | 8% | 4% | 7% |
| Trudno powiedzieć | 3% | 2% | 2% | 2% | 2% | 4% | 4% | 5% | 7% | 5% | 6% | 4% | 4% | 2% | 3% | 3% |

Z powyższej tabeli IV widać, iż zdecydowana większość respondentów raczej potępiłaby zażywanie środków odurzających.

## DYSKUSJA

Czas studiów jest to często stanowiący zazwyczaj ostatni etap kształcenia młodego człowieka, cechuje się osłabieniem więzi rodzinnych, a także wzmocnieniem wpływów grupy rówieśniczej. To czas nawiązywania nowych znajomości, spotkań towarzyskich oraz imprez kulturowych, okres eksperymentów jak i kształcenia nawyków zdrowotnych [42].

Używanie substancji psychoaktywnych to jeden z najbardziej powszechnych zachowań ryzykownych młodzieży podczas okresu dojrzewania. Jak wskazuje Ostaszewski i współautorzy z każdym rokiem nauki następuje wzrost uczniów, którzy palą papierosy, piją alkohol oraz zażywają narkotyki [43].

Kanicka i współautorzy badali wiedzę i postawę studentów kierunku Zdrowie Publiczne na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku na temat palenia tytoniu. Zdaniem respondentów palenie tytoniu jest bardzo szkodliwe, zwiększa ryzyko wystąpienia wielu groźnych chorób, a tylko niewielki odsetek uważał, że palenie tytoniu nie ma istotnego wpływu na zdrowie [44].

W własnych badaniach analizowano także podejście studentów kierunku Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku do problemu nikotyny. Stwierdzono, iż 79% ankietowanych określiło mianem dużego ryzyka uzależnienia od nikotyny jest palenie jednej lub więcej paczek papierosów dziennie natomiast palenie papierosów od czasu do czasu postrzegane jest przez 43% ankietowanych jako zachowanie o umiarkowanym ryzyku dla zdrowia.

Jest to problem niepokojący, gdyż przyszli pracownicy służby zdrowia, którzy brali udział w naszym badaniu, powinni wykazywać większą świadomość i szerzyć działania profilaktyczne wśród społeczeństwa, zachęcać do zaprzestania palenia tytoniu [44].

Z badań epidemiologicznych wynika, że rozpowszechnienie zażywania substancji psychoaktywnych wśród chłopców było wyższe niż u dziewcząt. Polskie badania HBSC potwierdzają ten problem, że większość zachowań ryzykownych dotyczy chłopców i wraz z wiekiem powyższe zachowania nasilają się [34].

Z literatury wynika, że w Polsce obecnie pali tytoń około 30% populacji młodzieży. Z badań Porębskiej i współautorów wynika, że 23%studentów pali papierosy [16,45].

W badaniach Łaszek i współautorów wykazano, że ok. 1/3 studentów aktualnie pali papierosy. Do codziennego palenia tytoniu przyznało się ok. 11,7% kobiet oraz 21,1% mężczyzn. Większości aktualnie palących tytoń studentów (86,7% kobiet oraz 72,5% mężczyzn) rozpoczęło palenie przed rozpoczęciem nauki na Uczelni Wyższej. Stwierdzono, że kobiety palą mniej papierosów niż mężczyźni. Wykazano także, że niemal 1/3 niepalących studentów było biernymi palaczami podczas kilku godzin dziennie.

Z badań Kruk i współautorów wynika, że w badanej populacji 34% studentów pali lub kiedyś paliło papierosy. Wśród mężczyzn grupę palaczy stanowiło 41,8%, zaś wśród kobiet 32,4%. Najniższy odsetek osób studiujących powyżej 25r.ż. regularne paliło tytoń [42].

W badania przeprowadzonych przez Książek i współautorów wśród studentów gdańskich uczelni. Wykazano, że prawie połowa badanej populacji wskazała działanie środowiska jako czynnik mający wpływ na inicjację palenia papierosów, 31,6% podało jako powód chęć spróbowania. W grupie 76 palących studentów, 28 (36,8%) nie zauważyło u siebie żadnych negatywnych skutków palenia papierosów, a 37 (63,2%) badanych odczuwało różne dolegliwości, między innymi takich jak spadek aktywności fizycznej – 19 (25%) osób, a także chrypka – 13 (17,1%) osób [46].

Z danych literaturowych wynika ,że spożywanie alkoholu jest dużym problemem w życiu studenckim. Wynika to z intensywnego spożywania alkoholu w okresie wczesnej dorosłości jak i z faktem doświadczania przez osoby te licznych i negatywnych konsekwencji picia alkoholu [25,26,47]. Z licznych badań przeprowadzonych w Polsce wynika, że negatywnymi konsekwencjami spożywania alkoholu przez młodych ludzi jest: prowadzenie samochodu po spożyciu alkoholu, podejmowanie ryzykownych lub niekontrolowanych zachowań seksualnych, dopuszczanie się do aktów wandalizmu oraz udział w bójkach. Ponieważ intensywne picie we wczesnej dorosłości jest szeroko rozpowszechnione, wiele osób nie dostrzega w tych zachowaniach niczego niebezpiecznego. Z badań epidemiologicznych wynika, że spożywanie alkoholu jest wyższe wśród młodzieży studiującej niż pracującej [8,13, 30,31,47].

Polskie badania „Studenci 2000”, przeprowadzone zostały przez Instytut Psychologii Zdrowia na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (badaniom poddano 9 tys. osób)wykazały, że między innymi 25% studentów upiło się co najmniej raz w ciągu 30 dni przed wykonanym badaniem, w tym ponad ok. 6% – trzy i więcej razy [48].

W badaniach własnych analizowano podejście respondentów do zażywania środków psychoaktywnych i alkoholu w ciągu osty nich 30 dni przed badaniem ankietowym. Wykazano, że większość kobiet nigdy w życiu nie spożywała żadnego spośród środków odurzających.

W przypadku mężczyzn stwierdzono ,że większość respondentów nie miała kontaktu ze środkami odurzającymi. W przypadku alkoholu 91% respondentów spożyła powyżej pięciu drinków w ciągu ostatniego miesiąca.

W badaniach Chodkiewicza stwierdzono, że spośród badanych studentów tylko 3 kobiety potwierdziły, że nie piją żadnego alkoholu. Badana młodzież studencka w większej części spożywała piwa. W miesiącu, który poprzedzał badanie ponad 50% ankietowanych kobiet oraz ponad 70% mężczyzn piło piwo 3 lub 4 razy i częściej [6,15,35].

Statystycznie istotna różnica między płciami dotyczy także picia wódki, gdzie mężczyźni spożywają większą ilość niż kobiety [20,27,35]. W odniesieniu do picia wina nie zaobserwowano żadnych różnic.

W badaniach Chodkiewicza piwo jest spożywane przez prawie wszystkich studentów, podobnie jak w badaniach własnych. Niewiele mniej, bo 83% ankietowanych piło wino, a 72% wódkę [6,20,35].

W badaniach przeprowadzonych przez Chodkiewicza wśród studentów łódzkich szkół wyższych wykazały, że prawie ¼ badanych wcale nie spożywa wina (zalicza się do tej grupy więcej mężczyzn).

W badaniach własnych wykazano, że niższy odsetek studentów nie spożywa także wina. Kolejna analiza badań własnych dotyczy konsumpcji alkoholu. Wykazano, że studenci UMB spożywają zdecydowanie mniejsze ilości alkoholu niż ich rówieśnicy na innych uczelniach. Z dostępnych badań wynika ,że mężczyzn wypijają jednorazowo większe ilości alkoholu niż kobiety [34,35].

W badaniach Klimberg stwierdzono powszechność picia alkoholu, najczęściej piwa, wśród osób studiujących nauki medyczne. Przy tym spory odsetek studentów pije alkohol w sposób mogący wywołać szkody dla zdrowia. Świadczy o tym częstotliwość spożywania alkoholu, a przede wszystkim duża ilość prowadząca do występowania stanów upojenia, a w konsekwencji nawet utraty przytomności [35, 49].

Najpowszechniejszym powodami sięgania po alkohol to wznoszenie toastów, picie dla towarzystwa oraz dla przyjemności, a także uczczenie jakichś sukcesów, np. zdania egzaminów, poprawy humoru, dla rozluźnienia. Nieliczna młodzież przyznawała się do spożycia alkoholu w celu upicia się oraz zapomnienia o swoim problemie. Środki alkoholowe

często stanowią niezbędny trunek dla poprawy nastroju na imprezach, które przedstawiają się być nudnymi i nieudanymi na trzeźwo. Alkohol więc odgrywa ważną rolę w nawiązaniu kontaktów między studiującymi nauki medyczne [35, 49].

W badaniach własnych wyższy odsetek studentów deklaruje spożywanie piwa w ciągu ostatnich 30dni, bo aż 40% z nich potwierdza wypicie 3-5razy, w takim samym czasie wódkę piło (14%), czy też wina (24%).

Znacznie większe kontrowersje budzi kwestia zażywania narkotyków, szczególnie w Polsce, gdzie w ostatnim czasie toczy się dyskusja na temat legalizacji medycznej marihuany [21,23,31]. Konieczne jest odrębne rozpatrywanie poszczególnych substancji psychoaktywnych, gdyż wiążą się one ze znacznie zróżnicowanymi skutkami. Ogólnie przyjmuje się, że miękkie narkotyki to konopie indyjskie i ich przetwory (m.in. marihuana, haszysz) zaś narkotyki twarde to m. in. kokaina czy amfetamina.

W świetle danych przedstawionych w Europejskim Raporcie Narkotykowym opracowanym w 2016 roku przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) coraz większą rolę odgrywają stymulanty, nowe substancje psychoaktywne, nieprawidłowo stosowane leki oraz używanie konopi indyjskich[10, 23, 27, 31]. Narkotyki używane w Europie stanowią obecnie bardziej zróżnicowaną grupę substancji niż w przeszłości a używanie konopi indyjskich i ich przetworów (marihuany i haszyszu) jest około pięć razy powszechniejsze niż innych substancji [50,51].

Potwierdzają to badania własne, które wykazały spożycie przez respondentów przynajmniej raz w życiu co najmniej jeden z wymienionych środków odurzających, 82% wskazywało marihuanę lub haszysz. Najczęściej zdarzyło się to sporadycznie: 1-2 razy lub też 3-5 razy. Najrzadziej respondenci sięgali po LSD, kleje kokainą, leki nasenne lub sterydy anaboliczne.

Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) przeprowadziło w 2011 roku badania dotyczące postaw dorosłych Polaków wobec narkotyków. Stwierdzono, że tylko 9% respondentów posiadało wiedzę w tym zakresie dotycząca źródła i miejsca zakupu [51].

W naszych badaniach analizowano źródła z których respondenci pozyskiwali środki odurzające. Zdaniem respondentów zazwyczaj był to: pub lub dyskoteka (87%), na ulicy lub w parku (55%) oraz w akademiku (28%). Rzadziej respondenci, którym w przeciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się spożywać środki odurzające nabywali je na prywatnych imprezach lub bezpośrednio w mieszkaniu osoby handlującej narkotykami (8%) [51].

W naszym badaniu analizowano problem marihuany, czy jest ona lekiem czy też narkotykiem. Przeważająca część ankietowanych studentów (68%) uważała, że jest to środek narkotyczny.

Jak wykazała Suwała i współautorzy badani przez nią studenci Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w 38,4% uznali marihuanę za „lekki" narkotyk. Jest to zdecydowanie mniejszy procent niż w naszych badaniach. Różnice te mogą wynikać z mniejszej liczebności grupy badawczej (n=110) w porównaniu do naszej (n=150) oraz z innego kierunku kształcenia ankietowanych. Podobieństwo między własnymi badaniami, a łódzkimi to fakt, że marihuana ponownie stanowi najczęściej używaną substancją psychoaktywną marihuana, której przynajmniej raz w życiu używało 58,3% badanych[31, 52].

## WNIOSKI

1. Stwierdzono, że skala spożywania alkoholu i środków odurzających wśród studentów kierunku Farmacji jest niska.
2. Głównymi powodami sięgania po środki odurzające była chęć zrelaksowania się, wyluzowania, odprężenia, a także w celu przeżycia czegoś niezwykłego.
3. Zdecydowana większość respondentów stwierdziła, że zdobycia środków odurzających jest trudne.

## PIŚMIENNICTWO

1. Woynarowska B. (red.): Edukacja zdrowotna. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
2. Heszen I., Sęk H. (red.): Psychologia zdrowia. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
3. Szczerbiński R., Karczewski J.: Wybrane zachowania zdrowotne studentów Wyższej Szkoły Wychowania Fizycznego i Turystyki w Supraślu- palenie papierosów i spożywanie napojów alkoholowych. Hygeia Public Health 2010; 45(2): 185-188.
4. Siudem A.: Zachowania ryzykowne młodzieży gimnazjalnej. Psychologia Rozwojowa. TWP 2013, 18: 69-85.
5. Imacka J., Bulsa M.: Ryzykowne zachowania seksualne młodzieży jako czynnik zwiększający ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową. Hygeia Public Health 2012; 47(3): 272-276.

6. Jarczyńska J., (red.): Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe młodzieży. Teoria. Diagnoza. Profilaktyka. Terapia. Bydgoszcz, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, 2014.
7. Gullone E., Moore S., Moss S., Boyd C.: The Adolescent Risk-Talking Questionnaire: Development and Psychometric Evaluation. Journal of Adolescent Research 2000; 15: 231-250.
8. Jaros A., Jaros R.: Czynniki ryzyka i czynniki chroniące związane z zachowaniami problemowymi- przegląd badań przeprowadzonych w Polsce [w:] Zapobieganie wykluczeniu z systemu edukacji dzieci i młodzieży nieprzystosowanej społecznie. Perspektywa pedagogiczna. Kowalska J.E. (red.). Łódź, Wydawnictwo UŁ, 2014; 103-115.
9. Hair E. C., Park M. J., Ling T.J. i wsp.: Risky behaviors in late adolescence: Co-occurence, predicators, and consequences .Journal of Adolescent Health 2009; 45(3): 253-261.
10. Chodkiewicz J.: Temperament a zażywanie narkotyków przez młodzież licealną [w:] Zachowania zdrowotne i szkodliwe dla zdrowia. Ogińska-Bulik N. R. (red.). Łódź, Wyd. Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna, 2010: 36-78.
11. Gaś Z. (red.): Profilaktyka w szkole. Warszawa, WSiP, 2006.
12. Namysłowska I.: Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce - stan rozwoju opieki psychiatrycznej i zadania na przyszłość. Postępy Nauk Medycznych 2013; 1: 4-9.
13. Baranowska A. S.: Zachowania ryzykowne młodzieży. Health and Sport 2016; 6(6): 517-530.
14. Ostrowska K. (red.): Psychologia resocjalizacyjna. W kierunku nowej specjalności psychologii. Warszawa, Wydawnictwo PWN, 2008.
15. Woynarowska B., Oblacińska A.: Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne. Studia BAS, 2014; 2(38): 41-64.
16. GUS: Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku. Warszawa, Wydawnictwo GUS, 2011.
17. GUS: Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 roku. Kraków, Wydawnictwo GUS, 2011.
18. Mazur J., Małkowska-Szkutnik A. (red.): Wyniki badań HSBC 2010. Raport techniczny. Warszawa, Wyd. Instytut Matki i Dziecka, 2011.
19. Kawula S.(red.): Kształty rodziny współczesnej. Szkice familiologiczne. Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek, 2005.

20. Makara-Studzińska M., Morylowska J.: Rodzina a zachowania ryzykowne młodzieży. Roczniki Teologiczne 2007; 54(10), 59-70.
21. Ulman P.: Społeczne i rodzinne uwarunkowania uzależnień u dzieci i młodzieży. Kwartalnik Naukowy 2011; 4(8): 73-86.
22. Slany K. (red.): Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie. Kraków, Wydawnictwo Nomos, 2008.
23. Moneta-Malewska M. (red.): Zagrożenie Narkotyki w szkole i w domu. Warszawa, Wydawnictwo Pax, 2006.
24. Hołyst B.(red.): Kryminologia. Warszawa, PWN, 2009.
25. Szafraniec K.(red.): Młodzi 2011. Warszawa, Wydawnictwo Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, 2011.
26. Litzke S. M.(red.): Schuch H. Stres, mobbing i wypalenie zawodowe. Gdańsk, Wydawnictwo GWP, 2007.
27. Zawadzki R.(red.): Stres- sztuka życia. Warszawa, WSiP, 2007.
28. Schroder J.P., Blank R. (red.): Zarządzanie stresem. Jak rozpoznawać sytuacje stresowe i im przeciwdziałać. Warszawa, Wydawnictwo PAN, 2008.
29. Kokociński M.(red.): Rola grupy rówieśniczej w procesie socjalizacji młodzieży. Poznań, Wydawnictwo WSKiZ, 2011.
30. Climati C.(red.): Ekstremalne zabawy młodych: moda, hobby i pragnienie przekraczania wszelkich granic. Kielce, Wydawnictwo Jedność, 2007.
31. Jurek L.(red.): Dopalacze, narkotyki. Niewinny początek. Rybnik, Wydawnictwo Śląskie Centrum Wyd. Handlowe Lexdruk, 2010.
32. Lubelska A.: Ryzykowne zachowania seksualne i „bug chasing" w kontekście zagrożenia HIV/AIDS. Pedagogika Społeczna 2010; 2: 137-158.
33. Gawron-Skarbek A., Nowacka A., Łaszek M., Szatko F.: Negatywne wzorce zachowań studentów. Część IV. Zachowania seksualne sprzyjające zakażeniom. Problemy Higieniczno Epidemiologiczne 2011; 92(3): 474-481.
34. Łaszek M., Nowacka E., Szatko F.: Negatywne wzorce zachowań studentów. Część I. Konsumpcja alkoholu i stosowanie substancji psychoaktywnych. Problemy Higieniczno Epidemiologiczne 2011; 92(1): 114-119.
35. Chodkiewicz J.: Picie alkoholu oraz wiedza o jego działaniu wśród studentów łódzkich szkół wyższych. Alkoholizm i Narkomania 2006; 19: 107-119.

36. Reguska A.: Rola wartości moralnych w procesie wychowania. Studia nad Rodziną, 2013; 17(32): 143-150.
37. Majchrzyk Z.: Osobowe i patologiczne wyznaczniki tożsamości - prawo do odmienności w społeczeństwie postmodernistycznym [w:] Tożsamość osobowa dewiantów a ich reintegracja społeczna, cz. I. Kieszkowska A. (red.). Wyd. Impuls, Kraków 2011: 31-68.
38. Maslow A.(red.): Motywacja i osobowość. Warszawa, Wydawnictwo PWN, 2006.
39. Świda-Ziemba H.: Niektóre symptomy moralnej anomii społeczeństwa polskiego. Nauka 2010; 3: 68-73.
40. Szafraniec K. (red.): Młodzież jako problem i jako wyzwanie ponowoczesności. Z prac Socjologii Edukacji i Młodzieży PTS. Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek, 2011.
41. Kozak S. (red.): Patologie społeczne wśród dzieci i młodzieży: leczenie i profilaktyka. Warszawa, Wydawnictwo Difin, 2007.
42. Kruk W., Hubert-Lutecka A., Zając K., Cichocka I.: Palenie tytoniu przez studentów – skala problemu. Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu 2014; 20(4): 433–438.
43. Ostaszewski K. Bobrowski K. Borucka A. Okulicz-Kozaryn K.., Pisarska A., Raduj J., Biechowska D.: Monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie 2012. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2013.
44. Kanicka M., Krupicka A., Krysińska M., Lewkowicz M., Manias S., Kowalska A., Szpak A.: Wiedza i postawy studentów kierunku Zdrowie Publiczne Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku dotycząca nikotynizmu. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2010; 91(1): 164-168.
45. Szczęch B., Dyzmann-Sroka A., Kubiak A., Trojanowski M., Malicki J.: Analiza świadomości zdrowotnych skutków palenia tytoniu wśród wybranych grup społecznych. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2014; 95: 871-879.
46. Książek J., Korczyńska J., Terech S.: Problem nikotynizmu w aspekcie profilaktyki raka płuca wśród studentów gdańskich uczelni. Medycyna Rodzinna, 2013; 4: 137-142.
47. Pietras T., Witusik A. (red.): Zespół uzależnienia od nikotyny- ujęcie interdyscyplinarne. Wrocław, Wydawnictwo Conlinuo, 2011.
48. PARPA 2014: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych: Wyniki badań Studenci 2000. http://www.parpa.pl/index.php/art/858-wyniki-badan-studenci-2000 (data dostępu 14.04.2020).

49. Klimberg A., Marcinkowski J.T., Przybylski J.: Konsumpcja alkoholu i innych środków psychoaktywnych wśród studentów poszczególnych kierunków uniwersyteckich studiów medycznych. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2010; 90(1): 47-54.
50. Europejski raport narkotykowy. Tendencje i osiągnięcia, 2016; 10-52.
51. Załęski M.: Postawy wobec narkotyków. Centrum Badań Opinii Społecznych, 2011; 89: 4-8.
52. Suwała M., Gerstenkorn A., Szewczyk A.: Czynniki kształtujące opinię o legalizacji marihuany w Polsce w grupie studentów kierunku o profilu medycznym i technicznym. Przegląd Lekarski, 2015; 10: 536-539.

# Postawy młodzieży akademickiej wobec zagrożeń związanych z nadużywaniem środków psychoaktywnych i alkoholu na Uczelni Wyższej

**Marta Ciborowska[1], Krystyna Kowalczuk [2]**

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo , Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

## WPROWADZENIE

Badania epidemiologiczne przeprowadzone w Polsce i w Europie w latach 1995-2007 w ramach projektu European School Survey Projecton Alcohol and Drugs (ESPAD) wykazały, że uzależnienia stanowią duży problem w życiu młodzieży, jak również, że młodzież posiada dużą wiedzę odnośnie przyjmowania środków psychoaktywnych i ich oddziaływania na organizm [1]. Kolejne badanie przeprowadzone w Polsce w roku 2006 wykazało, że zażywanie środków psychoaktywnych to nie tylko problem młodzieży, ale też i osób dorosłych. Stwierdzono, że najbardziej powszechnymi środkami uzależniającymi były: przetwory konopi, amfetamina i ekstazy [1-7].

Z badań statystycznych przeprowadzonych w Polsce wynika, że zagrożenie narkomanią dotyczy zachodniej części kraju, województw: lubuskiego, dolnośląskiego i zachodniopomorskiego [1].

Współcześnie szacuje się, że alkohol i tytoń są bardziej szkodliwe niż marihuana. W Polsce trwają badania nad dopuszczeniem marihuany do leczenia wybranych schorzeń [2]. Nie zmienia to faktu, że Polska jest krajem, gdzie posiadanie niewielkiej ilości marihuany jest przestępstwem [2].

Alkohol stanowi trzeci, główny czynnik ryzyka zagrażający zdrowiu w krajach wysokorozwiniętych, w tym Polski [2].

Według danych statystycznych z lat 2012/2013, zgony spowodowane zażywaniem marihuany są równe zeru, opiatami - umiera ok. 300 osób rocznie, przedawkowaniem NLPZ dostępnymi bez recepty - ok. 3 000 osób rocznie, alkoholem ok. 30 000 osób rocznie [2].

Przemysł narkotykowy jest bardzo rozbudowany i przynoszący jedną piątą światowych wpływów z działalności przestępczej. W Europie przychody wynoszą 0,1-0,6% Produktu Krajowego Brutto (PKB). Wartość detaliczna rynku narkotykowego w UE wyniosła w 2013 r. około 24 mld euro, z czego udział na rynku konopi indyjskich jest największy i stanowi 38% całości; następna jest heroina (28%) i kokaina (24%). Konsekwencje istnienia rynku narkotykowego są ogromne i sięgają dalej niż szkody bezpośrednio związane ze stosowaniem powyższych substancji [3- 15].

## CEL PRACY

Celem pracy było:

1. Poznanie opinii studentów Wydziału Lekarskiego na temat zagrożeń wynikających z używania środków odurzających.
2. Sprawdzenie, czy zażywanie środków psychoaktywnych stanowi problem w środowisku studenckim.
3. Poznanie opinii studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku na temat zaangażowania uczelni w kampanie przeciwko używania środków odurzających.
4. Poznanie opinii studentów na temat wyciągania konsekwencji wobec osób zażywających środki odurzające na terenie uczelni.

## MATERIAŁ I METODYKA

Badanie zostało przeprowadzone po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej R-I-002/112/2016, w okresie od 30.01.2016 - 30.06.2016r. na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku.

Objęło ono losowo 180 studentów sześciu roczników na kierunku Lekarskim Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Badanie zostało zrealizowane metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem anonimowego kwestionariusza ankiety, opracowanego i udostępnionego przez Agencję Badawczą PBS DGA Sp. z o. o. Sopot. Ankieta składała się z dwóch części, w której pierwsza część zawierała 40 pytań i służyła sprawdzeniu wiedzy respondentów oraz opinii młodzieży na temat nadużywania środków psychoaktywnych i alkoholu. Druga część, tzw.

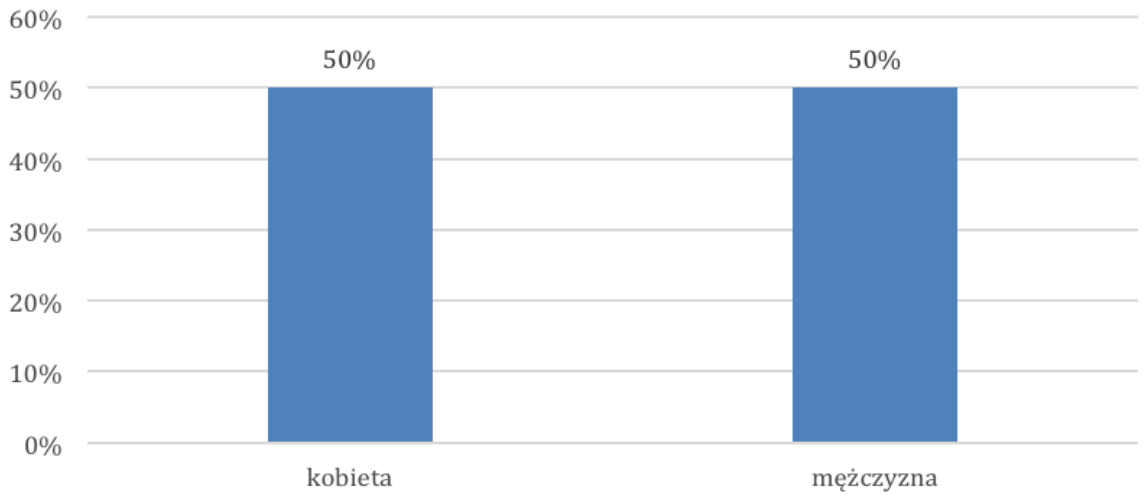
"metryczka" składała się z 13 pytań i obejmowała ona pytania dotyczące danych osobowych ankietowanych, tj. płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie oraz sytuacja materialna zarówno respondenta, jak i jego rodziców.

Uzyskane informacje z ankiety poddano analizie, wyniki przedstawiono w formie opisowej, jak i graficznej w postaci danych liczbowych oraz procentowych. W pracy do obliczeń statystycznych wykorzystany został program Microsoft Excel.

## WYNIKI BADAŃ

### Charakterystyka badanej grupy

Grupę badaną stanowili studenci Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. W ankiecie wzięło udział 180 respondentów, w tym 90 kobiet (co stanowiło 50% wszystkich ankietowanych) oraz 90 mężczyzn (również 50% ankietowanych) (Rycina 1).

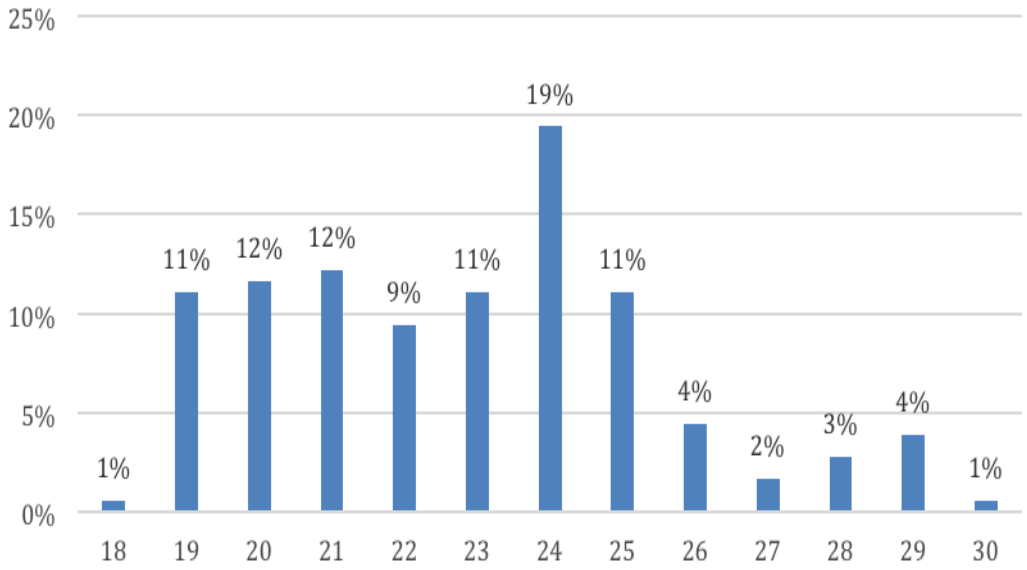



**Rycina 1. Płeć ankietowanych**

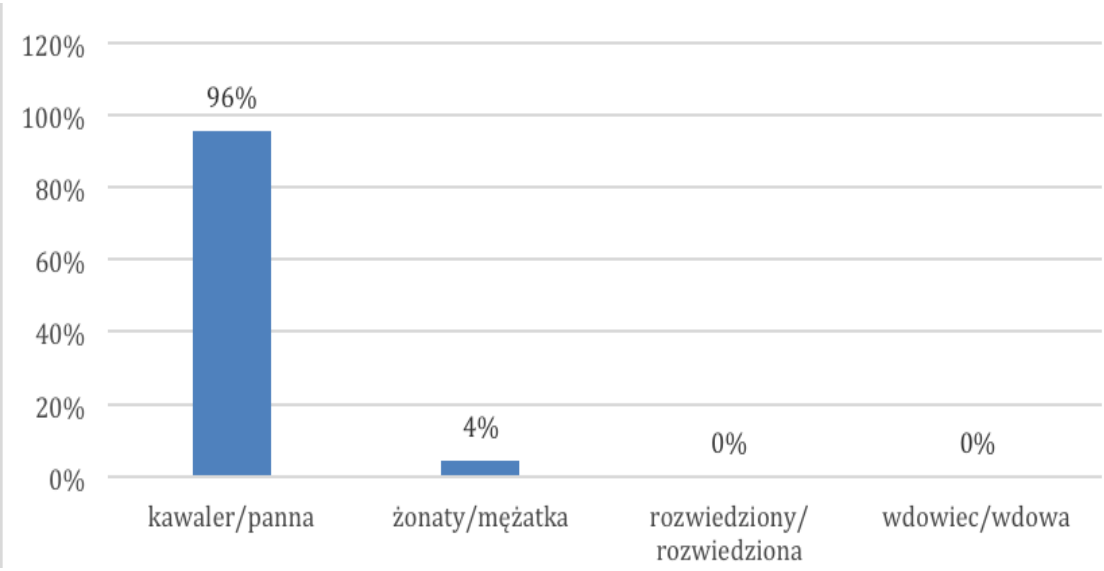
Najliczniejszą grupę stanowili respondenci w wieku 24 lat (19%). Najmniej liczną grupą byli ankietowani posiadający 18 lat oraz 30 lat (odpowiednio po 1%) (Rycina 2).

Przeważająca większość ankietowanych to ludzie niezamężni, 96% ogółu stanowią kawalerowie oraz panny. Wśród ankietowanych nie było żadnych wdów/wdowców ani rozwodników. Pozostałe 4% respondentów stanowiły osoby zamężne (Rycina 3).

Większość ankietowanych (96% ogółu) nie posiada dzieci. Wśród respondentów nie było żadnej osoby posiadającej 3 lub więcej dzieci. Jedno dziecko posiada 2% badanych, zaś dwoje 3% ankietowanych (Rycina 4).




**Rycina 2. Wiek ankietowanych**

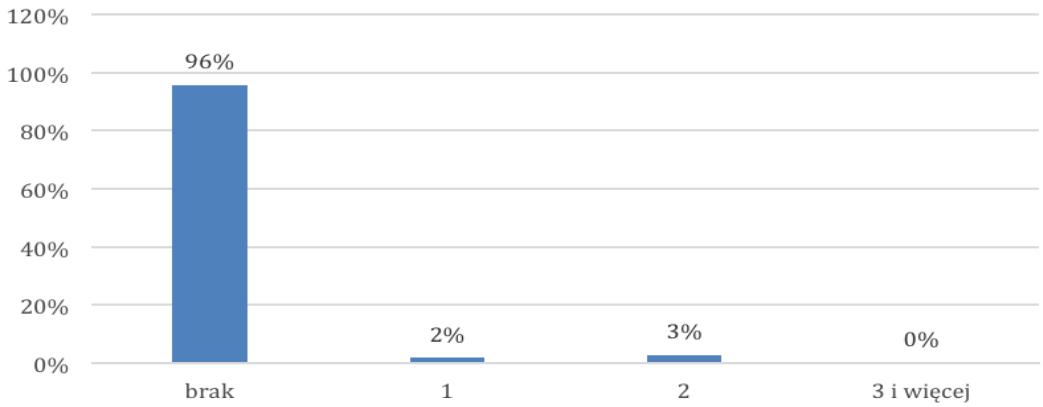



**Rycina 3. Stan cywilny ankietowanych**

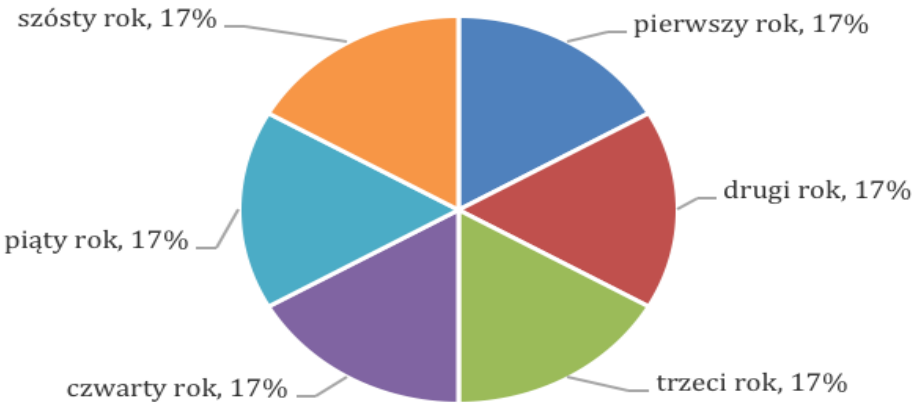
Z danych przedstawionych na Rycinie 5 wynika, że w ankiecie brała udział taka sama liczba ankietowanych ze wszystkich roczników studiów (każda z grup stanowiła 17% ogółu).

Wszyscy ankietowani (100%) studiują w trybie dziennym (Rycina 6).

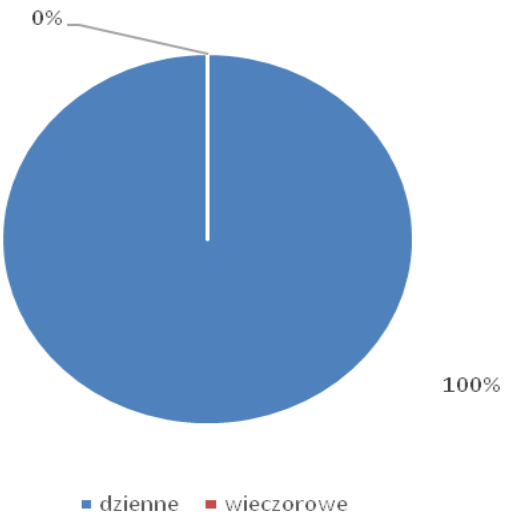
Niemal wszyscy ankietowani otrzymują stypendium socjalne – odpowiedzi takiej udzieliło aż 91% wszystkich respondentów, pozostałe 9% nie otrzymuje stypendium socjalnego (Rycina 7).



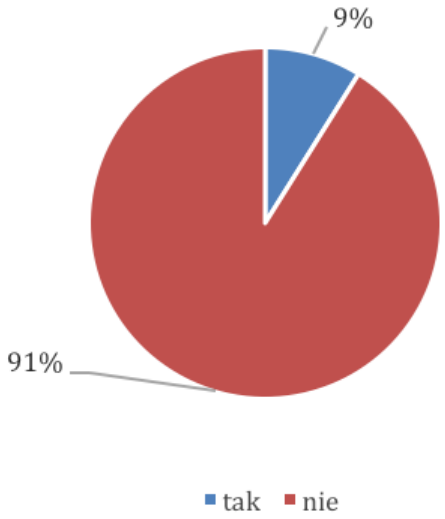

**Rycina 4. Dzieci posiadane przez respondentów**




**Rycina 5. Rok studiów respondentów**

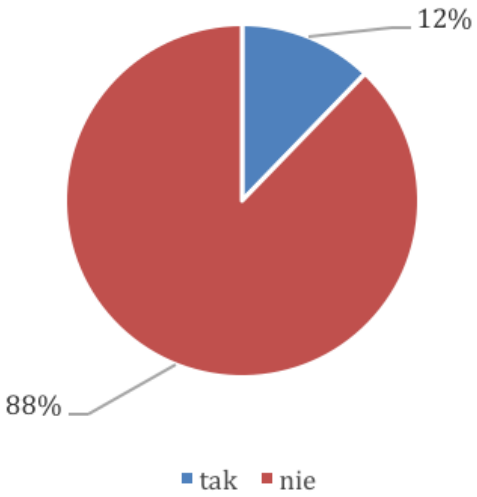



**Rycina 6. Tryb studiów ankietowanych**




**Rycina 7. Stypendia socjalne otrzymywane przez studentów**

Większość studentów (88%) nie otrzymuje stypendium naukowego (Rycina 8).

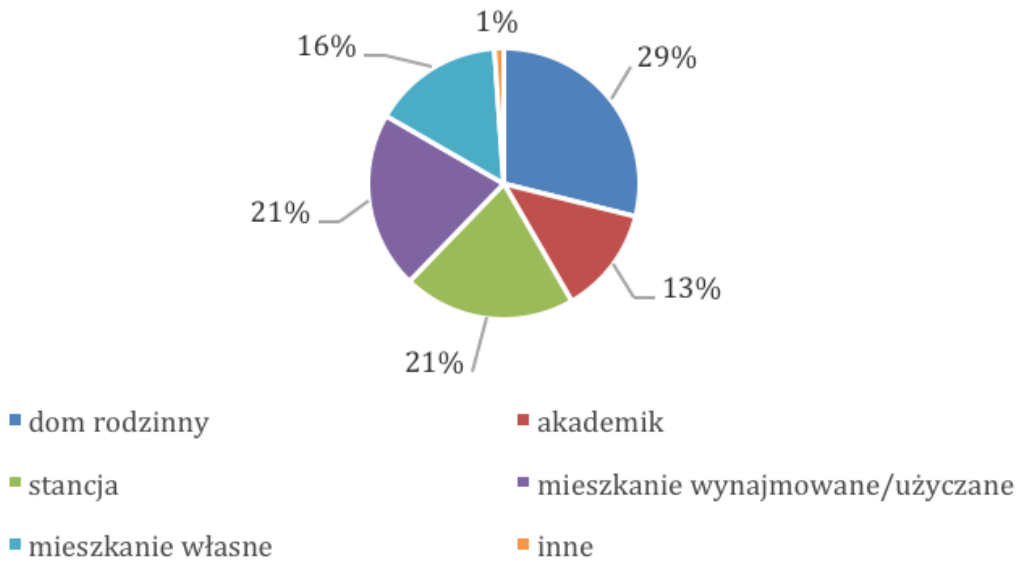



**Rycina 8. Stypendium naukowe otrzymywane przez ankietowanych**

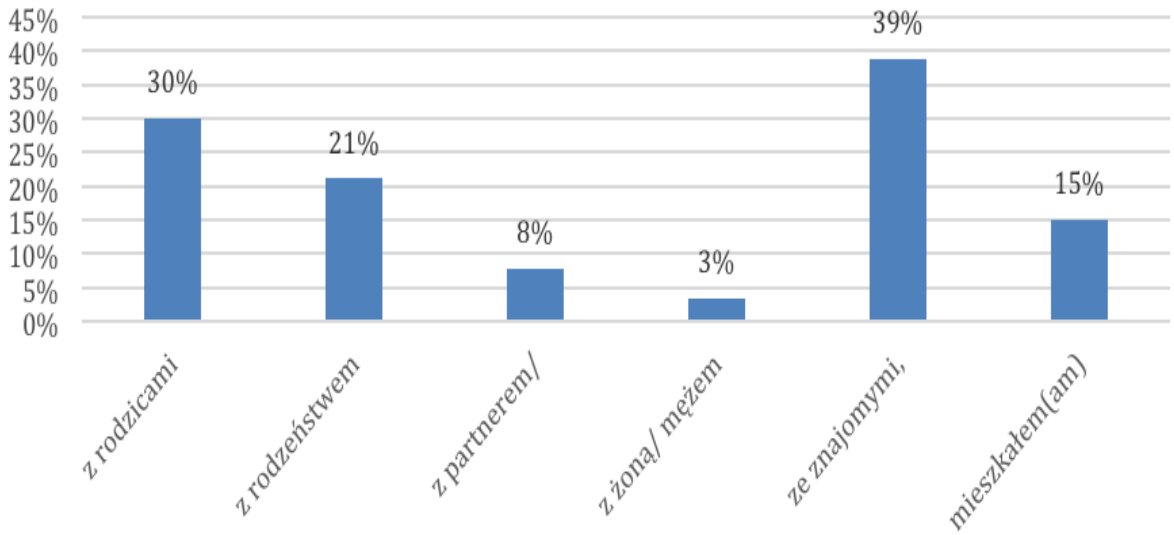
Większość ankietowanych zamieszkuje dom rodzinny (29% ogółu) oraz stancję i mieszkanie wynajmowane/użyczane (odpowiednio po 21% wszystkich respondentów (Rycina 9).

Kolejne pytanie ankiety miało na celu określenie, z kim mieszkają respondenci. Uzyskane wyniki świadczą, iż większość respondentów zamieszkuje ze znajomymi (39% wszystkich odpowiedzi) lub z rodzicami (30% wskazań). Najmniej odpowiedzi sugerowało

wspólne mieszkanie studentów z żoną lub mężem – odpowiedzi takiej udzieliło jedynie 3% badanych (Rycina 10).

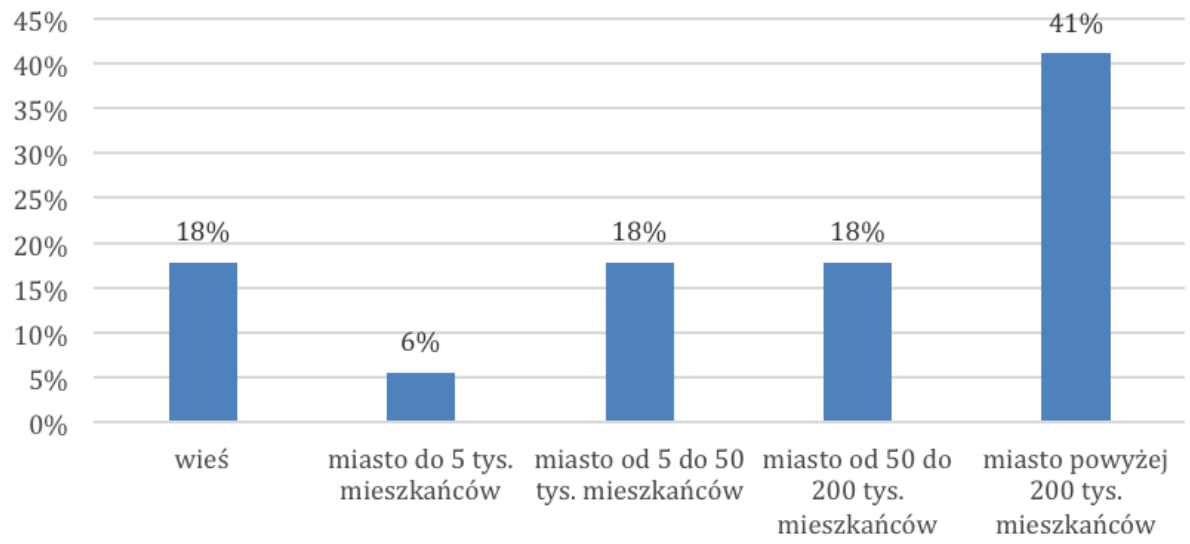



**Rycina 9. Miejsce zamieszkania ankietowanych**

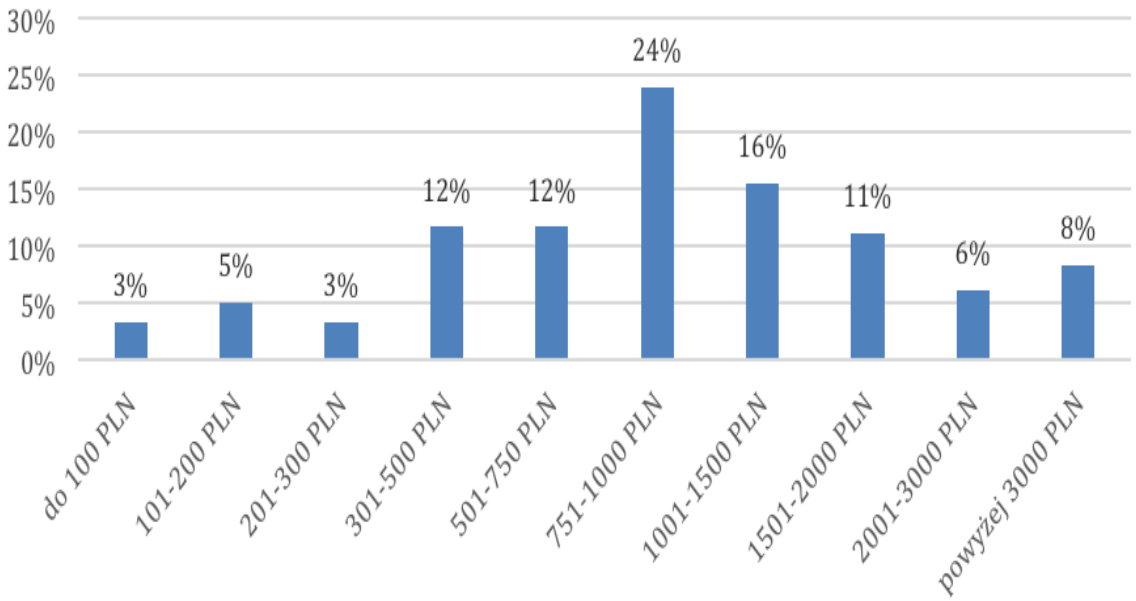



**Rycina 10. Zamieszkanie respondentów w trakcie studiów**

Z danych przedstawionych na Rycinie 11.wynika, że większość studentów mieszka w mieście powyżej 200 tys. mieszkańców (41% badanych), zaś najmniej liczną grupę stanowili badani z miast do 5 tys. mieszkańców (6% ogółu).



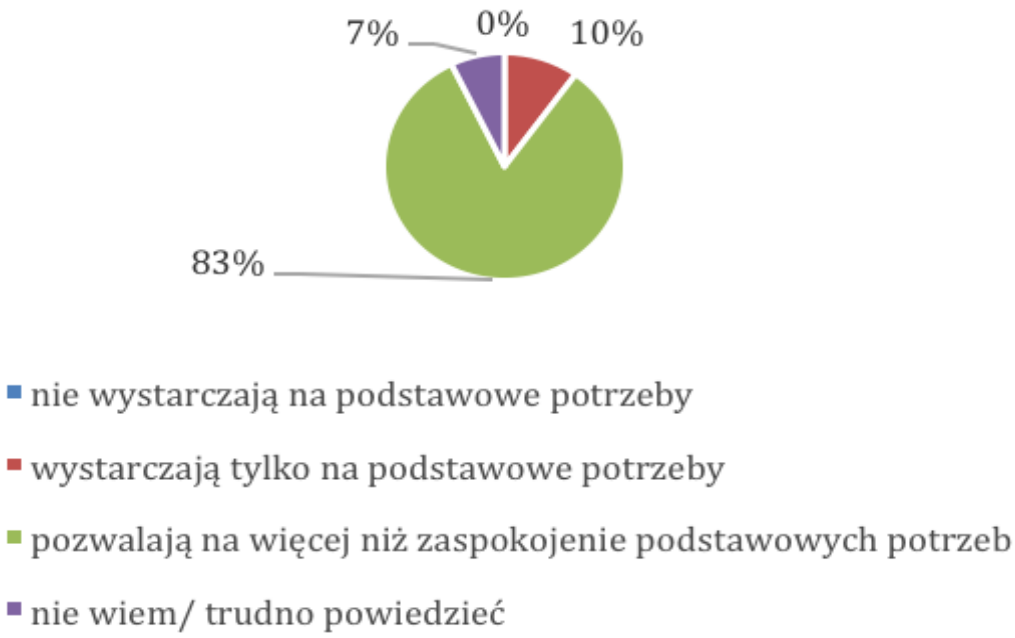

**Rycina 11. Miejsce zamieszkania ankietowanych**



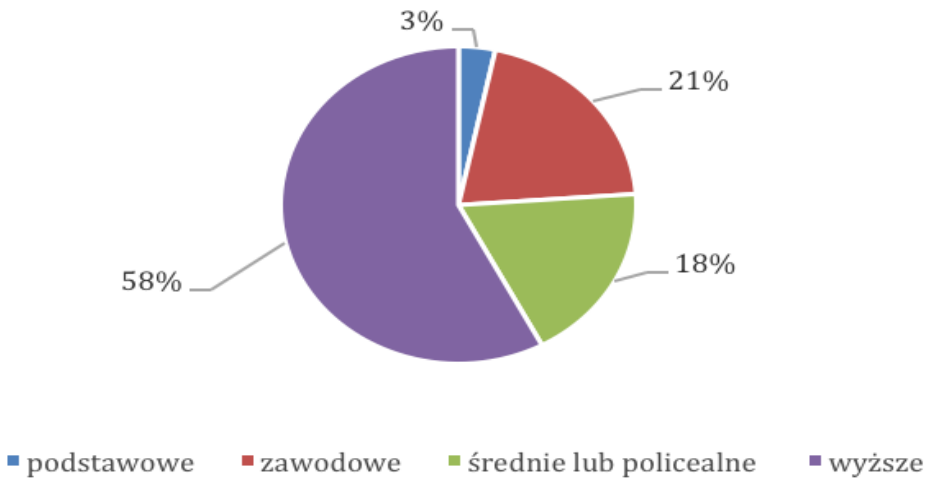

**Rycina 12. Średnie dochody respondentów**

Najwięcej studentów posiada średnie miesięczne dochody mieszczące się w przedziale od 751 do 1000 zł (24% badanych). Najmniejsza liczba ankietowanych charakteryzuje się dochodami poniżej 100 zł (3%) oraz z przedziału od 201 do 300 zł (również 3%) (Rycina 12).

Analizując Rycinę 13 można stwierdzić, iż w przypadku zdecydowanej większości rodziców lub opiekunów, ich zarobki pozwalają na więcej niż zaspokojenie podstawowych potrzeb (83% badanych). Nikt nie wskazał odpowiedzi mówiącej o braku wystarczających środków, aby spełnić podstawowe potrzeby.



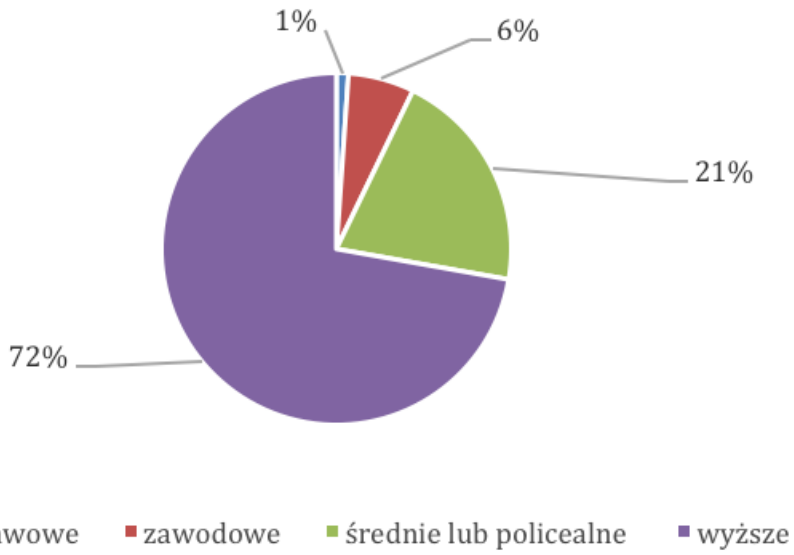

**Rycina 13. Dochody rodziców lub opiekunów ankietowanych**




**Rycina 14. Wykształcenie ojca ankietowanych**

Większość ankietowanych posiada ojca z wykształceniem wyższym – 58% wszystkich wskazań lub zawodowe – 21% badanych. Najmniej ankietowanych posiada ojca z wykształceniem podstawowym, stanowi to 3% ogółu (Rycina 14).

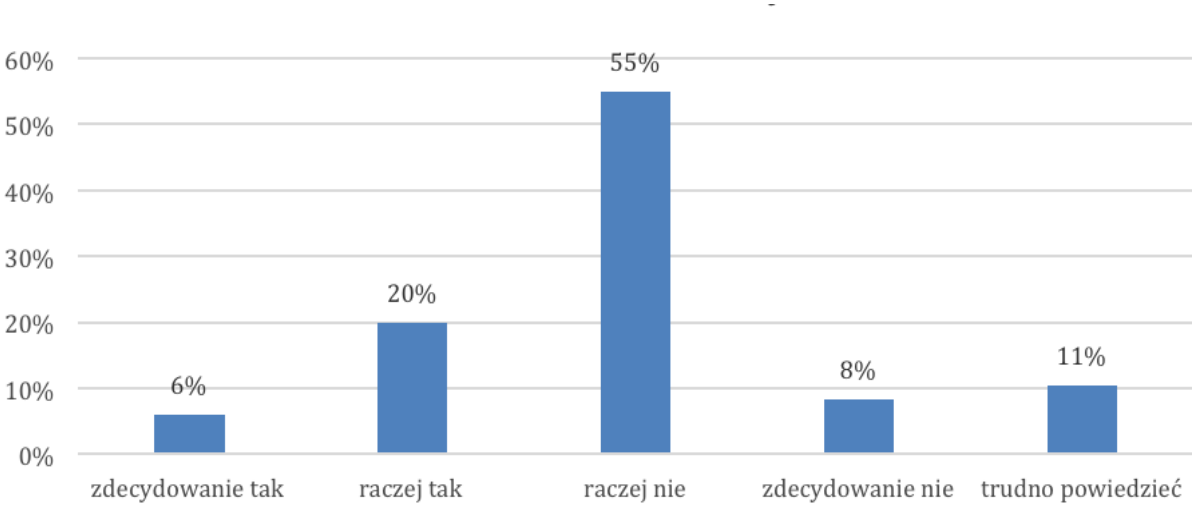
Zdecydowana większość ankietowanych posiada matki z wykształceniem wyższym – 72% wszystkich wskazań. Zaledwie 1% badanych wskazało, że ich matki mają wykształcenie podstawowe (Rycina 15).




**Rycina 15. Wykształcenie matki ankietowanych**

## Opinia respondentów na temat przyjmowania środków odurzających

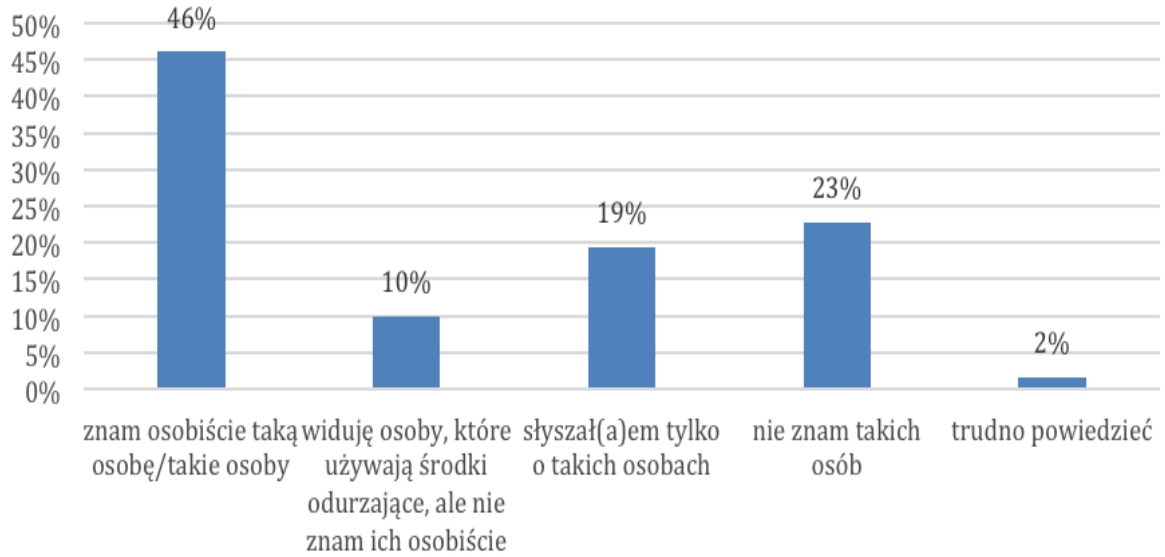
Respondenci zostali poproszeni o udzielenie odpowiedzi na pytanie i określenie, czy zjawisko używania środków odurzających stanowi poważny problem w życiu studenckim (Rycina 16). Ponad połowa ankietowanych (55% wszystkich wskazań) jest zdania, że środki odurzające raczej nie stanowią poważnego problemu wśród studentów.




**Rycina 16. Czy według ankietowanych spożywanie środków odurzających stanowi poważny problem wśród studentów**

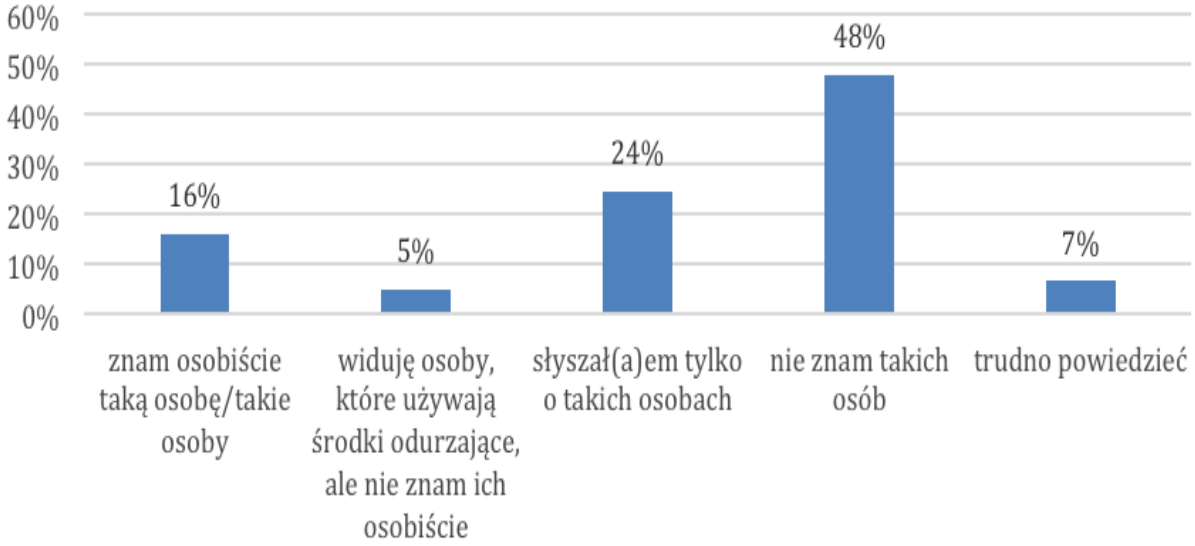
Większość ankietowanych (46%) zna osobiście co najmniej jedną osobę, która używa środków odurzających, kolejno 10% widuje takie osoby, jednak nie zna ich osobiście. Tylko

wzmianki o osobach używających środki odurzające słyszało kolejne 19% badanych, zaś 23% respondentów nie zna takich osób (Rycina 17).



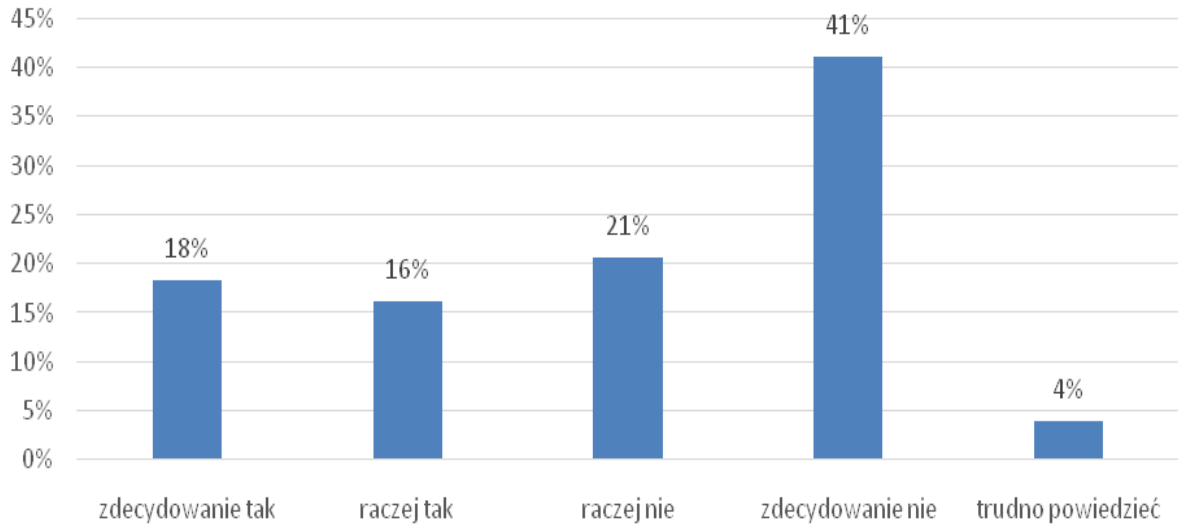

**Rycina 17. Kontakt ankietowanych ze studentami używającymi środków odurzających**

Większość ankietowanych (48%) nie zna żadnej osoby, która używałaby środków odurzających w trakcie nauki do egzaminu lub kolokwium. Osobiście takie osoby zna 16% spośród wszystkich ankietowanych, kolejne 5% widuje takie osoby, jednak nie zna ich osobiście, zaś 24% jedynie słyszało o takich osobach (Rycina 18).




**Rycina 18. Kontakt ankietowanych ze studentami używającymi środków odurzających w trakcie nauki**

Przeważająca część respondentów (41%) nigdy nie miała ochoty spróbować któregokolwiek ze środków odurzających. Odpowiedzi „zdecydowanie tak" udzieliło 18% badanych, zaś kolejne 16% odpowiedziało „tak" (Rycina 19).



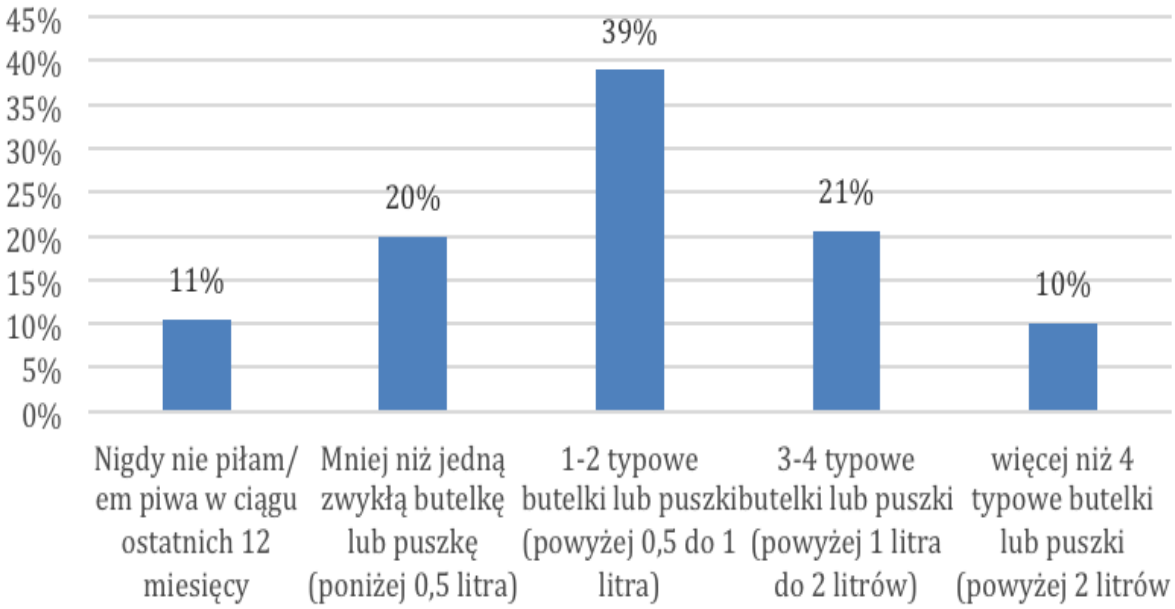

**Rycina 19. Chęć spróbowania przez ankietowanych środków odurzających**

Kolejne pytanie ankiety miało na celu określenie, jak często studenci spożywają napoje alkoholowe (Rycina 20).




**Rycina 20. Częstość spożywania przez ankietowanych napoi alkoholowych w ciągu ostatnich 12 miesięcy**
*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

W trakcie pojedynczej okazji większość ankietowanych spożywała od jednej do dwóch butelek lub puszek piwa (39% badanych) lub od trzech do czterech typowych butelek, lub puszek (21% ogółu). Ponadto, 11% respondentów w ogóle nie spożywała piwa w ciągu ostatnich 12 miesięcy (Rycina 21).



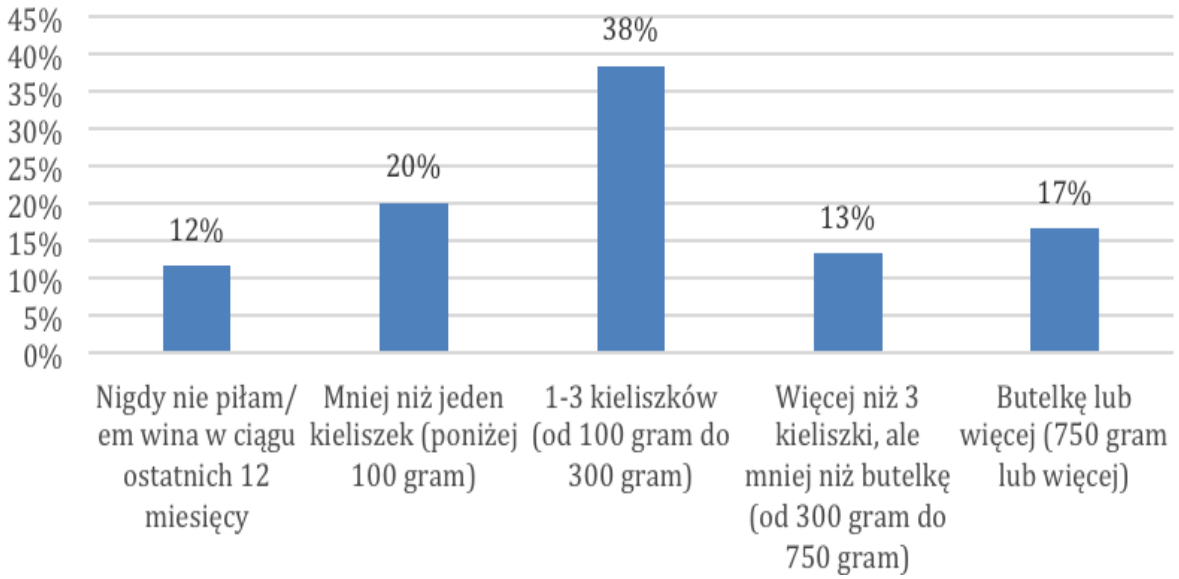

**Rycina 21. Ilość spożywanego przez ankietowanych piwa w ciągu ostatnich 12 miesięcy przy jednej okazji**

W trakcie pojedynczej okazji większość ankietowanych spożywała od jednego do trzech kieliszków wina (38% badanych) lub mniej niż jeden kieliszek wina (20% ogółu). Ponadto, 12% respondentów w ogóle nie spożywała wina w ciągu ostatnich 12 miesięcy (Rycina 22).

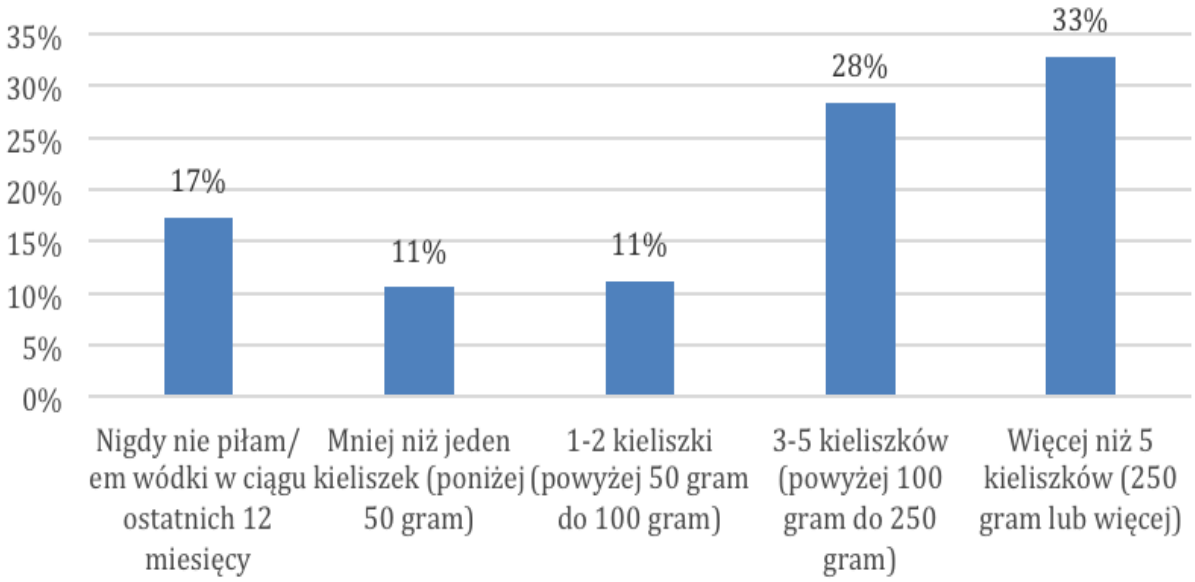
W trakcie pojedynczej okazji większość ankietowanych spożywała powyżej 5 kieliszków wódki (33% badanych) lub od trzech do pięciu kieliszków wódki (28% ogółu). Ponadto, 17% respondentów w ogóle nie spożywała wódki w ciągu ostatnich 12 miesięcy (Rycina 23).

W ciągu ostatnich 30 dni najliczniejszą grupę w przypadku wszystkich typów alkoholi stanowiły osoby, które nie spożywały alkoholu - 36% ankietowanych nie spożywała piwa, 48% badanych nie spożywała wina, zaś 53% nie spożywała w tym okresie wódki (Rycina 24).

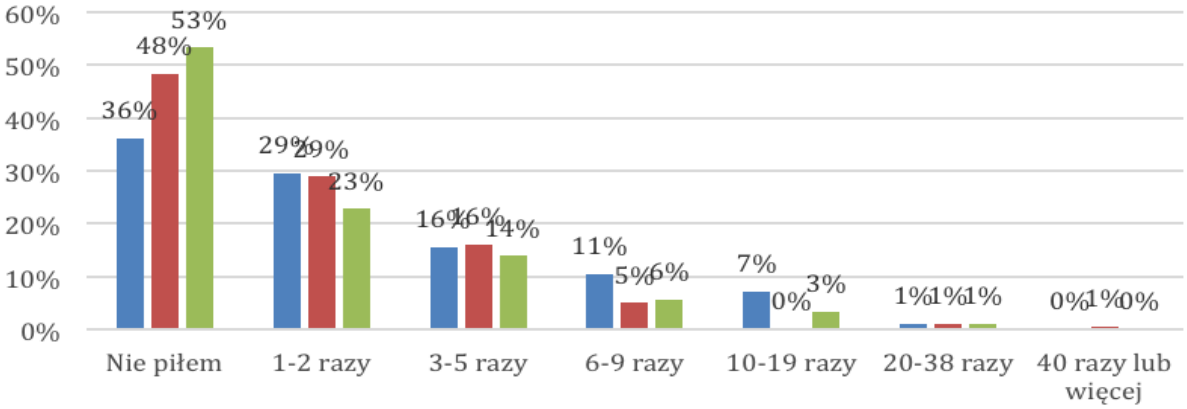
Większość badanych w ciągu ostatnich 30 dni ani razu nie miała okazji do spożycia pięciu lub większej liczby drinków z rzędu (47% ogółu). Zaledwie 2% respondentów spożywało taką ilość alkoholu 10 lub więcej razy w ciągu ostatnich 30 dni, zaś kolejne 6% spożywało od sześciu do dziewięciu razy (Rycina 25).



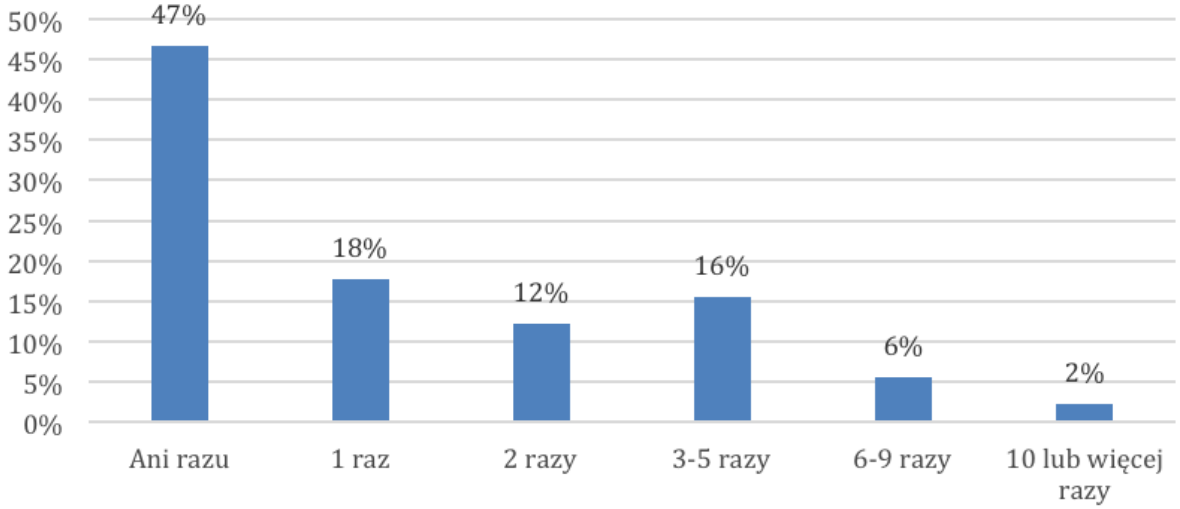

**Rycina 22. Ilość spożywanego przez ankietowanych wina w ciągu ostatnich 12 miesięcy przy jednej okazji**




**Rycina 23. Ilość spożywanej przez ankietowanych wódki w ciągu ostatnich 12 miesięcy przy jednej okazji**




**Rycina 24. Liczba spożywania napojów alkoholowych w trakcie ostatnich 30 dni**
*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi




**Rycina 25. Liczba okazji do spożycia pięciu lub więcej drinków na raz w ciągu ostatnich 30 dni**

W Tabeli I zaprezentowana została częstość odpowiedzi udzielanych przez ankietowanych studentów na pytanie dotyczące ilości używania przez nich poszczególnych środków odurzających. Na tej podstawie można twierdzić, iż większość ankietowanych nigdy nie spożywała środków odurzających. Jedynie 11% używało 1 lub 2 razy marihuanę czy haszysz, 13% od 3 do 5 razy. W przypadku pozostałych środków odurzających, ponad 90% wszystkich badanych nigdy w życiu nie używała takiego środka.

Większość ankietowanych jest zdania, że pozyskanie poszczególnych środków odurzających nie jest trudne. W przypadku marihuany aż 34% uznaje, iż jest to dość łatwe, zaś kolejne 23%, że jest to łatwe. Szczegółowe odpowiedzi na to pytanie prezentuje poniższa Tabela II.

**Tabela I. Częstość spożywania poszczególnych środków odurzających przez ankietowanych**

| | kleje, rozpuszczalniki i inne substancje wziewne | marihuana lub haszysz | amfetamina (speed) | Ecstasy | LSD | grzyby halucynogenne | Crack | heroina (w tym „brown sugar" ) | tzw. polska heroina, „kompot" | kokaina | sterydy anaboliczne | wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające bez wskazań medycznych | inny środek |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nigdy** | 99% | 63% | 95% | 97% | 96% | 99% | 99% | 99% | 99% | 98% | 99% | 95% | 98% |
| **1-2 razy** | 1% | 11% | 2% | 2% | 2% | 1% | 0% | 0% | 1% | 1% | 0% | 2% | 1% |
| **3-5 razy** | 0% | 13% | 2% | 1% | 1% | 0% | 0% | 1% | 0% | 1% | 0% | 1% | 1% |
| **6-9 razy** | 1% | 4% | 0% | 1% | 1% | 1% | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% | 0% |
| **10-19 razy** | 0% | 3% | 0% | 0% | 1% | 0% | 1% | 0% | 0% | 0% | 0% | 2% | 1% |
| **20-38 razy** | 0% | 1% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% | 0% |
| **40 razy lub więcej** | 0% | 4% | 1% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% |
| **średni wiek** | 18,5 | 17,77 | 19,56 | 19,67 | 19,86 | 20,50 | 20,00 | 21,00 | 22,00 | 18,80 | 20,00 | 18,22 | 20,00 |

*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Kolejne pytanie dotyczyło tego, ile czasu potrzebowaliby studenci na to, aby zdobyć poszczególne środki odurzające.

W przypadku marihuany większość badanych (34%) stwierdziło, iż potrzebowaliby na ten cel kilka dni.

Jeśli chodzi o mocniejsze środki narkotyczne większość badanych jest zdania, iż w ogóle nie byłaby w stanie ich zdobyć – takiej odpowiedzi w przypadku amfetaminy udzieliło 30% badanych, w przypadku ecstasy 33%.

Szczegółowe wyniki zaprezentowane są w Tabeli III.

Większość ankietowanych w ciągu ostatnich miesięcy nie kontaktowała się z nikim, kto miał dostęp do środków odurzających (71% badanych), zaś 89% nie częstowało nikogo środkami odurzającymi.

Aż 94% nie sprzedawało nikomu środków odurzających (Tabela IV).

**Tabela II. Łatwość zdobycia poszczególnych środków odurzających**

| | marihuana lub haszysz | amfetamina amfetamina (speed) | ecstasy | LSD | grzyby halucynogenne | crack | heroina (w tym „brown sugar" ) | tzw. polska heroina, „kompot" | kokaina | sterydy anaboliczne | wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające bez wskazań medycznych | inny środek |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Niemożliwe** | 12% | 14% | 15% | 15 % | 16% | 17% | 18% | 19% | 18% | 16% | 13% | 21% |
| **Bardzo trudne** | 6% | 18% | 17% | 19 % | 20% | 22% | 21% | 19% | 19% | 13% | 12% | 16% |
| **Dosyć trudne** | 9% | 17% | 19% | 19 % | 19% | 18% | 18% | 17% | 17% | 14% | 16% | 9% |
| **Dosyć łatwe** | 34% | 16% | 12% | 9% | 7% | 6% | 6% | 7% | 9% | 16% | 22% | 13% |
| **Bardzo łatwe** | 23% | 5% | 4% | 6% | 6% | 3% | 4% | 3% | 5% | 7% | 11% | 7% |
| **Nie wiem** | 16% | 30% | 33% | 32 % | 32% | 33% | 33% | 34% | 32% | 33% | 27% | 34% |

*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

**Tabela III. Skuteczność zdobycia poszczególnych środków odurzających**

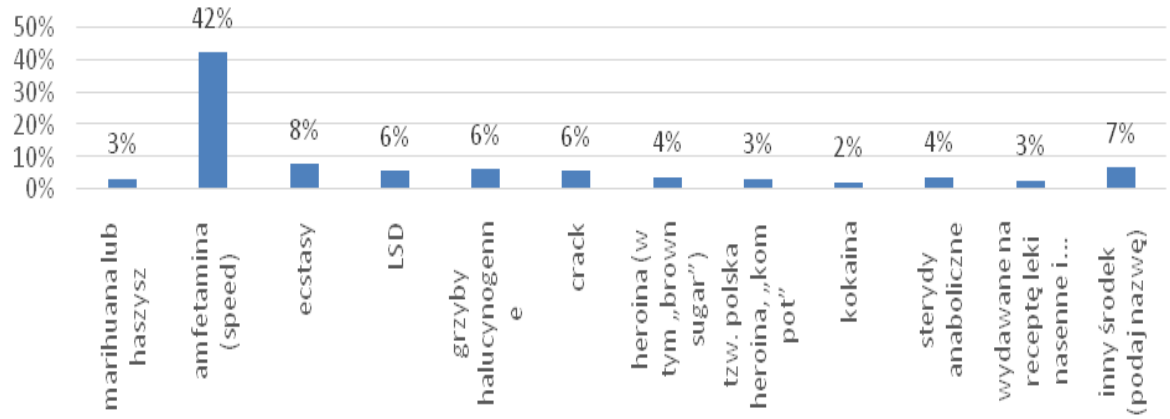
| | marihuana lub haszysz | amfetamina (speed) | ecstasy | LSD | grzyby halucynogenne | Crack | heroina (w tym „brown sugar" ) | tzw. polska heroina, „kompot" | kokaina | sterydy anaboliczne | wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające bez wskazań medycznych | inny środek |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Jedną godzinę lub mniej** | 12% | 14% | 15% | 15% | 16% | 17% | 18% | 19% | 18% | 16% | 13% | 21% |
| **kilka godzin** | 6% | 18% | 17% | 19% | 20% | 22% | 21% | 19% | 19% | 13% | 12% | 16% |
| **jeden dzień** | 9% | 17% | 19% | 19% | 19% | 18% | 18% | 17% | 17% | 14% | 16% | 9% |
| **kilka dni** | 34% | 16% | 12% | 9% | 7% | 6% | 6% | 7% | 9% | 16% | 22% | 13% |
| **Tydzień lub więcej** | 23% | 5% | 4% | 6% | 6% | 3% | 4% | 3% | 5% | 7% | 11% | 7% |
| **w ogóle nie mógł bym/abym zdobyć** | 16% | 30% | 33% | 32% | 32% | 33% | 33% | 34% | 32% | 33% | 27% | 34% |
| **Nie wiem** | 33% | 57% | 58% | 59% | 59% | 62% | 63% | 64% | 64% | 62% | 53% | 63% |

*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

**Tabela IV. Czy zdarzyło Ci się w ciągu ostatnich 12 miesięcy mieć kontakt ze środkami odurzającymi lub osobami je rozprowadzającymi?**

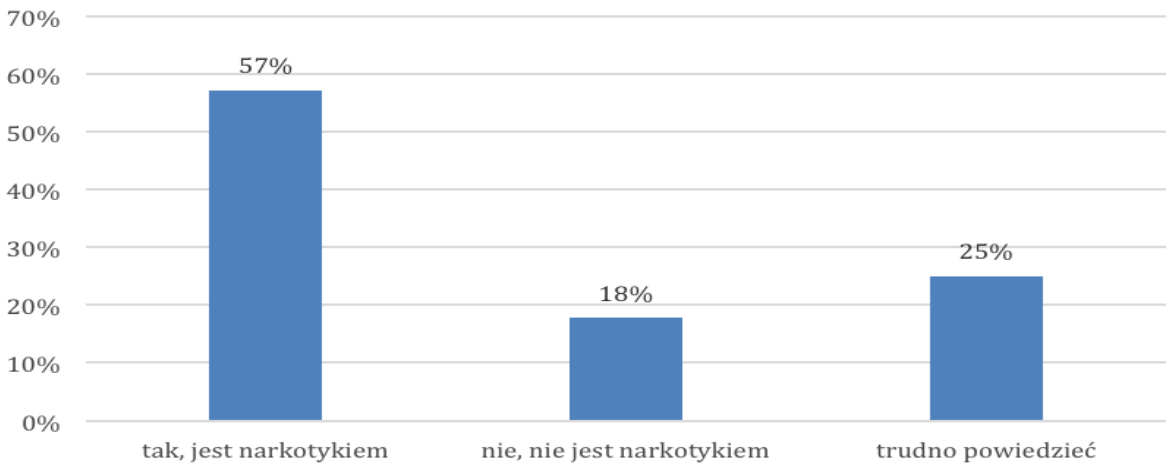
| | skontaktowałeś/aś kogoś z osobą, która miała dostęp do środków odurzających | częstowałeś/aś kogoś środkiem odurzającym | sprzedawałeś/aś komuś środek odurzający |
|---|---|---|---|
| **tak** | 21% | 7% | 2% |
| **nie** | 71% | 89% | 94% |
| **nie pamiętam** | 8% | 4% | 4% |

*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi




**Rycina 26. Sytuacje, w których respondentom były proponowane środki odurzające**
*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Z danych przedstawionych na Rycinie 27 wynika, iż większość badanych (57%) uznaje marihuanę za narkotyk. Jedynie 18% nie uważa jej za narkotyk.




**Rycina 27. Czy marihuana jest narkotykiem - opinia respondentów**

Z danych przedstawionych w Tabeli V wynika, że większość badanych uważa, że marihuana jest uzależniająca (42%). Podobnie w przypadku amfetaminy (79%), ecstasy (72%), heroiny (84%).

**Tabela V. Uzależniające właściwości poszczególnych narkotyków**

| | Marihuana | amfetamina (speed) | Ecstasy | heroina (w tym „brown sugar") | Tytoń | Alcohol | Kawa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **zdecydowanie tak** | 42% | 79% | 72% | 84% | 77% | 64% | 38% |
| **raczej tak** | 29% | 18% | 19% | 11% | 18% | 26% | 39% |
| **raczej nie** | 15% | 1% | 4% | 1% | 2% | 6% | 13% |
| **zdecydowanie nie** | 5% | 1% | 2% | 2% | 1% | 3% | 6% |
| **trudno powiedzieć** | 8% | 1% | 2% | 1% | 3% | 2% | 4% |

*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Z danych przedstawionych w Tabeli VI wynika, że respondenci nie potrafili udzielić jednoznacznej odpowiedzi.

**Tabela VI. Czy środki odurzające powinny być w Polsce legalne?**

| | Marihuana | amfetamina (speed) | heroina (w tym „brown sugar") |
|---|---|---|---|
| **zdecydowanie tak** | 19% | 5% | 4% |
| **raczej tak** | 25% | 4% | 3% |
| **raczej nie** | 22% | 16% | 13% |
| **zdecydowanie nie** | 22% | 72% | 77% |
| **trudno powiedzieć** | 12% | 3% | 3% |

*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Z danych przedstawionych w Tabeli VII można stwierdzić, że zdecydowana większość badanych studentów jest zdania, iż w związku z używaniem środków odurzających osoby takie szkodzą swojemu zdrowiu – osoby takie dużo ryzykują.

Z danych przedstawionych w Tabeli VIII wynika, że większość ankietowanych potępiłaby spożywanie narkotyków.

**Tabela VII. Czy ludzie używający środki odurzające szkodzą sobie według opinii**

| Czy ludzie używający środki odurzające szkodzą sobie według opinii studentów | zdecydowanie potępił | raczej potępił | raczej nie potępił | zdecydowanie nie potepił | Trudno powiedzieć |
|---|---|---|---|---|---|
| **Palą papierosy od czasu do czasu** | 4% | 24% | 47% | 20% | 4% |
| **Palą jedną lub więcej paczek papierosów dziennie** | 1% | 3% | 8% | 84% | 3% |
| **Wypijają jeden lub dwa "drinki" prawie codziennie** | 3% | 11% | 26% | 56% | 4% |
| **Wypijają cztery lub pięć" drinków" prawie codziennie** | 1% | 3% | 9% | 83% | 4% |
| **Wypijają pięć lub więcej "drinków" 1 raz lub 2 razy w ciągu każdego weekendu** | 3% | 16% | 34% | 43% | 4% |
| **Próbują marihuany lub haszyszu 1 raz lub 2 razy w życiu** | 21% | 39% | 17% | 19% | 4% |
| **Palą marihuanę lub haszysz od czasu do czasu** | 8% | 21% | 32% | 36% | 4% |
| **Palą marihuanę lub haszysz regularnie** | 1% | 8% | 19% | 66% | 6% |
| **Próbują ecstasy 1 raz lub 2 razy w życiu** | 3% | 17% | 26% | 47% | 7% |
| **Używają ecstasy regularnie** | 2% | 2% | 14% | 77% | 6% |
| **Próbują heroiny 1 raz lub 2 razy w życiu** | 1% | 8% | 22% | 63% | 6% |
| **Używają heroiny regularnie** | 1% | 2% | 8% | 84% | 4% |
| **Próbują kokainy lub crack 1 raz lub 2 razy w życiu** | 2% | 8% | 20% | 63% | 7% |
| **Używają kokainy lub crack regularnie** | 0% | 3% | 7% | 85% | 6% |
| **Próbują amfetaminy 1 raz lub 2 razy w życiu** | 2% | 5% | 20% | 66% | 7% |
| **Używają amfetaminy regularnie** | 1% | 2% | 6% | 87% | 5% |
| **Zażywają regularnie leki uspokajające i nasenne bez wskazań lekarskich** | 1% | 3% | 16% | 72% | 8% |

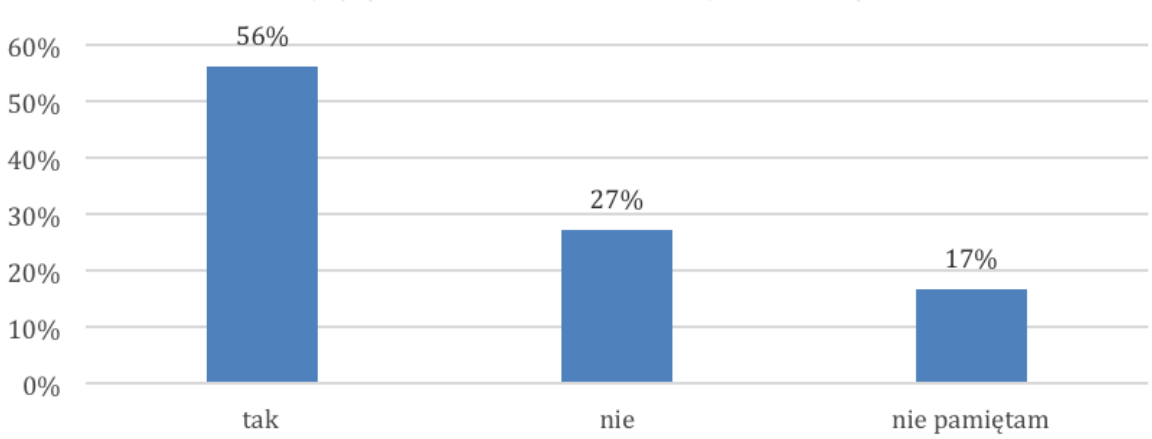
*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedz

**Tabela VIII. Potępienie przez studentów używania środków odurzających**

| | zdecydowanie potępił | raczej potępił | raczej nie potępił | zdecydowanie nie potępił | trudno powiedzieć |
|---|---|---|---|---|---|
| **palenie papierosów od czasu do czasu** | 21% | 21% | 26% | 26% | 7% |
| **wypalanie co najmniej paczki papierosów dziennie** | 51% | 24% | 14% | 7% | 4% |
| **picie alkohol raz-dwa razy na rok** | 8% | 4% | 16% | 70% | 2% |
| **picie alkoholu kilka razy w miesiącu** | 6% | 9% | 33% | 48% | 3% |
| **picie alkoholu codziennie lub prawie codziennie** | 44% | 35% | 13% | 6% | 3% |
| **upijanie się od czasu do czasu** | 21% | 19% | 39% | 18% | 3% |
| **upijanie się codziennie lub prawie codziennie** | 70% | 17% | 4% | 6% | 3% |
| **spróbowanie marihuany lub haszyszu raz-dwa razy** | 24% | 14% | 28% | 28% | 6% |
| **palenie marihuany lub haszysz od czasu do czasu** | 32% | 22% | 24% | 16% | 6% |
| **palenie marihuany lub haszyszu codziennie/prawie codziennie** | 66% | 19% | 7% | 4% | 4% |
| **spróbowanie amfetaminy raz-dwa razy** | 56% | 20% | 12% | 7% | 6% |
| **używanie amfetaminy od czasu do czasu** | 71% | 14% | 6% | 4% | 4% |
| **używanie amfetaminy codziennie/prawie codziennie** | 80% | 8% | 4% | 4% | 4% |
| **spróbowanie heroiny raz-dwa razy** | 64% | 17% | 8% | 6% | 4% |
| **używanie heroiny od czasu do czasu** | 75% | 13% | 5% | 3% | 4% |
| **używanie hecodziennie/prawie** | 81% | 9% | 4% | 3% | 3% |

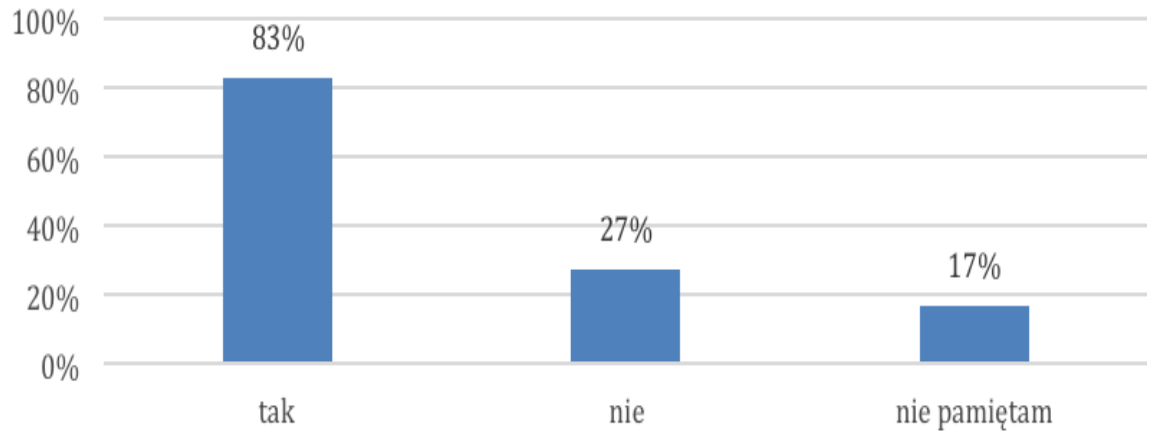
*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Większość badanych uznało, że rodzice rozmawiali z nimi na tematy dotyczące skutków używania środków odurzających – odpowiedzi takiej udzieliło 56% badanych. Jedynie 27% studentów nie rozmawiało na ten temat z rodzicami (Rycina 28).




**Rycina 28. Rozmowy z rodzicami na temat konsekwencji używania środków odurzających**

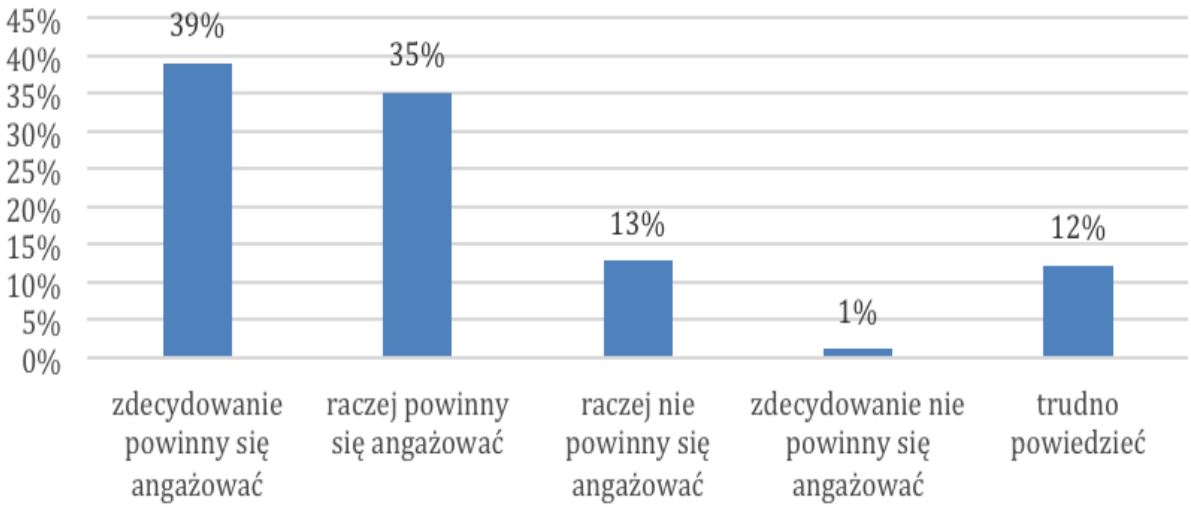
Z danych przedstawionych na Rycinie 29 wynika, że w szkole średniej – 83% badanych uzyskało informacje na temat środków odurzających.



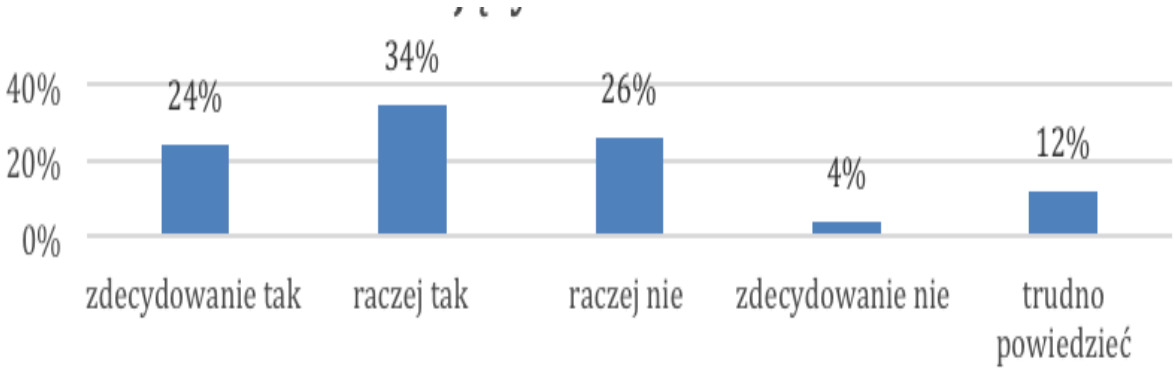

**Rycina 29. Rozmowy w szkole na temat konsekwencji używania środków odurzających**

Większość badanych jest zdania, że uczelnie wyższe powinny angażować się w kampanie informacyjne dotyczące środków odurzających i ich konsekwencji (Rycina 30).

Aż 24% badanych jest zdania, iż zdecydowanie potrzebne są na uczelniach wyższych punkty, gdzie można byłoby pozyskać informacje i pomoc, jeśli ma się problem ze środkami odurzającymi lub alkoholem (Rycina 31).




**Rycina 30. Konieczność informacji na uczelniach o środków odurzających**




**Rycina 31. Konieczność istnienia na uczelniach wyższych punktów informacyjnych o środkach odurzających**

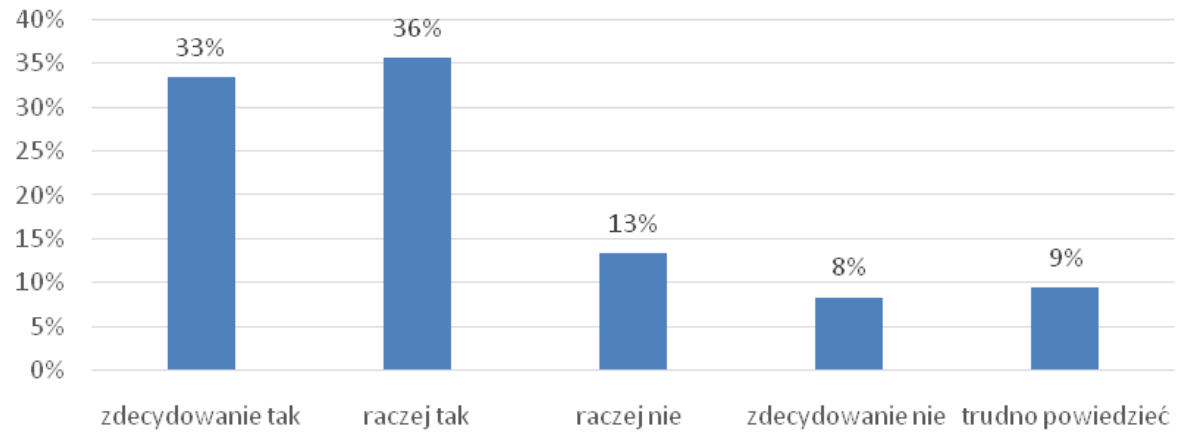
Większość ankietowanych jest zdania, iż władze uczelni raczej powinny mieć możliwość wyciągania konsekwencji w stosunku do osób, które zażywały środki odurzające na terenie uczelni.

Wyniki obrazuje Rycina 32.

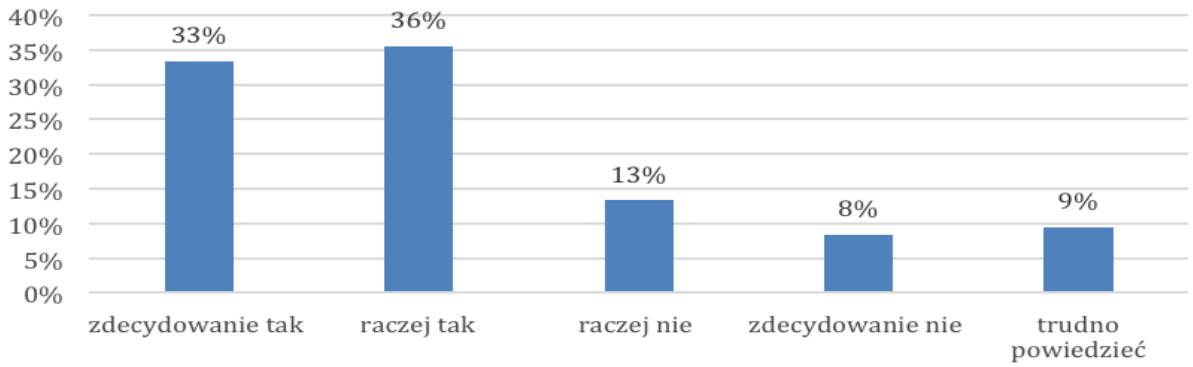
Większość studentów uznaje, iż uczelnia powinna mieć prawo do skreślenia z listy studentów osób, które sprzedawały lub rozdawały na terenie uczelni środki odurzające – odpowiedzi zdecydowanie tak udzieliło 33% badanych, zaś raczej tak kolejne 36%.

Wyniki obrazuje Rycina 33.

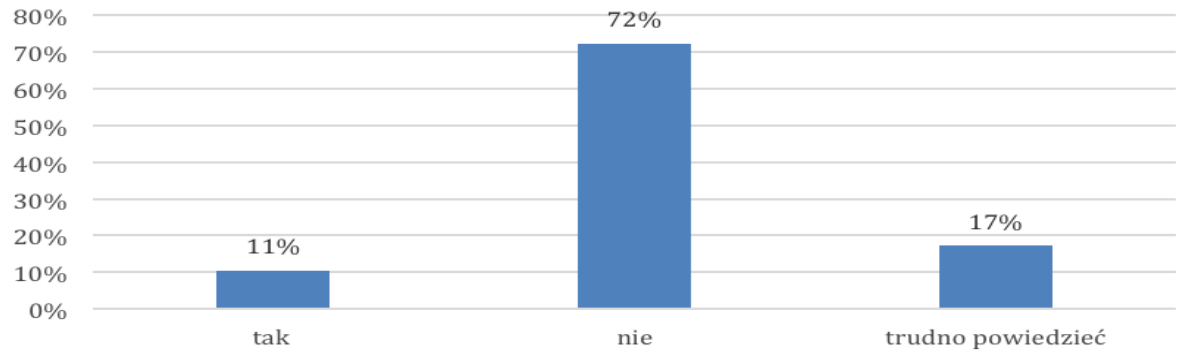
Z danych przedstawionych na Rycinie 34 wynika, iż 72% respondentów w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie miało kontaktu z żadną akcją mającą na celu zapobieganie używania środków odurzających.




**Rycina 32. Czy władze uczelni powinny mieć prawo wyciągania konsekwencji wobec osób zażywających środków odurzających**

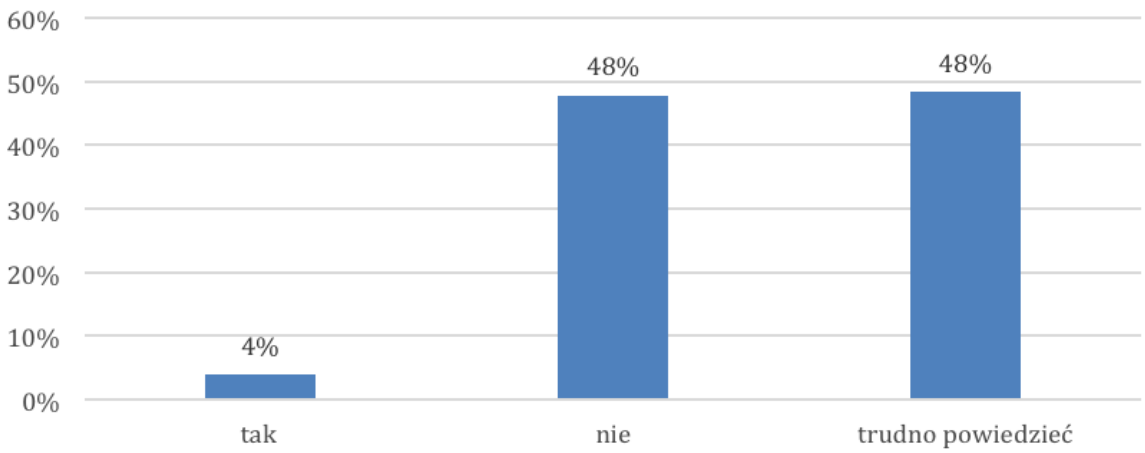



**Rycina 33. Możliwość skreślenia z listy studentów przez środki odurzające**




**Rycina 34. Kontakt ze środkami odurzającymi na uczelni**

Z danych przedstawionych na Rycinie 35 można stwierdzić, że na większości uczelni (48%) nie istnieje punkt, w którym udzielane są informacje i pomoc osobom mającym problem ze środkami odurzającymi lub alkoholem.

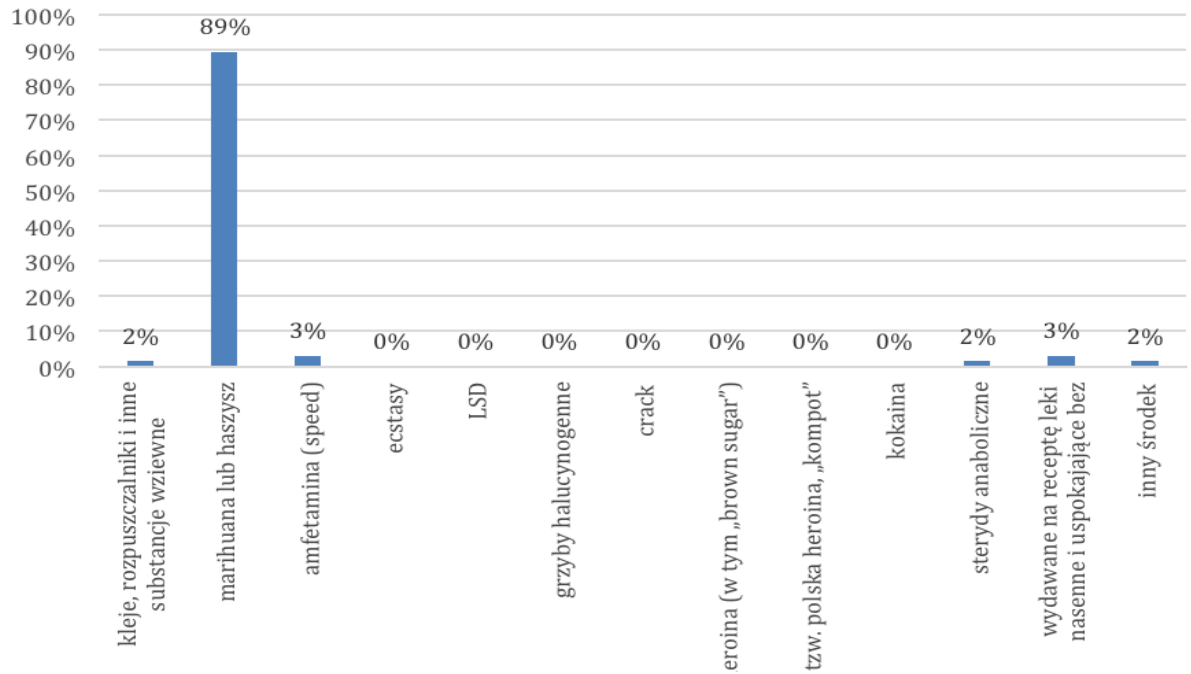



**Rycina 35. Obecność punktu informacyjnego na temat środków odurzających na uczelni**

## Opinia respondentów, którzy mieli kontakt z substancjami odurzającymi

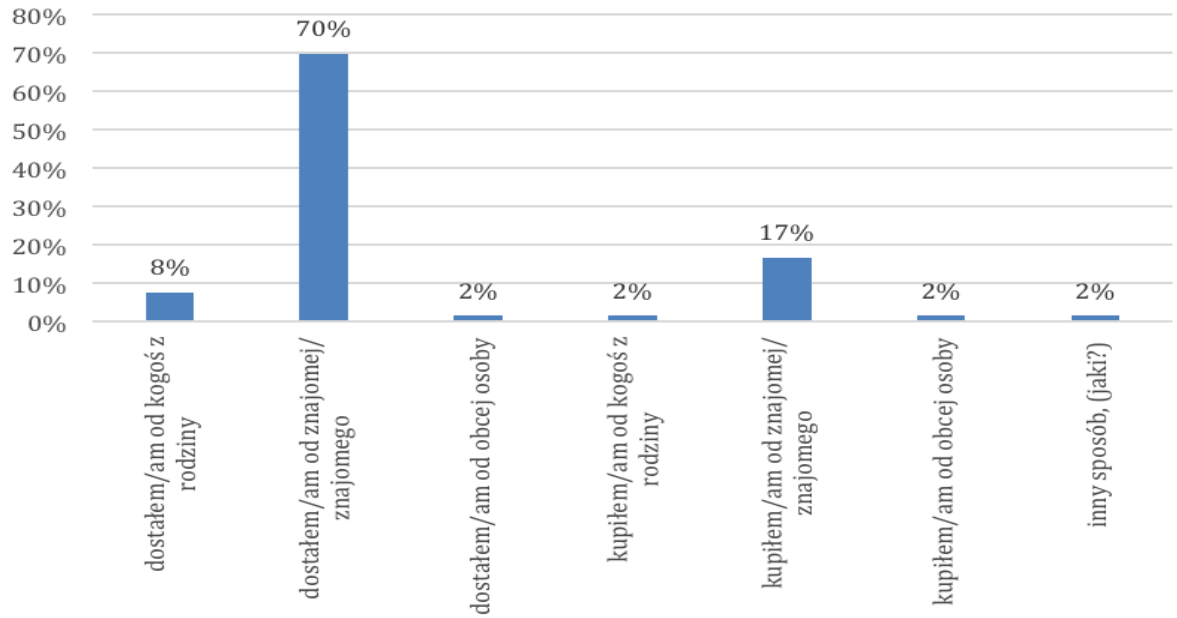
W dalszej części analizy statystycznej uwzględniono tylko osoby które miały kontakt z substancjami odurzającymi i obejmuje ona N = 50 respondentów.

W przypadku większości ankietowanych, pierwszym środkiem odurzającym, jakiego mieli okazję spróbować była marihuana lub haszysz (89%). Inne środki odurzające cieszyły się dużo mniejszym zainteresowaniem (około 2-3% wskazań) (Rycina 36).




**Rycina 36. Pierwszy środek odurzający próbowany przez badanych**
*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Większość badanych studentów jako źródło pierwszego pozyskania środków odurzających wskazuje znajomych (70%), kolejne 17% twierdzi, iż zakupiło je od znajomych (Rycina 37).




**Rycina 37. Sposób zdobycia pierwszego środka odurzającego przez badanych**
*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

W ciągu ostatnich 12 miesięcy niemal wszyscy ankietowani orzekli, iż nie mieli okazji spożywać żadnych środków odurzających.

W przypadku marihuany lub haszyszu odsetek badanych, którzy w tym okresie ani razu nie używali tego środka wynosił 81%, zaś najwięcej badanych wskazało odpowiedź sugerującą, iż używali ją od 1 do 2 razy w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

W przypadku pozostałych środków odurzających odsetek respondentów, którzy nie używali środków przekraczał 96%.

Szczegóły dotyczące odpowiedzi na to pytanie ankiety zaprezentowane są w Tabeli IX.

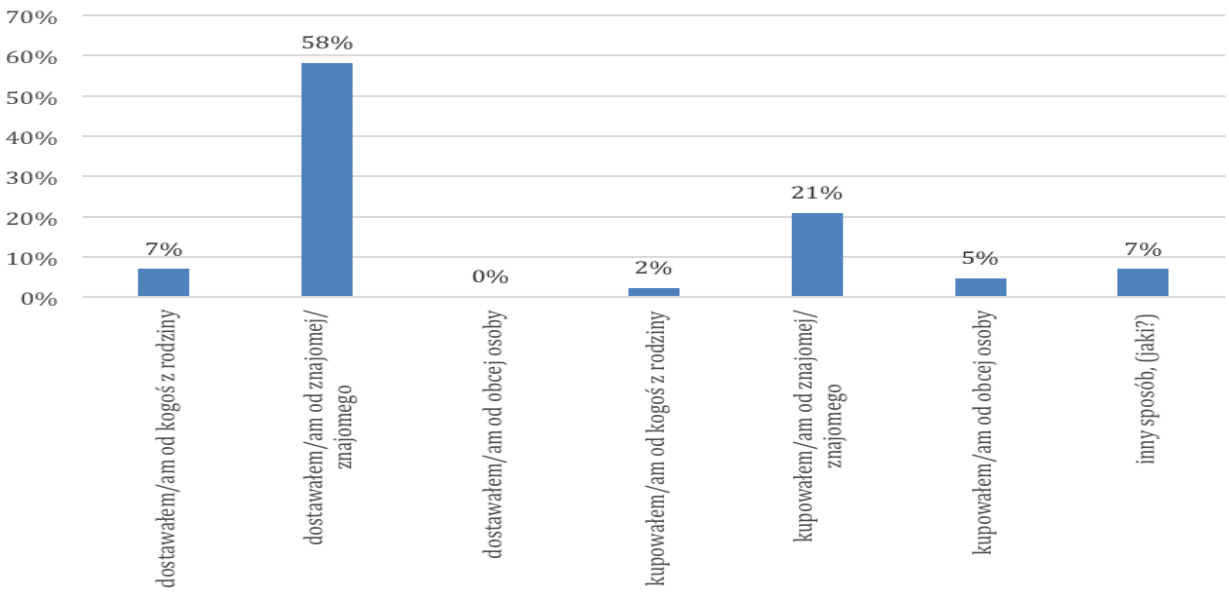
Najwięcej ankietowanych w ciągu ostatnich 12 miesięcy weszła w posiadanie środków odurzających dzięki znajomym – 58% badanych dostało je od nich, zaś następne 21% dokonało zakupu od znajomych (Rycina 38).

Większość badanych w środki odurzające zaopatruje się na imprezach, prywatkach (37%) lub na ulicy, w parku czy też metrze (16%) (Rycina 39).

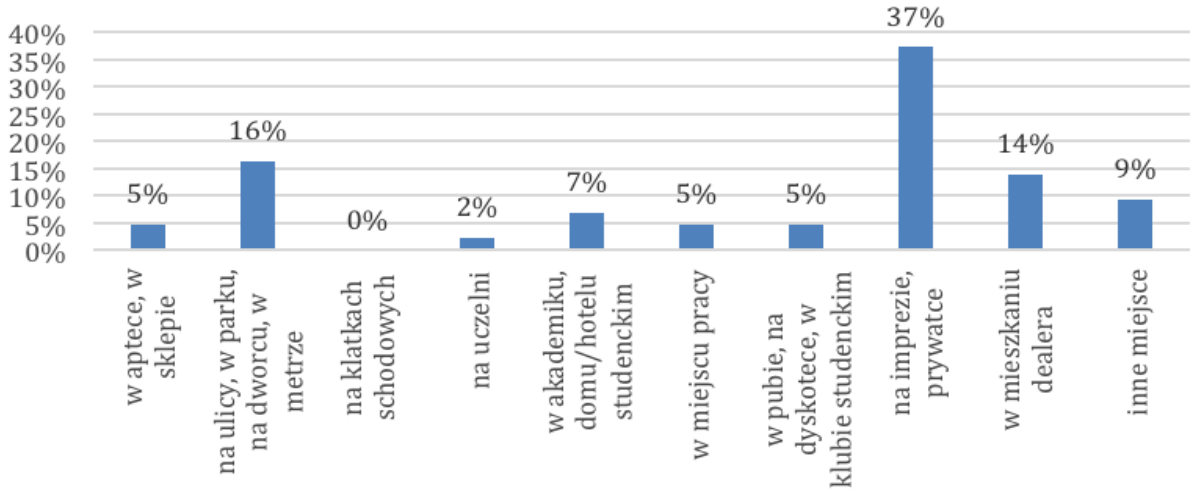
**Tabela IX. Liczba użycia poszczególnych środków odurzających przez ankietowanych w ciągu ostatnich 12 miesięcy**

| | kleje, rozpuszczalniki i inne substancje wziewne | marihuana lub haszysz | amfetamina (speed) | Ecstasy | LSD | grzyby halucynogenne | crack | heroina (w tym „brown sugar" ) | tzw. polska heroina, „kompot" | kokaina | sterydy anaboliczne | wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające | inny środek |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nigdy** | 99% | 81% | 98% | 97% | 98% | 99% | 99% | 99% | 99% | 99% | 99% | 99% | 99% |
| **1-2 razy** | 1% | 8% | 2% | 2% | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% | 1% | 0% | 1% | 0% |
| **3-5 razy** | 0% | 5% | 1% | 1% | 2% | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% | 0% |
| **6-9 razy** | 0% | 3% | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% | 1% | 1% |
| **10-19 razy** | 0% | 1% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| **20-38 razy** | 0% | 1% | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| **40 razy lub więcej** | 0% | 2% | 0% | 1% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% |

*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

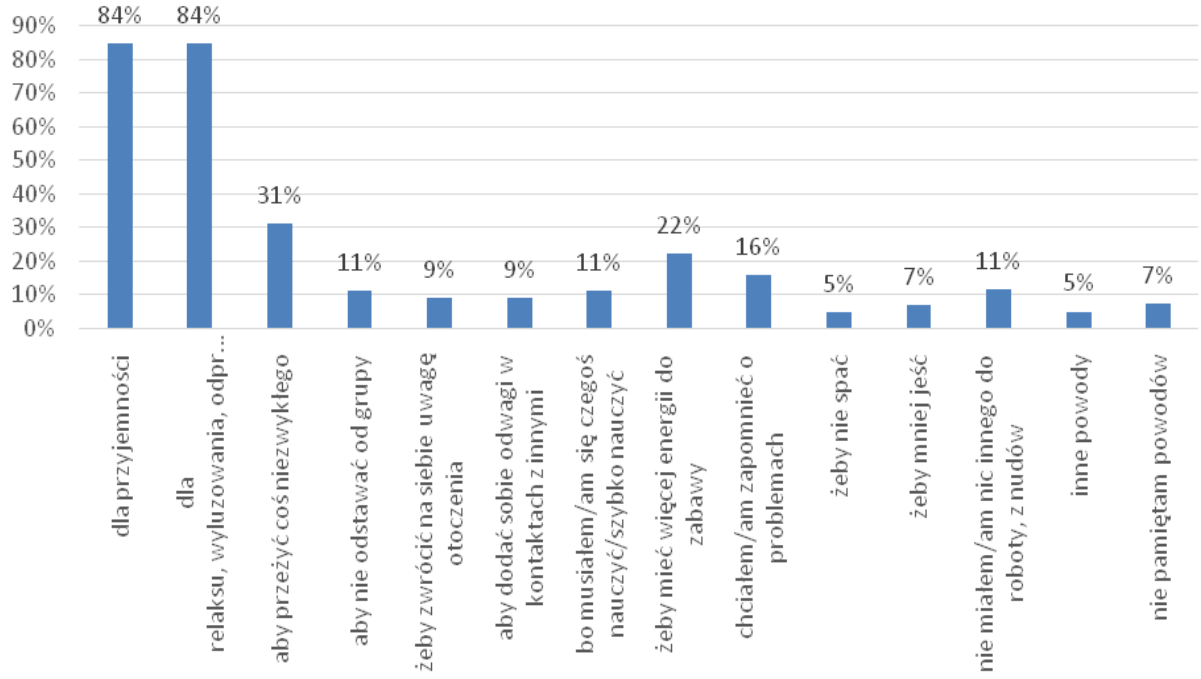



**Rycina 38. Sposób wejścia w posiadanie środków odurzających**



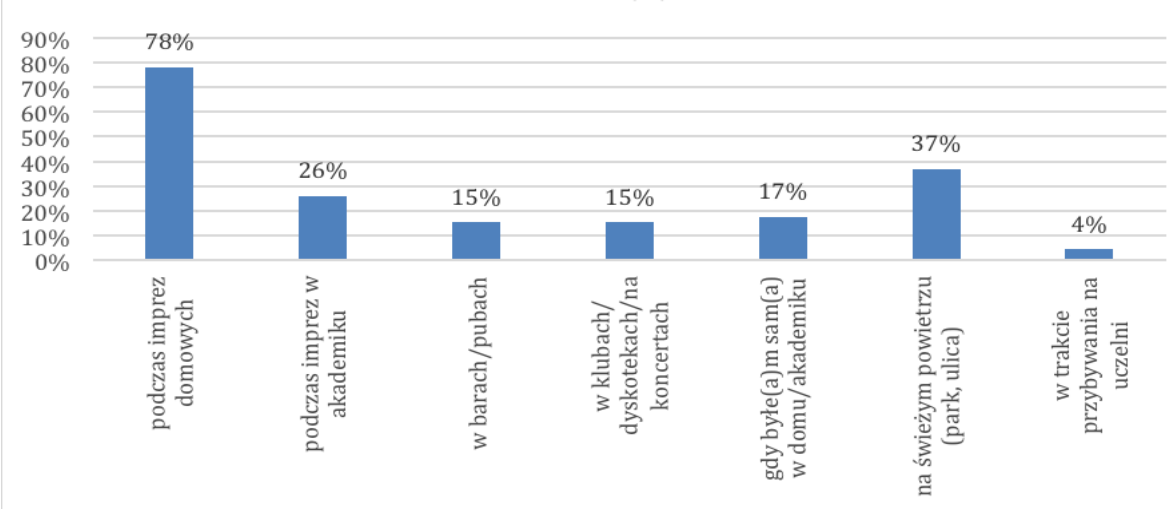

**Rycina 39. Zwyczajowy sposób pozyskania środków odurzających**

Rycina 40 prezentuje główne powody sięgania po środki odurzające. Wśród powodów najczęściej pojawiają się chęć relaksu (84%) oraz chęć przyjemności (84%).



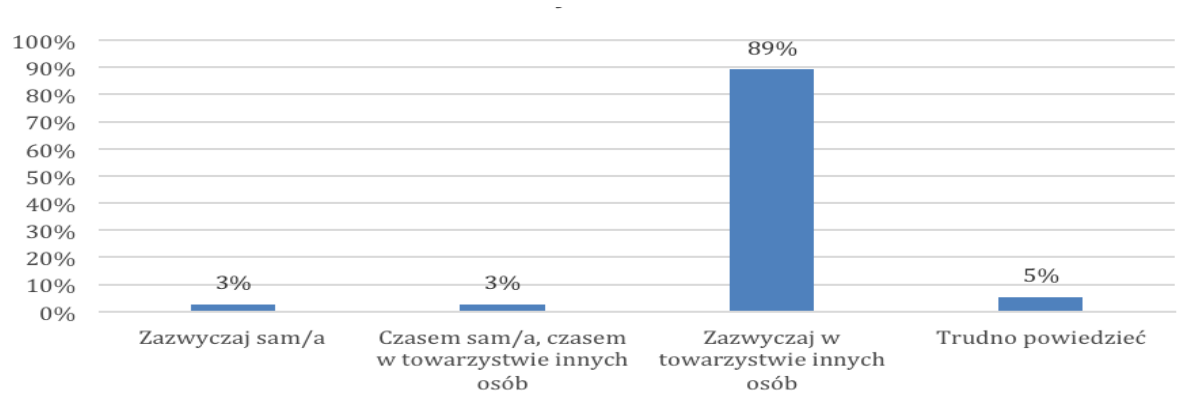

**Rycina 40. Powody sięgania po środki odurzające**
*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Najliczniejszą grupę stanowili badani, którzy w ciągu ostatnich 12 miesięcy palili marihuanę lub haszysz podczas imprez domowych (78%) lub na świeżym powietrzu (37%) (Rycina 41).




**Rycina 41. Okoliczności palenia marihuany lub haszyszu przez badanych**
*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

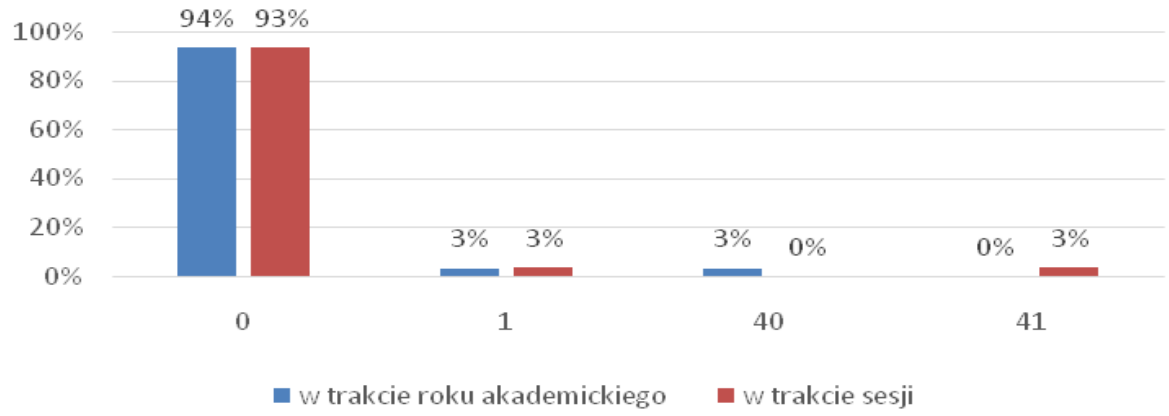
Z danych przedstawionych na Rycinie 42 wynika, iż badani w ciągu ostatnich 12 miesięcy palili marihuanę lub haszysz niemal wyłącznie w towarzystwie innych osób (89%).




**Rycina41. Osoby towarzyszące paleniu marihuany lub haszyszu przez badanych**
*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Ponad 90% badanych w ciągu ostatnich 12 miesięcy ani razu nie sięgnęło po środki odurzające w trakcie roku akademickiego lub w trakcie nauki do kolokwium (Rycina 43).

Większość ankietowanych w ciągu ostatnich 12 miesięcy nigdy nie podjęła decyzji o prowadzeniu samochodu pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających. Aż 8% badanych odpowiedziało, iż zdarzyło im się przystąpić do kolokwium pod wpływem środków odurzających. Tylko 6% badanych studentów wskazało, iż zdarzyło im się mieć niechciane kontakty seksualne pod wpływem środków odurzających. Ponadto taki sam odsetek badanych nie pamięta, co robił w tym czasie, zaś kolejne 6% respondentów było w takim stanie na zajęciach lub wykładzie (Tabela X).




**Rycina 42. Sięganie po środki odurzające w trakcie nauki przez badanych**
*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

**Tabela X. Częstość podjęcia poszczególnych decyzji**

| | prowadziłeś/aś samochód. | miałeś/aś niechciane doświadczenia seksualne. | nie pamiętałeś/aś gdzie byłeś/aś i co robiłeś/aś. | zostałeś/aś okradziony/a. | uległeś/aś wypadkowi doznając urazów fizycznych. | brałeś/aś udział w przepychance, bójce. | zostałeś/aś pobity/a | twój stan zdrowia wymagał natychmiastowej interwencji medycznej. | byłeś/aś ofiarą przestępstwa na tle seksualnym. | wszedłeś/aś w kolizje z prawem. | zostałeś/aś aresztowany(a)/spisany(a) przez policję. | próbowałeś/aś popełnic samobójstwo. | zdawać egzamin. | zdawać kolokwium. | być na zajęciach/wykładzie. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nie** | 69 % | 84 % | 67 % | 92 % | 90 % | 92 % | 94 % | 94 % | 96 % | 92 % | 84 % | 96 % | 61 % | 57 % | 53 % |
| **Tak, pod wpływem środków odurzających** | 2 % | 6 % | 6 % | 4 % | 0 % | 2 % | 0 % | 2 % | 2 % | 2 % | 4 % | 2 % | 4 % | 8 % | 6 % |
| **Tak, pod wpływem alkoholu** | 0 % | 6 % | 27 % | 2 % | 8 % | 4 % | 6 % | 4 % | 2 % | 4 % | 10 % | 0 % | 2 % | 0 % | 10 % |
| **Tak, w innych okolicznoś-ciach** | 29 % | 4 % | 0 % | 2 % | 2 % | 2 % | 0 % | 0 % | 0 % | 2 % | 2 % | 2 % | 33 % | 35 % | 31 % |

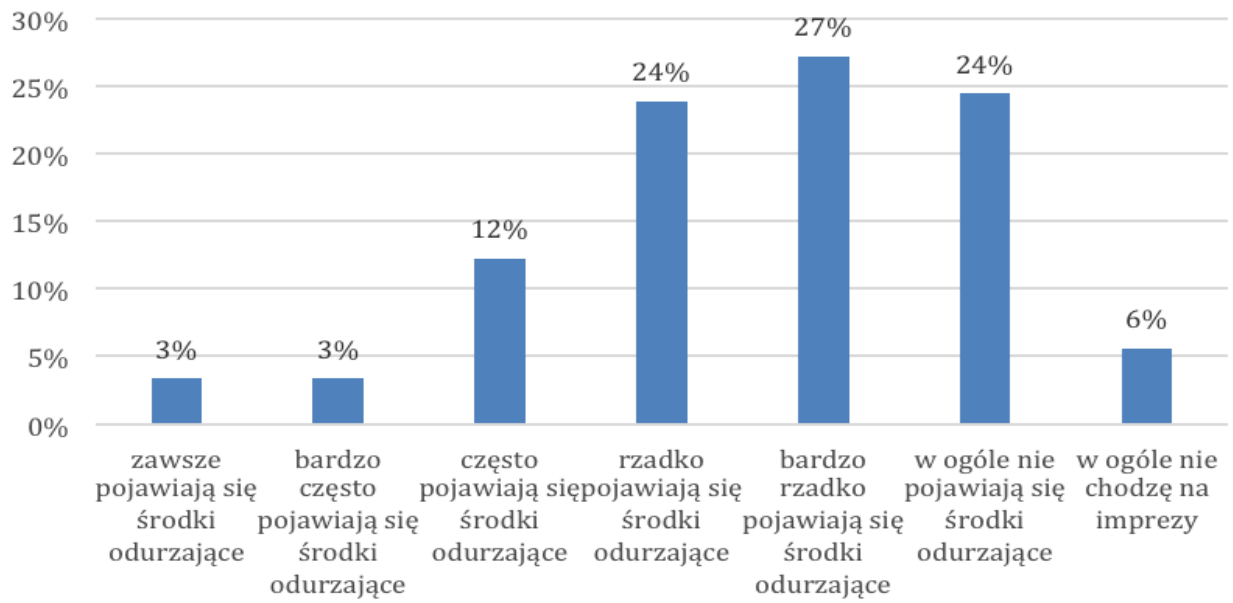
*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

W ciągu ostatnich 30 dni większość ankietowanych nie spożywała ani razu żadnego środka odurzającego (Tabela XI).

**Tabela XI. Liczba użycia poszczególnych środków odurzających przez ankietowanych w ciągu ostatnich 30 dni**

| | kleje, rozpuszczalniki i inne substancje wziewne. | marihuana lub haszysz. | amfetamina (speed). | Ecstasy. | LSD. | grzyby halucynogenne. | crack. | heroina (w tym „brown sugar" | . polska heroina, „kompot" | Kokaina. | sterydy anaboliczne. | wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające. | inny środek. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nigdy** | 98% | 54% | 94% | 98% | 96% | 96% | 96% | 98% | 98% | 98% | 98% | 94% | 94% |
| **1-2 razy** | 0% | 32% | 4% | 0% | 2% | 2% | 2% | 0% | 2% | 2% | 2% | 4% | 4% |
| **3-5 razy** | 0% | 8% | 2% | 2% | 2% | 2% | 2% | 2% | 0% | 0% | 0% | 2% | 2% |
| **6-9 razy** | 2% | 4% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| **10-19 razy** | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| **20-38 razy** | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| **40 razy lub więcej** | 0% | 2% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |

*istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi




**Rycina 44. Obecność środków odurzających na imprezach**

Rycina 44 prezentuje, jak często środki odurzające pojawiają się na imprezach, w których uczestniczą studenci. Najwięcej ankietowanych wskazało odpowiedź, iż bardzo rzadko (27%), rzadko (24%) lub w ogóle (24%).

## DYSKUSJA

Na podstawie licznych badań można stwierdzić, że w dzisiejszych czasach istnieją liczne powody sięgania po substancje odurzające przez młodzież [11,15-21].

Z badań własnych wynika, że czasem człowiek sięga po różne substancje i środki, aby zmotywować swoją psychikę, a więc przeżywać odmienną świadomość, poprawić samopoczucie.

Analizując wyniki badań własnych można stwierdzić, że w badanej grupie studentów na kierunku medycznym zdecydowanie większy odsetek respondentów uważa, że w związku z używaniem środków odurzających osoby takie szkodzą własnemu zdrowiu. Wśród osób zażywających środki odurzające 89% respondentów stwierdziło, że pierwszym środkiem, którego spróbowali była marihuana lub haszysz, a wśród 3% badanych była to amfetamina lub wydawane na receptę leki nasenne lub uspokajające.

W badaniach przeprowadzonych przez Sierosławskiego wskazano także wysoki odsetek osób bardzo dobrze zorientowanych w kwestii szkód społeczno-zdrowotnych spowodowanych zażywaniem substancji psychoaktywnych, również najpopularniejszym środkiem psychoaktywnym wśród uczniów szkół średnich były konopie indyjskie i amfetamina [22].

W badaniach prowadzonych przez Rok-Bujko stwierdzono, że kokainizm jest społecznym problemem na świecie. Według badań przeprowadzonych na terenie Unii Europejskiej 0,5 -6% ludzi dorosłych potwierdza, że przynajmniej jeden raz w życiu zażyli narkotyk [23]. Natomiast w grupie wiekowej 15-34 lata ok. 5-13% przyznaje się do spróbowania tej substancji [23,24]. Według badań przeprowadzonych w Polsce od 1,5 do 2% osób w wieku 15-34 lata zażyło kokainę co najmniej raz w życiu [23,24].

Analizując uzyskane wyniki własne można stwierdzić, iż wśród studentów kierunku lekarskiego w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku do zażywania substancji odurzających w ciągu ostatnich 12 miesięcy przyznaje się 1% respondentów. 11% respondentów zażywało marihuanę raz bądź 2 razy w życiu, 13% spożywało ją ok. 3-5 razy, natomiast 1% badanych przyznaje się do ciągłego jej zażywania. Do zażycia amfetaminy przyznało się 5% ankietowanych.

Szacuje się, że około 25% populacji ludzi dorosłych w krajach Unii Europejskiej, a więc ponad 80 mln osób, przynajmniej jeden raz w życiu próbowało substancji psychoaktywnych. Najwięcej osób (73,6mln) próbowało konopie indyjskie, 14,1mln kokainy, do zażycia amfetaminy 11,4mln, natomiast do ecstasy 10,6 mln. Dane pochodzą z Europejskiego raportu narkotykowego 2014 r. [24]. Do najczęściej spotykanych produktów znajdujących się na rynku polskim zaliczamy produkty konopi indyjskich, a także amfetaminę. Z badań przeprowadzonych w 2009 wynika , że w ciągu ostatnich 12 miesięcy 2% młodzieży używała kanabinoli oraz 1% respondentów stosowało amfetaminę [25].

Zdaniem Zieleń i wsp. zakończenie walki z uzależnieniem jest wieloetapowym, a także złożonym procesem, na który mają wpływ czynniki biologiczne, psychospołeczne, ekonomiczne oraz zdrowotne. Istotna jest edukacja człowieka oraz bardzo silna motywacja, aby porzucić dany nałóg. Człowiek powinien znać wszystkie następstwa palenia tytoniu, a po jego porzuceniu być stale utwierdzany w słuszności podjętej decyzji [21].

Z badań własnych wynika, że 83% ankietowanych stwierdziło, że w szkole średniej zostali wyedukowani na temat środków odurzających oraz konsekwencji związanych z uzależnieniami. Stwierdzono także, że uczelnie wyższe, zdaniem (39%) respondentów, zdecydowanie powinny się angażować w kampanie informacyjne na temat narkotyków i konsekwencji z nimi związanych.

Również w badaniach własnych wykazano, że wysoki odsetek studentów uważa, że na uczelniach wyższych powinny znajdować się punkty informacyjne na temat konsekwencji stosowania środków odurzających.

W badaniach własnych oceniono częstość podejmowania różnych decyzji pod wpływem środków odurzających. Wykazano, że 69% ankietowanych nigdy nie podjęło decyzji o prowadzeniu samochodu pod wpływem alkoholu bądź innych środków odurzających. Według Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (ECMDDA) na przełomie kilkunastu lat są prowadzone badania, w których badana jest zależność między używaniem narkotyków a wykonywaniem czynności niewskazanych, np. prowadzenia pojazdu mechanicznego [26].

Na podstawie literatury można stwierdzić, że odzwyczajanie się od uzależnienia jest ciężkim, oraz bardzo długotrwałym procesem.

Aby powrócić do normalnego życia w abstynencji od zażywania środków psychoaktywnych bardzo ważne są czynniki, od których zależy przebieg procesu. Istotne jest zadbanie o niedopuszczenie do inicjacji danych środków psychoaktywnych. Również istotne jest, aby nie przebywać w towarzystwie osób, które posiadają i zażywają dane substancje.

Osiągnięcie danego celu jest niezwykle bardzo trudne, a nawet często niemożliwe, ponieważ w danym środowisku studenckim powodem jest ciekawość oraz chęć poznawania nowych zjawisk [27].

Problem alkoholizmu wzbudza zainteresowanie wśród wielu dyscyplin naukowych zajmujących się aktywnością człowieka, takich jak: medycyny, psychologii, socjologii, ekonomii [28]. Literatura podaje, że na rozwój tej patologii społecznej narażona jest młodzież szkolna, dzieci z rodzin patologicznych, osoby o niskim statusie społecznym i ekonomicznym, mieszkańcy internatów, akademików, stancji i małych miejscowości [29].

Od kilku ostatnich lat obserwuje się wzrost problemów związanych z alkoholem, do których przyczynia się reklamowanie napojów alkoholowych w telewizji publicznej oraz powszechna ich dostępność [28,29]. Literatura podaje różne przyczyny sięgania po alkohol: ucieczka od problemów, powody ceremonialne, towarzyskie, dodanie sobie odwagi [15]. Alkohol jest produktem, wokół którego skupiają się różnorodne aspekty życia społecznego: gospodarcze, ekonomiczne, szkolne, polityczne, towarzyskie [16].

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że w trakcie pojedynczej okazji większość ankietowanych spożywała od jednej do dwóch butelek lub puszek piwa (39% badanych) lub od trzech do czterech typowych butelek lub puszek (21% ogółu). Ponadto, 11% respondentów w ogóle nie spożywała piwa w ciągu ostatnich 12 miesięcy. W trakcie pojedynczej okazji większość ankietowanych spożywała od jednego do trzech kieliszków wina (38% badanych) lub mniej niż jeden kieliszek wina (20% ogółu). Ponadto, 12% respondentów w ogóle nie spożywała wina w ciągu ostatnich 12 miesięcy. W trakcie pojedynczej okazji większość ankietowanych spożywała powyżej 5 kieliszków wódki (33% badanych) lub od trzech do pięciu kieliszków wódki (28% ogółu). Ponadto, 17% respondentów w ogóle nie spożywała wódki w ciągu ostatnich 12 miesięcy. W ciągu ostatnich 30 dni najliczniejszą grupę stanowiły osoby, które nie spożywały alkoholu - 36% ankietowanych nie spożywała piwa, 48% badanych nie spożywała wina, zaś 53% nie spożywała w tym okresie wódki. Większość badanych w ciągu ostatnich 30 dni ani razu nie miała okazji do spożycia pięciu lub większej liczby drinków z rzędu (47% ogółu). Zaledwie 2% respondentów spożywało taką ilość alkoholu 10 lub więcej razy w ciągu ostatnich 30 dni, zaś kolejne 6% spożywało od sześciu do dziewięciu razy.

Z danych literaturowych wynika, że niepokojący jest obniżający się wiek pierwszego kontaktu z alkoholem - 50,3% chłopców i 38% dziewcząt - po raz pierwszy wypiło wino lub wódkę przed 12. rokiem życia. Z raportu europejskiego wynika, że co czwarty zgon Europejczyka w wieku 15-29 lat ma miejsce w związku z piciem alkoholu [24,25]. Z badań

przeprowadzonych w gimnazjach stwierdzono, że młodzież pije alkohol w swoim domu lub u znajomych (chłopcy–24%, dziewczęta –26%), w dyskotece (chłopcy–16%, dziewczęta–17%) oraz w bliżej nieokreślonym miejscu (chłopcy–18%, dziewczęta–15%). Z badań, które przeprowadzono w 2003 roku wyciągnięto wnioski, że z roku na rok wzrasta liczba młodzieży łącząca alkohol z lekami [24,29].

Badania epidemiologiczne potwierdzają, że wśród konsumentów alkoholu znajduje się więcej mężczyzn niż kobiet [24,29,30].

Trunki spożywa 91% badanych mężczyzn oraz 19% kobiet. Kobiety pijące alkohol są najczęściej młode, niezamężne (panny, kobiety rozwiedzione lub pozostające w separacji) i wykształcone (wykształcenie wyższe). Mężczyźni spożywający alkohol są częściej: starsi niż pijące kobiety, samotni (po rozwodzie, wdowcy), gorzej wykształceni (wykształcenie zawodowe lub niższe). Ciekawe jest także wypieranie przez Polaków nadużywania alkoholu. 75% Polaków uważa, że spożywa znacznie mniej alkoholu niż inni. Tylko 3% jest zdania, że spożywa więcej alkoholu niż inni. Ryzykowna konsumpcja alkoholu (wg WHO oznaczająca więcej niż 16 standardowych jednostek alkoholu spożytych w tygodniu przez kobietę i 21 przez mężczyzn) dotyczy 13% mężczyzn i 1% kobiet w Polsce. Spożywający alkohol stanowią 89% osób z wykształceniem wyższym, 90% osób z średnim, natomiast 98% z podstawowym. Najmniej konsumentów alkoholu jest na wsi i w miastach do 100 tys. mieszkańców (85%). W miejscowościach od 100-500 tys. mieszkańców spożywający alkohol to 86%, a w miastach powyżej 500 tys. mieszkańców - 89% [18].

Osoby najczęściej konsumowały alkohol w domu (70%), u znajomych (25%), natomiast rzadziej już w pubie (9%), restauracji (5%), klubie, dyskotece (4%), na świeżym powietrzu (4%). Osoby te spożywały alkohol najczęściej dla relaksu, odstresowania się (68%), były zachęcane przez znajomych, przyjaciół (18%), a także z okazji uroczystości (10%). Spożywanie alkoholu odbywało się w towarzystwie znajomych, przyjaciół (52%), małżonków bądź partnerów (29%) i innych członków rodziny (26%), co czwarta osoba przyznała się, że piła w samotności [18].

Matyjek w badaniach własnych wykazał, że legalizacji narkotyków oczekują współczesne autorytety. Również zaznacza, że marihuana jest pierwszym środkiem psychoaktywnym, po który sięgają młodzi ludzie [31]. Negatywy wpływ na zdrowie potwierdza wiele lekarzy oraz naukowców. W badaniach własnych 25% ankietowanych oznajmiło, że marihuana raczej powinna być legalna w Polsce. Także 57% osób uważa, że marihuana jest narkotykiem i w przypadku 89% badanych była ona pierwszym środkiem odurzającym próbowanym przez badanych.

Kara i wsp. podjęli próbę zbadania studentów ostatniego roku medycyny na wybranych uczelniach poznańskich. W badaniu poruszane są kwestie dotyczące zażywania używek, tj. palenie tytoniu czy zażywania narkotyków. Wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu wykazano, iż osoby te często palą tytoń oraz zażywają środki narkotyczne- zdecydowanie zażywana jest marihuana i haszysz [32].

W badaniach własnych stwierdzono podobną zależność wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku na Kierunku Lekarskim.

## WNIOSKI

1. Większość studentów jest zdania, że sięganie po środki odurzające może narazić na utratę zdrowia lub nawet życia.
2. Zdaniem studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku na kierunku Lekarskim zjawisko zażywania środków odurzających nie stanowi poważnego problemu w środowisku.
3. Ponad połowa respondentów jest zdania, że uczelnie wyższe powinny angażować się w kampanie informacyjne dotyczące stosowania środków odurzających i ich konsekwencji dla zdrowia.
4. Zdaniem większości respondentów władze uczelni powinni wyciągać konsekwencje wobec studentów zażywających środki odurzające.

## PIŚMIENNICTWO

1. Marcinkowski T.J.: Epidemiologia uzależnień w Polsce – ze szczególnym uwzględnieniem zawodów medycznych. Hygeia Public Health 2011; 46(3): 334-338.
2. Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2012/2013. Raport wydany przez: Polską Sieć Polityki Narkotykowej.
3. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii EUROPOL. Raport o rynku narkotykowym w UE 2016.
4. Jędrzejko M.: Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i niechemicznych. Warszawa, Fundacja Pedagogium, 2009.
5. Rohr Heinz - Peter.: Uzależnienia, przyczyny i terapia. Poznań, Wydawnictwo W drodze, 2013.
6. Jędrzejko M.; Człowiek wobec uzależnień (narkotyki i dopalacze). Poznań, Wydawnictwo Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, 2010.

7. Zwierzyńska E., Pietrzak B.: Patogeneza uzależnień, problem wciąż aktualny. Alkoholizm Narkomania 2014; 27(2): 163–175.
8. Mikuła J.: Rozwiązywanie problemów alkoholowych w świetle dokumentów europejskich. Świat Problemów 2006; 1: 4–13.
9. Encyklopedia PWN. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2009.
10. Ulman P.: Społeczne i rodzinne uwarunkowania uzależnień u dzieci i młodzieży. Kwartalnik Naukowy 2011; 4(8): 74-86.
11. Woronowicz B.T.: Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia. Warszawa, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, 2009.
12. Kostowski W.: Uzależnienia: podstawowe pojęcia i teorie. Psychiatria 2005; 2(2): 61–76.
13. Kostowski W.; Podstawowe mechanizmy i teorie uzależnień, Alkoholizm i narkomania 2006; 19(2): 140.
14. Stelmach W.: Palący problem - czyli prawie wszystko o tytoniu i skutkach jego używania. Cz II. Postępy Fitoterapii 2009; 2: 137-140.
15. Frąckwiak M., Motyka M.: Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu. Hygeia Public Health 2015; 50(2): 314-322.
16. Jedynak M.: Alkoholizm jako zjawisko patologiczne i społecznie destruktywne. Rzewszów, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2014.
17. Mellibruda J., Mellibruda-Sobolewska Z.: Integracyjna psychoterapia uzależnień. Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia, 2006.
18. Cichońska M., Nartowska W., Kaczmarzyk D., Szemraj S., Mazur G.: Tendencje w zakresie spożywania alkoholu. Acta Scientifica Academiae Ostroviensis 2012; 2: 199-212.
19. Kuźmicka P., Jasińska M., Grzegorczyk M., Karakiewicz B.: Palenie tytoniu a jakość życia. Medycyna Środowiskowa 2013; 16(1): 43-50.
20. Szczygieł Ł.: Psychofarmakoterapia uzależnienia od alkoholu. Gazeta farmaceutyczna 2008; 8: 24-27.
21. Zieleń I., Śliwińska- Mossoń M., Milnerowicz H.: Preparaty stosowane w leczeniu uzależnienia od nikotyny. Przegląd Lekarski 2012; 69(10): 1098-1101.
22. Sierosławski J. Ogólnopolskie badanie ankietowe na temat zaangażowania społeczności lokalnych w zapobieganiu narkomanii. Raport z badania. Badanie zostało sfinansowane prze Krajowe Biuro ds. Warszawa, Przeciwdziałania Narkomanii IPiN, 2006.

23. Rok-Bujko P.; Rola układu serotoninergicznego w działaniu nagradzającym i uzależniającym kokainy.; Alkoholizm i narkomania, 2007; 20(2): 179-202.
24. Stan problemu narkotykowego w Europie. Sprawozdanie roczne 2010. Luxembourg, Wyd. Europejskie. Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2010.
25. Koehne N., Lednicki B., Piekarzewska M., Wieczorkowski R., Zajenkowska - Kozłowska A.: Stan zdrowia ludności Polski w 2009r. Warszawa, Główny Urząd Statystyczny. Departament Badań Społecznych, Zakład Wydawnict Statystycznych, 2011.
26. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (ECMDDA) Drug use, impaired driving and traffic accidents. seria: Narkotyki w obiektywie 2009.
27. Koczaska-Siedlecka A.(red.): Młodzież i substancje psychoaktywne. Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 2009.
28. Liczmańska K.: Promocja marek alkoholi wysokoprocentowych w lokalach gastronomicznych. Strategie komunikacji reklamowej z konsumentem. Warszawa, Wyższa Szkoła Promocji, 2012.
29. Wyrzykowski P.: Rynek napojów alkoholowych. Przemysł Spożywczy 2014; 6(68): 9-11.
30. Albanski L.: Wybrane zagadnienia z patologii spolecznej. Jelenia Góra, Rada Wydawnicza Kolegium Karkonoskiego, 2010.
31. Matyjek S.: Czy chcemy legalnych narkotyków? Acta Universitatis Lodziensis Folia Iuridica 2016; 76: 7-18.
32. Kara I.; Adamek R.;Kalupa W.; Studenci ostatniego roku medycyny a palenie tytoniu i używanie środków narkotycznych. Przegląd Lekarski 2011; 68(10): 872-874.

# Używanie narkotyków, palenie papierosów, nadużywanie alkoholu w grupie studentów kierunków medycznych z Polski i Białorusi

**Agnieszka Kułak-Bejda[1], Napoleon Waszkiewicz[1], Andrei Shpakou[2], Aliaksandr Shpakau[2], Magdalena Lech[1,3], Grzegorz Bejda[4]**

1. Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Yanka Kupala State University of Grodno, Belarus
3. Zakład Dietetyki i Żywienia Klinicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

## WPROWADZENIE

Za zdrowie człowieka w znacznym stopniu odpowiedzialne są zachowania ludzkie oraz styl życia, jaki prowadzą [1-4]. Największe znaczenie w podejmowaniu ryzykownych zachowań przez osoby młode ma negatywny wpływ rówieśników (modelowanie zachowań problemowych), niska motywacja do osiągania sukcesów życiowych zarówno w szkole, jak i w życiu rodzinnym i zawodowym oraz niskie osiągnięcia w nauce [5]. W literaturze przedmiotu [6,7,8] za czynniki chroniące przed podejmowaniem zachowań ryzykownych uważa się zasoby indywidualne jednostki oraz cechy środowiska, które redukują/kompensują wpływ czynników ryzyka, przyczyniając się do zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia zachowań problemowych i/lub zminimalizowania stopnia ich nasilenia. Niektórzy autorzy [9,10] potwierdzają, że tendencja do zachowań ryzykownych jest modyfikowana przez cechy osobowości, takie jak np. ugodowość, otwartość na doświadczenia, neurotyczność czy ekstrawersja. Zwraca się uwagę, że zespół zachowań problemowych nie zawsze jest trwały i u części, wraz z osiągnięciem pełnej dojrzałości i gotowości do założenia rodziny, przestaje być widoczny [11-14]. Wykazano, iż palenie dwudziestu papierosów dziennie skraca średnio długość życia o ok. 5 lat, a palenie czterdziestu o ponad 8 lat [15,16]. Nadużywanie alkoholu jest zjawiskiem, które nie służy zdrowiu, zwłaszcza w młodym wieku, prowadzi do zaburzeń w rozwoju psychicznym, fizycznym i społecznym, powodując tworzenie się zmian patologicznych w narządach, a w konsekwencji rozwojowi zagrażających życiu,

niebezpiecznych chorób [17,18]. Szacuje się, iż przeciętny Polak dziennie spożywa 50 gram spirytusu, Kazach - 54, a Rosjanin - 48g, najczęściej jest to piwo, potem wódka, samogon, whisky i wino [19]. Kolejnym zagrożeniem dla zdrowia są środki uzależniające, które generalnie powodują zmiany (chwilowe, tuż po zażyciu lub trwałe na skutek długotrwałego i regularnego stosowania) zdrowiu fizycznym, jak i psychicznym [20].

Badania Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA - *The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*) przeprowadzone na reprezentatywnej (1.000 osób) próbie Polaków powyżej 15. roku życia wykazały, że w ciągu ostatniego roku do zażywania nielegalnych substancji psychoaktywnych przyznało się 2,5% badanej populacji, a 7,1% wcześniej je zażywało [21].

## CEL PRACY

Celem pracy była ocena wybranych wzorów zachowań przez studentów, takich jak używanie narkotyków, palenie papierosów i nadużywanie alkoholu oraz ich asertywności.

## MATERIAŁ I METODY

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMB R-I-002/448/2015, Kierownika Katedry Medycyny Sportowej i Rehabilitacji, Państwowego Uniwersytetu im. Janka Kupały w Grodnie oraz Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Badania przeprowadzono w grupie 338 studentów kierunków medycznych z Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (Grupa I) oraz 339 studentów kierunków medycznych Państwowego Uniwersytetu im. Janka Kupały w Grodnie (Grupa II).

Dobór grup był celowy - student kierunku medycznego. W obu grupach rozdano po 350 ankiet. Zwrotnie otrzymano 338 polskich ankiet oraz 339 białoruskich i wszystkie użyto do badania.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankietowego (w języku polskim i rosyjskim) zawierającego:

- Autorski kwestionariusz ankietowy specjalnie skonstruowany do obecnych badań, w którym pierwsze pytania dotyczyły: wieku, płci, kierunku, roku studiów, a kolejne - palenia papierosów (od kiedy, ile dziennie, jaki rodzaj), spożywania alkoholu (od kiedy, ile dziennie, jaki rodzaj) i używania narkotyków (od kiedy, jakich)

- Test uzależnienia od nikotyny wg Fagerströma [22] pozwalający ocenić z dużym prawdopodobieństwem, czy dana osoba jest uzależniona od nikotyny. farmakologicznie **(**nie tylko jako nawyk i przyzwyczajenie, ale także biologiczną potrzebę do starczenia do organizmu nikotyny). Test zawiera osiem pytań, przy czym każdej z odpowiedzi przypisuje się odpowiednią liczbę punktów, a maksymalna liczba punktów wynosi jedenaście: 0-4 pkt. - świadczy o tym, iż w tym przypadku palenie jest raczej nawykiem, którego dana osoba nie chce lub nie potrafi się pozbyć, prezentuje ona niski poziom uzależnienia od nikotyny oraz brak cech farmakologicznego (biologicznego) uzależnienia od niej lub na bardzo "niski" poziom uzależnienia; 5-8 pkt. - oznacza średni poziom uzależnienia od nikotyny oraz obecność cech uzależnienia od niej, danej osobie trudno jest obejść się bez papierosa, zwłaszcza sytuacjach stresowych lub za przykładem (pod presją, za namową) otoczenia, 9-11 pkt. - oznacza wysoki poziom uzależnienia od nikotyny i obecność objawów farmakologicznego (biologicznego) uzależnienia od niej oraz że część schorzeń i odczuwanych dolegliwości przez badanego ma niewątpliwy związek z paleniem [22].
- Test bMAST *(Michigan Alcoholism Screening Test*) - pozwalający ocenić prawdopodobieństwo występowania problemów z alkoholem, m.in. uzależnienia od alkoholu lub problemowego picia [23]. Test zawiera dziesięć pytań, na które badany udziela odpowiedzi tak lub nie. Udzielenie co najmniej pięciu twierdzących odpowiedzi na pytania można zdaniem niektórych badaczy uznać za wystarczające kryterium do rozpoznania uzależnienia od alkoholu [23].
- Test PUN - Problemowego Używania Narkotyków [24,25]. Zawiera dziesięć pytań dotyczących używania jakichkolwiek narkotyków w czasie ostatnich dwunastu miesięcy, na które badany może odpowiedzieć „tak" lub „nie". Pytania odnoszą się do różnych aspektów używania narkotyków: część dotyczy związanych z używaniem narkotyków zaburzeń funkcjonowania w szkole, w pracy, w kontaktach z ludźmi i kłopotów z policją, a pozostałe - stylu używania narkotyków: brania w samotności, odczuwanej potrzeby wzięcia narkotyku, poszukiwania środków mocniejszych niż dotychczas używane, samodzielnego kupowania narkotyków i ponoszonych w związku z tym wydatków. Obliczenie wyniku każdego z testów polega na zsumowaniu odpowiedzi twierdzących, przy czym maksymalny wynik w teście PUN to dziesięć (wszystkie odpowiedzi „tak"): 0 lub 1, z prawdopodobieństwem 79% poświadcza iż badany jest „okazjonalnym" użytkownikiem narkotyków od 2 punktów

i więcej - pozwala u badanych stwierdzić problemowe używanie narkotyków z prawdopodobieństwem 88% [24,25].

Zastosowane w analizie testy statystyczne posłużyły do oceny, czy zależności i relacje zaobserwowane w próbie są efektem ogólniejszej prawidłowości panującej w całej populacji, czy tylko przypadkowym rezultatem.

Wykorzystano Test niezależności chi-kwadrat, testem *t* dla prób niezależnych, analizę wariancji (ang. ANOVA), test nieparametryczny (test Kruskala-Wallisa), współczynnik korelacji rang Spearmana, testu Manna-Whitneya.

## WYNIKI

W badaniu uczestniczyło ogółem 677 osób, w tym 338 z Polski i 339 z Białorusi. Wśród ankietowanych generalnie przeważały osoby z grupy wiekowej od 20 do 30 lat (56,1%), w tym w grupie studentów z Białorusi - osoby w wieku do 20 lat (60,2%), a w grupie ankietowanych - osoby od 21 do 30 lat stanowiły aż 72,9% badanych (Tabela I).

W przypadku zbiorowości polskiej struktura ankietowanych studentów według roku studiów była dość zrównoważona – w badanej grupie było relatywnie mało osób z I roku studiów, zaś relatywnie dużo z II roku studiów licencjackich.

W zbiorowości białoruskiej bardzo niewiele osób z II lub III roku studiów, większość z IV lub V rok (Tabela I).

**Tabela I. Wiek i rok studiów badanych studentów**

| | **Kraj** | | **Razem** |
|---|---|---|---|
| | **Polska** | **Białoruś** | |
| **WIEK** | | | |
| **18-20 lat** | 93 (27,5%) | 204 (60,2%) | 297 (43,9%) |
| **21-30 lat** | 245 (72,9%) | 135 (39,8%) | 380 (56,1%) |
| **ROK STUDIÓW** | | | |
| **I** | 20 (5,9%) | 64 (18,9%) | 84 (12,4%) |
| **II** | 132 (39,1%) | 6 (1,8%) | 138 (20,4%) |
| **III** | 59 (17,5%) | 11 (3,2%) | 70 (10,3%) |
| **IV (I mgr)** | 76 (22,5%) | 123 (36,3%) | 199 (29,3%) |
| **V (II mgr)** | 51 (15,1%) | 135 (39,8%) | 186 (27,5%) |
| **Razem** | 338 | 339 | 677 |

W badanej zbiorowości występowała znacząca nadreprezentacja kobiet (519- 76,7%), w tym 79,3% z Polski (268 osób) i 74% (251 osób) z Białorusi. Mężczyźni stanowili zaledwie 23,3% (158 osób), w tym 20,7% (70 osób) w grupie polskiej i 26% (88 osób) w grupie białoruskiej.

W badanej grupie dominowali mieszkańcy miast (69,1% - 468 osób), w tym 53,8% (182 osoby) w Polsce i 84,4% (286 osób) na Białorusi. Na wsi mieszkało 30,9% (209 osób) badanych, w tym 46,2% (156 osób) w Polsce i 15,6% (53 osoby) na Białorusi.

Generalnie obecnie paliło 12,3% badanych (83 osoby), w tym 9,5% z Polski (32 osoby) i 15% z Białorusi (51 osób). Palenie sporadyczne deklarowało 11,2% ankietowanych (76 osób), w tym 8,6% (29 osób) z Polski i 13,9% z Białorusi (47 osób), a w przeszłości - 6,5% studentów (44 osoby), w tym po 6,5% (22 osoby) z Polski i Białorusi.

Papierosów nie pali i nie paliło nigdy aż 70% respondentów, w tym 75,4% (255 osób) z Polski i 64,6% (219 osób) z Białorusi.

W badaniu, w kwestii deklaracji częstości palenia papierosów, wykazano znamienne statystycznie różnice ($p = 0,0095$) pomiędzy badanymi grupami.

W zbiorowości polskiej i białoruskiej studenci z reguły sięgali po, jak określali, papierosy mocne (odpowiednio 55,6% i 54,3% palących), a pozostali palili słabsze.

W tej części analizy osoby palące w przeszłości zostały włączone do grupy osób niepalących.

W grupie polskiej rok studiów nie różnicował wyraźnie częstości palenia papierosów ($p = 0,1498$). Osób zdecydowanie nie palących było zwykle najmniej na pierwszych latach studiów (I oraz II stopnia – odpowiednio 75% i 71%), co może świadczyć, iż jest to raczej nawyk wynoszony z wcześniejszego środowiska, nie nabywany na studiach. Nie była to jednak zależność istotna statystycznie. Rok studiów nie różnicował także wyraźnie częstości palenia papierosów w grupie białoruskiej ($p = 0,1498$).

Osób zdecydowanie niepalących było zwykle najmniej na pierwszych latach studiów (I oraz II stopnia – odpowiednio 75% i 71%). Czyli to raczej nawyk wynoszony z wcześniejszego środowiska, nie nabywany na studiach. Nie jest to jednak także zależność istotna statystycznie.

Wyniki obrazuje Tab. II.

W dalszej ocenie poddano grupę 159 osób, które obecnie paliły papierosy (systematycznie bądź sporadycznie) i poproszono ich o wypełnienie testu wg Fagerströma, Rozkład wyników punktowych testu opisano w poniższej Tabeli III.

Na Ryc. 1 przedstawiono dokładny rozkład wartości miary testu wg Fagerströma.

**Tab. II. Palenie papierosów**

| Palenie papierosów | Lata studiów | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **GRUPA POLSKA (*p* = 0,1498)** | | | | | | |
| | **I** | **II** | **III** | **I mgr** | **II mgr** | razem |
| **tak** | 2 (10,0%) | 9 (6,8%) | 3 (5,1%) | 13 (17,3%) | 4 (8,0%) | 31 |
| **sporadycznie** | 3 (15,0%) | 9 (6,8%) | 5 (8,5%) | 9 (12,0%) | 3 (6,0%) | 29 |
| **nie** | 15 (75,0%) | 114 (86,4%) | 51 (86,4%) | 53 (70,7%) | 43 (86,0%) | 276 |
| **razem** | 20 | 132 | 59 | 75 | 50 | 336 |
| **GRUPA BIAŁORUSKA (*p* = 0,3848)** | | | | | | |
| | **licencjat** | III rok | IV rok | Total | | |
| **tak** | 11 (13,6%) | 13 (10,6%) | 22 (18,5%) | 46 | | |
| **sporadycznie** | 14 (17,3%) | 16 (13,0%) | 15 (12,6%) | 45 | | |
| **nie** | 56 (69,1%) | 94 (76,4%) | 82 (68,9%) | 232 | | |
| **razem** | 81 | 123 | 119 | 323 | | |

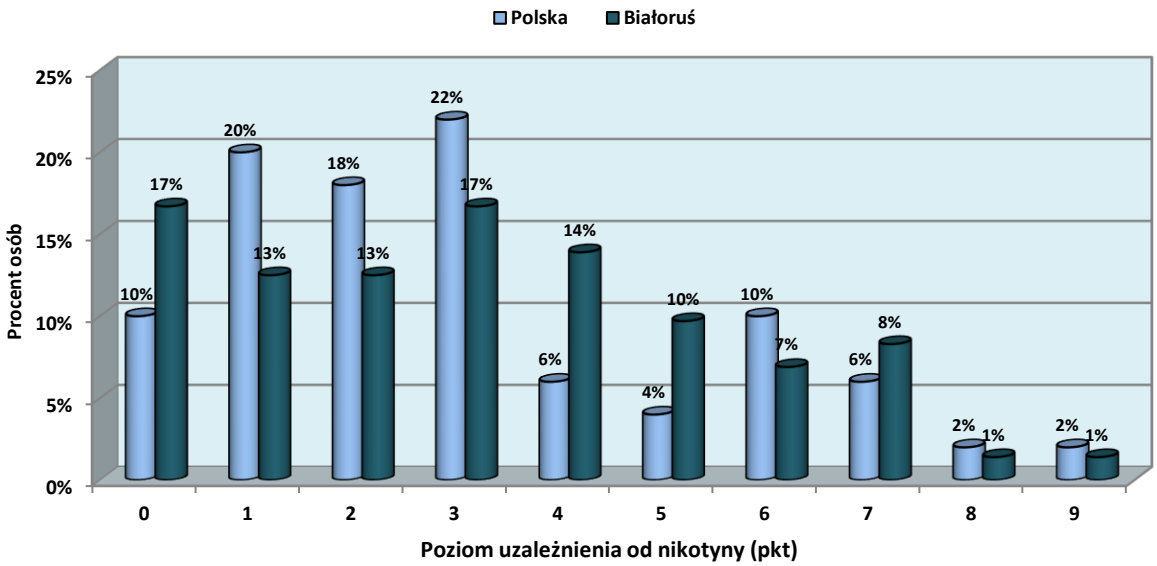
| **Palenie papierosów** | **Kraj (*p* = 0,0095**)** | | Razem |
|---|---|---|---|
| | **Polska** | **Białoruś** | |
| **tak** | 32 (9,5%) | 51 (15%) | 83 (12,3%) |
| **w przeszłości** | 22 (6,5%) | 22 (6,5%) | 44 (6,5%) |
| **nie** | 255 (75,4%) | 219 (64,6%) | 474 (70%) |
| **sporadycznie** | 29 (8,6%) | 47 (13,9%) | 76 (11,2%) |
| **Razem** | 338 | 339 | 677 |

**Tabela III. Rozkład wyników punktowych testu**

| **Poziom uzależnienia od nikotyny** | **Kraj** | | | | | | | | | | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Polska (*N* = 50)** | | | | | **Białoruś (*N* = 72)** | | | | | |
| | $\bar{x}$ | Me | *s* | min | max | $\bar{x}$ | Me | *s* | min | max | |
| Test Fagerstrom (pkt) | 3,02 | 3,00 | 2,30 | 0 | 9 | 3,15 | 3,00 | 2,35 | 0 | 9 | 0,6915 |

| **Poziom uzależnienia od nikotyny** | **Kraj (*p* = 0,8372)** | | **Razem** |
|---|---|---|---|
| | **Polska** | **Białoruś** | |
| **niski** | 48 (78,7%) | 77 (78,6%) | 125 (78,6%) |
| **średni** | 12 (19,7%) | 20 (20,4%) | 32 (20,1%) |
| **wysoki** | 1 (1,6%) | 1 (1,02%) | 2 (1,3%) |
| **Razem** | 61 | 98 | 159 |

Jak widać, w obu badanych grupach, poziom uzależnienia od nikotyny nie był wysoki - wynosił średnio 3,02±2,3 w zbiorowości polskiej oraz 3,15±2,35 w zbiorowości białoruskiej i nie były to różnice statystycznie istotne (wartość prawdopodobieństwa testowego *p* wyznaczone za pomocą testu Manna-Whitneya wynosi 0,6915).




**Rycina1. Punktowe wartości uzyskane przez badanych w teście wg Fagerströma**

Dokonano także oceny rozkładu procentowego udziału osób po dokonaniu kategoryzacji liczbowych wyników testu wg Fagerströma do trzech grup uzależnienia od nikotyny. Niski poziom prezentowało 78,6% studentów (125 osób), w tym 78,7% (48 osób) z Polski i 78,6% (77 osób) z Białorusi. Średni poziom dotyczył 20,1% badanych (32 osoby), w tym 19,7% (12 osób) z Polski i 20,4% (20 osób) z Białorusi. Wysoki poziom wykazywało 1,3% studentów (2 osoby), w tym 1,6% (1 osoba) z Polski i 1,02% (1 osoba) z Białorusi. Również takie podejście analityczne nie potwierdziło różnic istotnych statystycznie pomiędzy zbiorowością polską i białoruską ($p$ = 0,8372) - jak widać dominowały osoby sklasyfikowane, jako uzależnieni od nikotyny w stopniu niskim.

Respondenci z grupy polskiej deklarowali, że najczęściej sięgali po piwo (68,2%), rzadziej po wino (43,9%), czy wódkę (34,5%), a w grupie białoruskiej po piwo (53,9%), mocne alkohole, jak np. wódka, brandy (43,6%) i wino (29,2%), a rzadziej bimber (5,6%) lub szampan (1,4%). Nie wykazano statystycznie istotnych różnic także w deklaracji częstości spożywania alkoholu (p = 0,3591) Badani z obu grup deklarowali, iż alkohol spożywają najczęściej „sporadycznie" (54,1% - 366 osób), w tym - 56,5% studentów z Polski (191 osób) i 51,6% z Białorusi (175 osób). W przeszłości spożywanie alkoholu dotyczyło 1% badanych (7 osób), w tym 1,5% z Polski (5 osób) i 2% z Białorusi (2 osoby). Abstynencję zadeklarowało 21,7% respondentów (147 osób), w tym 20,1% z Polski (68 osób) i 23,2% (79 osób) z Białorusi. Do picia alkoholu przyznało się 23,2% ankietowanych (157 osób), w tym 21,9% z Polski (74 osoby) i 24,5% z Białorusi (83 osoby).

Jeśli chodzi o picie alkoholu w grupie polskiej, to udział osób zdecydowanie niepijących był największy na II roku studiów magisterskich, a różnice pomiędzy poszczególnymi latami studiów były istotne statystycznie ($p$ = 0,0013), choć kierunek zależny nie do końca jednoznaczny, co niewątpliwie utrudnia interpretację wyników. W grupie białoruskiej, w celu przeprowadzenia rzetelnej analizy statystycznej w przypadku zbiorowości białoruskiej połączono studentów deklarujących studiowanie na poziomie licencjatu z odpowiedziami I oraz II rok (powodem włączenia tych dwóch grup do studentów studiów licencjackich była ich mała liczność). Nie wykazano statystycznie istotnych różnic w częstości występowania osób palących pomiędzy różnymi latami studiów (wynik testu niezależności chi-kwadrat to $p$ = 0,3848). Wyniki obrazuje Tab. IV.

**Tabela IV. Spożywanie alkoholu**

| **Spożycie alkoholu** | **Rok studiów** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Grupa polska ($p$ = 0,0013**)** | | | | | | |
| | **I** | **II** | **III** | **I mgr** | **II mgr** | razem |
| **tak** | 10 (50,0%) | 28 (21,2%) | 13 (22,0%) | 16 (21,1%) | 7 (14,0%) | 74 |
| **sporadycznie** | 6 (30,0%) | 72 (54,5%) | 36 (61,0%) | 52 (68,4%) | 24 (48,0%) | 190 |
| **nie** | 4 (20,0%) | 32 (24,2%) | 10 (16,9%) | 8 (10,5%) | 19 (38,0%) | 73 |
| **razem** | 20 | 132 | 59 | 76 | 50 | 337 |
| **Grupa białoruska ($p$ = 0,3848)** | | | | | | |
| | **licenjat** | **III rok** | **IV rok** | **razem** | | |
| **tak** | 11 (13,6%) | 29 (23,6%) | 38 (31,9%) | 78 | | |
| **sporadycznie** | 54 (66,7%) | 60 (48,8%) | 53 (44,5%) | 167 | | |
| **nie** | 16 (19,8%) | 34 (27,6%) | 28 (23,5%) | 78 | | |
| **razem** | 81 | 123 | 119 | 323 | | |

| **Picie alkoholu** | **Kraj ($p$ = 0,3591)** | | **Razem** |
|---|---|---|---|
| | **Polska** | **Białoruś** | |
| **tak** | 74 (21,9%) | 83 (24,5%) | 157 (23,2%) |
| **w przeszłości** | 5 (1,5%) | 2 (0,6%) | 7 (1,0%) |
| **nie** | 68 (20,1%) | 79 (23,3%) | 147 (21,7%) |
| **sporadycznie** | 191 (56,5%) | 175 (51,6%) | 366 (54,1%) |
| **Razem** | 338 | 339 | 677 |

Dokonano także oceny poziomu uzależnienia od alkoholu stosując test MAST. Kwestionariusz tego testu składa się 8 pytań, a jako miarę sumaryczną określa się liczbą odpowiedzi twierdzących na pytania dotyczące występowania różnych form uzależnienia od alkoholu. Wszelkie analizy związane z pomiarem dokonanym za pomocą testu MAST dotyczą tylko i wyłącznie grupy osób pijących alkohol (w sumie 530 osób). W poniższej Tabeli V

przedstawiono dokładny rozkład miary punktowej wyznaczonej za pomocą kwestionariusza MAST.

**Tabela V. Wynik testu MAST**

| MAST test (punkty) | Kraj ($p$ = 0,0000***) | | Razem |
|---|---|---|---|
| | Polska | Białorus | |
| **0** | 80 (29,6%) | **137 (52,7%)** | 217 (40,9%) |
| **1** | **138 (51,1%)** | 93 (35,8%) | **231 (43,6%)** |
| **2** | 24 (8,9%) | 12 (4,6%) | 36 (6,8%) |
| **3** | 11 (4,1%) | 4 (1,5%) | 15 (2,8%) |
| **4** | 8 (2,9%) | 10 (3,8%) | 18 (3,4%) |
| **5** | 9 (3,3%) | 0 (0,0%) | 9 (1,7%) |
| **8** | 0 (0,0%) | 4 (1,5%) | 4 (0,8%) |
| **razem** | 270 | 260 | 530 |

Jak się okazuje, rozkład wartości MAST w badanej zbiorowości był bardzo jednorodny. Zdecydowana większość ankietowanych to osoby na pewno nie uzależnione od alkoholu - bowiem wartość 0 uzyskało 29,6% studentów z Polski i 52,7% z Białorusi, a 1 pkt. - 51,1% z Polski i 35,8% z Białorusi. Różnica w rozkładzie wartości testu MAST okazała się wysoce istotna statystycznie ($p$ = 0,0000). Osób, które wykazywałyby uzależnienie od alkoholu według testu MAST (wartość 5 pkt. lub więcej) było zaledwie 2,5% w całej badanej zbiorowości, w tym 3,3% w Polsce i 1,5% na Białorusi.

W kolejnym etapie analizy dokonano oceny deklarowanego używania narkotyków przez badanych studentów. Generalnie 93,5% z nich (633 osoby), w tym 94,1% z Polski (318 osób) i 92,9% z Białorusi (315 osób) twierdziło że obecnie nie używa narkotyków. W przeszłości zażywało je 0,5% (3 osoby) ankietowanych, w tym 0,3% z Polski (1 osoba) i 0,6% z Białorusi (2 osoby). Nie wykazano także statystycznie istotnych różnic w deklaracji częstości używania narkotyków (p = 0,7810). Wyniki obrazuje Tabela VI.

W Tabeli VII przedstawiono tylko te rodzaje narkotyków, które były choć raz zażywane przez ankietowane osoby deklarujące obecnie lub wcześniej używanie narkotyków. Najczęściej wymieniana była marihuana/haszysz. Pozostałe substancje pojawiały się dużo rzadziej. Mimo niewielkiej liczności badanych grup można jednak stwierdzić, iż narkotyzujące się osoby ze zbiorowości polskiej częściej sięgały po marihuanę (85%), zaś z kolei w grupie białoruskiej relatywnie częściej po leki psychotropowe i uspokajające (66,7%) oraz amfetaminę (60%). W grupie polskiej (Tab. VIII) używanie narkotyków występowało

sporadycznie, najczęściej wśród studentów najmłodszych stażem, ale wobec niewielkiej liczności tej grupy różnice nie są istotne statystycznie ($p$ = 0,1645).

**Tabela VI. Deklaracja używania narkotyków przez badanych studentów**

| Narkotyki | Kraj ($p$ = 0,7810) | | Razem |
|---|---|---|---|
| | Polska | Białoruś | |
| **tak** | 5 (1,5%) | 6 (1,8%) | 11 (1,6%) |
| **w przeszłości** | 1 (0,3%) | 2 (0,6%) | 3 (0,5%) |
| **nie** | 318 (94,1%) | 315 (92,9%) | 633 (93,5%) |
| **sporadycznie** | 14 (4,1%) | 16 (4,70%) | 30 (4,4%) |
| **Razem** | 338 | 339 | 677 |

**Tabela VII. Rodzaje narkotyków, po które sięgali ankietowani z obu zbiorowości**

| Rodzaje narkotyków | Kraj | | | | $p$ |
|---|---|---|---|---|---|
| | Białoruś n=24 | | Polska n=20 | | |
| | $N$ | %[1)] | $N$ | %[1)] | |
| **Marihuana/haszysz** | 4 | 16,6% | 17 | 85,0% | 0,0127* |
| **Amfetamina** | 12 | 60,0% | 1 | 5,0% | 0,0861 |
| **Kokaina** | 0 | 0,0% | 2 | 10,0% | 0,3793 |
| **Leki psychotropowe i uspokajające** | 16 | 66,7% | 0 | 0,0% | 0,0127* |
| **LSD** | 0 | 0,0% | 1 | 5,0% | 0,5436 |
| **Ekstazy** | 0 | 0,0% | 1 | 5,0% | 0,5436 |
| **Kokaina** | 0 | 0,0% | 1 | 5,0% | 0,5436 |
| **Heroina** | 1 | 4,2% | 0 | 0,0% | 0,0852 |

[1)] Procenty były wyliczane w obrębie grupy osób uzależnionych od narkotyków, które udzieliły odpowiedzi na dodatkowe pytania, można było wskazać kilka narkotyków

**Tabela VIII. Używanie narkotyków a rok studiów**

| Narkotyki | Rok studiów | | | | | Razem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | I | II | III | IV (I mgr) | V (II mgr) | |
| **zbiorowość polska ($p$ = 0,1645)** | | | | | | |
| **tak** | 3 (15,0%) | 5 (3,8%) | 5 (8,5%) | 4 (5,3%) | 2 (3,9%) | 19 (5,6%) |
| **nie** | 17 (85,0%) | 127 (96,2%) | 54 (91,5%) | 72 (94,7%) | 48 (98,0%) | 318 (94,1%) |
| **Razem** | 20 | 132 | 59 | 76 | 51 | 338 |
| **zbiorowość białoruska ($p$ = 0,0160*)** | | | | | | |
| **tak** | 4 (5,25%) | 1 (16,7%) | 1 (9,1%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 6 (1,8%) |
| **nie** | 60 (93,8%) | 5 (83,3%) | 10 (90,9%) | 123 (100%) | 135 (135%) | 317 (93,5%) |
| **Razem** | 64 | 6 | 11 | 123 | 135 | 339 |

Odwrotna sytuacja dotyczyła częstości używania narkotyków względem roku studiów w grupie białoruskiej. Oczywiście udział używających narkotyki w badanej zbiorowości jest w ogóle bardzo niski, więc i różnice pomiędzy grupami niewielkie. Tym niemniej, ze statystycznego punktu widzenia, można uznać, iż rok studiów wpływał na występowanie używania narkotyków – ten nałóg dotykał raczej początkujących studentów ($p$ = 0,0160*).

Osoby używające narkotyki zostały poproszone o wypełnienie Testu PUN składającego się z 10 pytań dotyczących stopnia uzależnienia od narkotyków. Poniżej zestawiono dokładne rozkłady wyników testu PUN w grupie polskiej i białoruskiej. Jak widać, w grupie białoruskiej wszystkie osoby uzyskały „najlepszą" oceną na skali PUN – 0 pkt. (Tabela IX).

**Tabela IX. Ocena stopnia uzależnienia od narkotyków za pomocą testu PUN w badanych zbiorowościach**

| Test PUN (pkt) | Kraj ($p$ = 0,0099**) | | Razem |
|---|---|---|---|
| | Białoruś N=24 | Polska N=20 | |
| **0** | 24 (100,0%) | 6 (30,0%) | 30 (68,2%) |
| **1** | 0 (0,0%) | 5 (25,0%) | 5 (11,4%) |
| **2** | 0 (0,0%) | 5(25,0%) | 5 (11,4%) |
| **3** | 0 (0,0%) | 2 (10,0%) | 2 (4,5%) |
| **4** | 0 (0,0%) | 1 (5,0%) | 1 (2,3% |
| **7** | 0 (0,0%) | 1 (5,0%) | 1 (2,3%) |
| **Razem** | 24 | 20 | 44 |

| Poziom uzależnienia | Kraj ($p$ = 0,0375*) | | Razem |
|---|---|---|---|
| | Białoruś | Polska | |
| **niski (0-1 pkt. w teście PUN)** | 24 (100,0%) | 11 (55,0%) | 35 (79,5%) |
| **wysoki (2-7 pkt. w teście PUN)** | 0 (0,0%) | 9 (45,0%) | 9 (20,5%) |
| **Razem** | 24 | 20 | 44 |

W grupie polskiej rozkład był dużo gorszy – 9 z 20 ankietowanych używających narkotyki uzyskało 2 lub więcej punktów w skali PUN, co oznacza wysoki poziom uzależnienia od narkotyków. Mimo niewielkiej liczności porównywanych grup, za pomocą dokładnego testu Manna-Whitneya wykazano znamienne różnice w rozkładzie miary PUN pomiędzy obiema grupami – na niekorzyść grupy polskiej. Osoby o niskim poziomie uzależnienia (0-1 pkt. w teście PUN) stanowiły ogółem 79,5% badanych (35 osób), w tym 55%

z Polski (11 osób) i 100% z Białorusi (24 osoby). Wysoki poziom uzależnienia (2-7 pkt. w teście PUN) prezentowało 20,5% badanych (9 osób), wszystkie z Polski (45% badanych studentów z tego kraju).

Różnica w częstości występowania osób o wysokim poziomie uzależnienia od narkotyków pomiędzy grupą polską i białoruską była znamienna statystycznie (wartość prawdopodobieństwa testowego *p* otrzymana za pomocą testu niezależności chi-kwadrat wynosi 0,0375*).

## DYSKUSJA

Amerykański badacz działań profilaktycznych Hawkins dokonał zestawienia ze sobą cech, sytuacji oraz warunków sprzyjających powstawaniu zachowań ryzykownych, nazywając je czynnikami ryzyka [26]. Wyróżnił także właściwości indywidualne, które zwiększają odporność (nazwane czynnikami chroniącymi) na działanie czynników sprzyjających zachowaniom ryzykownym. Rozumie się przez nie takie „*właściwości jednostek lub środowiska społecznego, których występowanie wzmacnia ogólny potencjał zdrowotny człowieka i zwiększa jego odporność na działanie czynników ryzyka*” [26] . Wyniki badań Bielawskiej i wsp. [27] wśród studentów I roku Akademii Medycznej pokazują, iż palacze tytoniu stanowili średnio około jedną czwartą wszystkich studentów. Z kolei w badaniu Stefańskiej i Ostrowskiej [28], oceniającym zachowania antyzdrowotne studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wykazano, iż ponad 60% badanych obu płci nigdy nie paliło papierosów, a co piąty respondent zgłaszał okazjonalne wypalanie nielicznych papierosów. Natomiast studenci z badania Siemińskiej i wsp. [29] znacznie rzadziej niż we Francji, Anglii, czy Stanach Zjednoczonych palili tak zwane „lekkie papierosy”. Szczerbiński i wsp. [30] swoim badaniem objęli 126 studentów studiów licencjackich niestacjonarnych WSWFiTw Supraślu i wykazali, że paliło 82% studentów turystyki i rekreacji oraz 85,5% z wychowania fizycznego.

W obecnej zbiorowości polskiej i białoruskiej studenci z reguły sięgali, po jak określali, papierosy mocne (odpowiednio 55,6% i 54,3% palących).

Z grupy 200 studentów z badania Kołpy i wsp. [31] 60% z nich paliło papierosy, a w grupie 1.585 studentów z ośmiu wyższych uczelni Gdańska z badania Chodorowskiego i wsp. [32] - papierosy paliło 25,2% studentów, najwięcej z Akademii Sztuk Pięknych, najmniej z Akademii Medycznej i Akademii Wychowania Fizycznego. W grupie 412 studentów badanych przez Siemińską i wsp. [29] codzienne palenie papierosów deklarowało 21%

studentów z I roku, w tym 17% kobiet i 28% mężczyzn a w przeszłości paliło 7% respondentów. 58% codziennych palaczy paliło papierosy regularnie od ponad 2 lat. Problem z określeniem czasu regularnego palenia miało 3,5% palaczy. 16% zapala codziennie pierwszego papierosa w czasie 30 minut po przebudzeniu [29]. W badania Kusmy i wsp. [33] studenci uczelni medycznej z Berlinie wypalający poniżej 10 papierosów dziennie stanowili 78,5% badanych, od 11 do 20 papierosów - 12,3%, a więcej niż 20 papierosów dziennie - 9,2%. Kanicka i wsp. [34] dokonując oceny wiedzy i poznania postaw dotyczących palenia papierosów w grupie 286 studentów kierunku Zdrowie Publiczne wykazała, że 30,8% wśród nich stanowiły osoby palące, a 69,2% niepalące. Kozłowski i wsp. [35] swoim badaniem objęli 111 studentów oraz absolwentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie i studentów uczelni niemedycznych województwa lubelskiego. Stwierdzili, że 62,3% studentów uczelni niemedycznych i 42,9% studentów Uniwersytetu Medycznego paliło papierosy. 20,3% studentów uczelni niemedycznych i 16,1% studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie paliło paczkę lub więcej papierosów dziennie [35]. Śniatała i wsp. [36] badaniem objęli 187 studentów (78,6% kobiet i 21,4% mężczyzn) Wydziału Lekarskiego II Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu i wykazała, że codziennie paliło papierosy 5,4% studentów. Aż 12,2% kobiet i 25% mężczyzn pierwszy raz po papierosa sięgnęło już w gimnazjum. Palenie pomagało studentom w radzeniu ze stresem (12,3%), w dobrej zabawie (10,2%), nauce (5,9%) lub w „zabiciu czasu" (4,3%). Nałóg palenia tytoniu próbowało rzucić jedynie 11,2% badanych [36].

W obecnym badaniu okazało się iż większy odsetek osób palących występował wśród studentów z Białorusi (15% osób), niż w grupie polskiej (10%), jednakże w obu zbiorowościach rok studiów nie różnicował wyraźnie częstości palenia papierosów. Uzyskane wyniki mogą świadczyć o tym, iż w studenckich kręgach palenie staje się obecnie coraz mniej popularne. Z uwagi na fakt, iż duży wpływ na decyzję o rozpoczęciu palenia tytoniu mają palący rówieśnicy, nie można nie uwzględnić wpływu dużego odsetka niepalących studentów w obu krajach. Niewykluczone, iż na wyniki badań wpływa fakt, że badana grupa to studenci kierunków medycznych, których świadomość negatywnych konsekwencji palenia papierosów jest, a przynajmniej powinna być, wyższa niż w innych zbiorowościach studenckich. Potwierdzeniem tego są wyniki testu według Fagerströma, w którym punktowe wartości miary poziomu uzależnienia od nikotyny w obu zbiorowościach nie były wysokie (średnio ok. 3,02 pkt. w zbiorowości polskiej i 3,15 pkt. w zbiorowości białoruskiej) i nieistotne statystycznie. Moda na niepalenie może wynikać także z prowadzonej na szeroką skalę kampanii

antynikotynowych. Nie można jednak wykluczyć i tego, że badana młodzież prezentowała inne zachowania ryzykowne, co będzie analizowane w dalszej części dyskusji.

Z badań przeprowadzonych w 2003 roku przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) [37] wynika, że alkohol jest najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną, a do picia napojów wysokoprocentowych przyznało się ponad 92% trzecioklasistów w gimnazjum oraz 96% uczniów drugich klas licealnych. Karama i wsp. [38] sugeruje, że częstość występowania picia alkoholu wśród studentów wydaje się być podobna w Europie, Ameryce Północne i Południowej oraz w Australii, natomiast nieco niższa w Afryce i Azji Andersson i wsp. [39] badali spożycie alkoholu w grupie studentów ze Szwecji. Okazało się, że 44,8% studentów płci męskiej i 50,4% żeńskiej - piło alkohol raz w tygodniu, a 38,8% mężczyzn i 20,1% kobiet - nawet częściej. Autorzy [39] wykazali statystycznie istotną zależność pomiędzy spożywaniem alkoholu przez studentów alkoholu częściej niż raz w tygodniu a problemami: w nauce ($p < 0,001$), finansowymi ($p < 0,001$) i ze snem ($p < 0,001$). Franca i wsp. [40] przebadali we Francji, 731 studentów II roku, kierunkach medycznych i humanistycznych. Epizody ciężkiego upijania się (do 3 razy w miesiącu) dotyczyły 26,0% studentów kierunków medycznych oraz 16,9% kierunków humanistycznych. Powyżej 4 razy w miesiącu upijało się 4,4% studentów kierunków medycznych i 10,0% studentów kierunków humanistycznych [40]. Keller i wsp, [41], w grupie studentów niemieckich I roku kierunków medycznych wykazała, iż 24,0% z nich w ciągu ostatnich 2 tygodni spożywało alkohol. W badaniu Stefańskiej i wsp. [28] wykazano niekorzystną sytuację w przypadku liczby osób pijących alkohol wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Około 90% ankietowanych, w tym 91% studentek i 87% studentów, deklarowało picie alkoholu. W powyższym badaniu wykazano również częstsze spożywanie alkoholu przez mężczyzn (najczęściej kilka razy w tygodniu), niż przez kobiety (zwykle kilka razy w miesiącu) [28]. Alkohol spożywało 95,7% studentów kierunków niemedycznych oraz 100% studentów z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, z badania Kozłowski i wsp. [35]. Co czwarty student z obu grup studenckich spożywał alkohol 2 lub więcej razy w tygodniu. 40,5% studentów uczelni niemedycznych i 52,4% z uczelni medycznych deklarowało picie alkoholu średnio raz w tygodniu. 31,9% studentów uczelni niemedycznych i 38,1% uczelni medycznych przynajmniej raz w życiu piło bez przerwy przez dwa lub więcej dni [35].

W obecnym badaniu nie wykazano statystycznie istotnych różnic w deklaracji częstości spożywania alkoholu pomiędzy badanymi grupami studentów ($p = 0,3591$), a studenci z obu grup (56,5% studentów z Polski i 51,6% z Białorusi) spożywali alkohol najczęściej

„sporadycznie". W przypadku picia alkoholu w zbiorowości polskiej udział osób zdecydowanie niepijących był największy na II roku studiów magisterskich, a pijących na I roku studiów licencjackich. Różnice pomiędzy poszczególnymi latami studiów były istotne statystycznie. Spożywanie alkoholu tzw. „sporadyczne" może być powiązane z modą na picie w weekendy w celu zrelaksowania, w czasie imprez, dyskotek, w celu odreagowania w sesji (oblewanie zdanych egzaminów czy kolokwiów, pocieszanie po niezdanych egzaminach itp.). Większy odsetek polskich studentów pijących na pierwszych latach studiów może być spowodowany chęcią pozbycia się przez nich zahamowań, rozluźnienia się, podkreślenia dorosłości i pokazania się jako „100% student", ułatwienia sobie nawiązywania i umacniania kontaktów między ludźmi, tworzenie okazji do spotkań, ułatwienie zabawy itp. Z kolei w przypadku zbiorowości białoruskiej znamiennie statystycznie większy odsetek pijących alkohol osób był na starszych latach studiów. Być może powyższe związane jest z większą liczbą studentów płci męskiej (26% na Białorusi, 20% Polsce), a co wynika z większego ich udziału w tzw. „męskich" imprezach , dodania sobie odwagi, mniejszej podatności na stres.

W badaniu Stefańskiej i wsp. [28] wykazano, że zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn najbardziej popularnym napojem alkoholowym było piwo (ponad 90% osób deklarujących picie alkoholu), a mężczyźni istotnie częściej niż kobiety sięgali po mocniejszy alkohol (wódka i drinki) [28]. W badaniu Chodorowskiego i wsp. [237] zarówno mężczyźni (73,7%), jak i kobiety (50,6%) preferowali piwo. W badaniu Kozłowski i wsp. [35] najbardziej rozpowszechnionym wśród studentów rodzajem alkoholu było piwo. Jego picie deklarowało 69,6% ankietowanych studentów uczelni niemedycznych i 57,1% studentów uczelni medycznych. Na kolejnych pozycjach znajdowały się wino, wszelkiego rodzaju drinki i na końcu alkohole mocne. Istotnie statystycznie ($p<0,05$) mniej kobiet deklarowało picie piwa (59,2%) w porównaniu do mężczyzn (80%). Podobnie istotnie statystycznie ($p<0,05$) mniej pań spożywało alkohole 38%. Kobiety częściej w porównaniu do mężczyzn wybierały wino [35].

Podobnie respondenci z grupy polskiej i białoruskiej deklarowali, że najczęściej sięgali po piwo (odpowiednio - 68,2% i 53,9%), rzadziej po wino (odpowiednio - 43,9% i 29,2% ), czy wódkę (odpowiednio - 34,5% i 43,6%). Prawdopodobnie związane to jest z niższą ceną piwa i łatwiejszym dostępem jego w placówkach handlowych. Nie można też wykluczyć kulturowych wzorców zachowania przy okazji spotkań towarzyskich, czy rodzinnych.

W badaniu Chodorowskiego i wsp. [32] w trzystrefowym teście AUDIT, dotyczącym picia alkoholu w sposób zagrażający zdrowiu, znalazło się 45,2% studentów, przy czym najmniej ryzykownie spożywali alkohol studenci Akademii Medycznej.

W badaniach własnych również dokonano oceny poziomu uzależnienia od alkoholu stosując test MAST. Jak się okazało zdecydowana większość studentów, to osoby na pewno nieuzależnione od alkoholu Niestety osoby, które wykazywałyby uzależnienie od alkoholu stanowiły 3,3% w Polsce i 1,5% na Białorusi, co jest szczególnie niepokojące z uwagi na dobór grup do badania. Przyszli pracownicy ochrony zdrowia powinni posiadać umiejętność obiektywnej oceny indywidualnych zagrożeń zdrowotnych, wynikających z nadużywania alkoholu. Studia medyczne nie stanowią jednak bariery przed piciem alkoholu, co może sprzyjać sięganiu także po inne używki.

Badanie przeprowadzone w ramach akcji „Uczelnie Wolne od Narkotyków" i sfinansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii ze środków budżetowych Ministra Zdrowia wydzielonych na badania oraz środków pochodzących z funduszy europejskich (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii – EMCDDA), miało na celu zbadanie stopnia natężenia zjawiska używania przez studentów substancji psychoaktywnych [10]. Wykazano, że najwyższe rozpowszechnienie używania narkotyków dotyczyło grupy studentów wywodzących się z miast liczących od 50 do 200 tys. mieszkańców, rzadziej wśród studentów z mniejszych miast i ze wsi. Respondenci z dużych miast (ponad 200 tys. mieszkańców) charakteryzowali się najniższym rozpowszechnieniem. Najwyższy odsetek okazjonalnych użytkowników był w grupie mężczyzn na pierwszym roku studiów (35,4%), a wśród studentek - na IV roku studiów (24,8%) [10]. W badaniach Kuczyńskiego i in. [42] w którym wzięło udział 417 studentów z trzech uczelni z Polski i z Białorusi: w Suwałkach, Białymstoku i Grodnie, potwierdziły że problem użycia narkotyków dotyczył wszystkich badanych uczelni, a prawie połowa respondentów wskazywała na możliwość bezproblemowego dostępu do środków psychoaktywnych. Kozłowski i wsp. [35] w grupie 111 studentów oraz absolwentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie i studentów uczelni niemedycznych województwa lubelskiego wykazał, iż 14,5% w grupie studentów uczelni niemedycznych i w 19,5% w grupie Uniwersytetu Medycznego używało narkotyki. Większość ankietowanych studentów (77%) badania Śniatały i wsp. [36] nigdy nie sięgało po substancje psychoaktywne. Z napoi energetyzujących i pobudzających podczas zwiększonego wysiłku fizycznego korzystało 19,8% ogółu badanych, a podczas wysiłku psychofizycznego - 18,7%. W przypadku 7% badanych powodem dla stosowania środków psychoaktywnych była ciekawość lub cele rozrywkowe. W opinii 6,4% studentów zdobycie substancji psychoaktywnych jest bardzo łatwe [36].

W obecnym badaniu nie wykazano statystycznie istotnych różnic w deklaracji częstości używania narkotyków pomiędzy studentami - używanie narkotyków deklarowało 1,5% grupy

z Polski i 1,8% z grupy z Białorusi. Uzależnienie od narkotyków występowało sporadycznie w obu zbiorowościach, najczęściej zaś wśród studentów najmłodszych lat studiów niż w zbiorowości studentów starszych. Jednakże w grupie polskiej, w przeciwieństwie do białoruskiej, były to różnice istotne statystycznie.

W badaniu przeprowadzonym w ramach akcji „Uczelnie Wolne od Narkotyków" [10] wykazano, że chociaż raz w życiu przetworów konopi indyjskich (marihuana lub haszysz) próbowało 35,6% studentów, aktualnie używało ich - 20,6%, a w czasie ostatnich 30 dni przyjmowało je 10,0% badanych. Amfetaminę chociaż raz w życiu używało 11,1% studentów, obecnie - 3,7% użytkowników, a często - 1,5% badanych. *Ecstasy* – chociaż raz w życiu - 4,7%, aktualnie -2,9% i często - 1,2%. LSD chociaż raz używało - 3,4% badanych, aktualnie - 0,9% i w czasie ostatnich 30 dni - 0,2% badanych. Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza, chociaż raz w życiu używało ich 4,1% badanych, chociaż raz w czasie 12. miesięcy przed badaniem - 2,1%, a w czasie ostatnich 30 dni – 1,1% [10].

W obecnym badaniu, mimo niewielkiej liczności grup zażywających narkotyki, osoby ze zbiorowości polskiej częściej sięgały po marihuanę (85%), zaś w grupie białoruskiej po leki psychotropowe i uspokajające (66,7%) oraz amfetaminę (60%). Te zróżnicowanie może wynikać z faktu, że w ostatnich latach na Białorusi zaobserwowano znaczne poszerzanie się nielegalnych dostaw syntetycznych substancji psychoaktywnych, w tym amfetaminy, co mogło przyczynić się do zwiększonego jej stosowania.

W badaniu Kozłowskiego i wsp. [35] najbardziej popularnym narkotykiem okazała się marihuana (26,1% studentów uczelni niemedycznych i 37,5% studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie), następnie dopalacze, amfetamina (4,3% studentów uczelni niemedycznych i 4,8% studentów uczelni medycznych) i heroina (1,4% respondentów).

W teście PUN w grupie polskiej 9 z 20 ankietowanych używających narkotyki uzyskało 2 lub więcej punktów w skali PUN, co oznacza wysoki poziom uzależnienia od narkotyków. W grupie białoruskiej 24 na 24 ankietowanych używających narkotyki uzyskało 0 punktów. Mimo niewielkiej liczności porównywanych grup, za pomocą testu Manna-Whitneya wykazano znamienne różnice w rozkładzie miary PUN pomiędzy obiema grupami – oczywiście na niekorzyść grupy polskiej. Gorsze wyniki studentów polskich być może wynikają z częstszego używania przez nich marihuany, której nie utożsamiają ze skutkami ubocznymi, w tym zwiększaniu narażenia na inne, nowe zachowania ryzykowne, o których będzie mowa dalej.

Obserwowanie różnych zachowań ryzykownych wśród grupie młodych dorosłych ma ogromne znaczenie dla całego społeczeństwa, zwłaszcza z uwagi na fakt, że młodzież

akademicka, stanowiąca główny segment populacji osób młodych, cieszący się dużym prestiżem i może kształtować społeczne potrzeby oraz prezentować racjonalne wzorce zachowań prozdrowotnych.

Pracownicy ochrony zdrowia są grupą zawodową zobowiązaną do promocji i przywracania zdrowia. Już w trakcie studiów nabywają wiedzę o zdrowiu oraz czynnikach ryzyka zagrażających zdrowiu i wykształcają postawy zdrowotne, które wpływają nie tylko na ich zachowania, ale także na zachowania ich rówieśników, znajomych, rodziny i pacjentów. Podkreślić należy, iż stosowanie alkoholu oraz substancji psychoaktywnych u osób wykonujących zawody medyczne może spowodować, iż nie mają one szansy w jakimkolwiek kontakcie z pacjentem i z innymi członkami zespołu terapeutycznego, na realną ocenę sytuacji, na przeprowadzenie dokładnego badania, postawienie właściwej diagnozy, przeprowadzenie zabiegów leczniczych, a to w konsekwencji może doprowadzić do stanu zagrożenia zdrowia i życia chorego.

## WNIOSKI

1. W obu zbiorowościach poziom uzależnienia od papierosów był niski, ale w grupie studentów z Białorusi występował większy odsetek osób palących.
2. Nie wykazano statystycznie istotnych różnic w deklaracji częstości spożywania alkoholu pomiędzy zbiorowością polską, a białoruską, przy czym osób wykazujących uzależnienie od alkoholu, było więcej w Polsce, niż na Białorusi.
3. Nie wykazano statystycznie istotnych różnic w deklaracji częstości zażywania narkotyków pomiędzy zbiorowością polską, a białoruską, chociaż osób używających narkotyków było nieznacznie więcej w grupie białoruskiej, niż w polskiej, ale mimo to stwierdzono wyższy stopień uzależnienia od narkotyków w zbiorowości polskiej.
4. Studenci z Polski byli istotnie statystycznie bardziej asertywni niż z Białorusi.

## PIŚMIENNICTWO

1. Gniazdowski A.: Zachowania prozdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego. Łódź, Instytut Medycyny Pracy, 1990.
2. Lalonde M.: A new perspective on the health of Cannadians. A working document. Minister of Supply and Services, Kanada 1981.

3. Woynarowska B. (red.): Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki. Warszawa, Wydawnictwo PWN, 2007.
4. Sęk H.: Zdrowie behawioralne [w:] Psychologiczny kontekst problemów społecznych, J. Strelau (red.). Poznań, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 2000: 533–553.
5. Mazur J., Tabak I., Malkowska-Szkutnik A., Ostaszewski K.: Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem, zachowań ryzykownych. Warszawa, Raport z badań HBSC 2006. Instytut Matki i Dziecka, 2008.
6. Okulicz-Kozaryn K.: Pozytywne oczekiwania wobec picia alkoholu a konsumpcja alkoholu przez młodzież. Alkoholizm i Narkomania 1999; 1/34: 23–41.
7. Ostaszewski K.: Pozytywna profilaktyka. Świat Problemów 2006; 3: 6–10.
8. Kowalewska A., Bedyńska S.: Wagarowanie. Postrzeganie osiągnięć i wymagań szkolnych a podejmowanie zachowań ryzykownych przez dziewczęta 18‑letnie w Polsce [w:] Człowiek w wielkiej sieci, t.1, D. Sarzała, M. Walancik (red.). Warszawa, Szkoła Głowna Gospodarstwa Wiejskiego, Mazowieckie Centrum Profilaktyki Uzależnień, 2011: 401–409
9. Siwy-Hudowska A., Porczyńska A.: Osobowościowe i temperamentalne uwarunkowania tendencji do podejmowania zachowań ryzykownych [w:] Człowiek i jego decyzje, Kłosiński K.A., Biela A. (red.), (t. 2). Lublin, Wydawnictwo KUL, 2009: 239-300.
10. Studenci 2004. Raport z badania ankietowego na temat używania substancji psychoaktywnych przez studentów. http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/stu denci-2004-raport-z-badania-ankietowego-na-temat-uzywania-substancji-psycho aktywnych-przez-studentow/, (data dostępu 09.05.2020).
11. Pstrąg D.: Wybrane zagadnienia z problematyki uzależnień. Rzeszów, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, 2000.
12. Mazur J, Kowalewska A, Woynarowska B.: Picie alkoholu a inne zachowania ryzykowne dla zdrowia młodzieży w wieku 11.15 lat. Medycyna Wieku Rozwojowego 2003; 7(1): 75-90.
13. Stępień E.: Czynniki ryzyka kontaktów z narkotykami od dorastania do wczesnej dorosłości (badania katamnestyczne). Alkoholizm i Narkomania 2001; 3(14): 407- 420.
14. Donovan J., Jessor R., Costa F.: Adolescent problem drinking. Stability of psychosocial and behavioral correlates across a generation. Journal of Studies on Alcohol and Drugs 1999; 60(3): 352 -361.
15. Ponczek D., Olszowy I.: Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie. Problemy Higieny i Epidemiologii 2012; 93(2): 260-268.

16. Ostaszewski K.: Zapobieganie użyciu substancji i psychoaktywnych [w:] Edukacja zdrowotna. Woynarowska B. (red.). Warszawa, Wydawnictwo PWN, 2008: 483-548.
17. Skalska-Sadowska J.: Rozpowszechnienie substancji psychoaktywnych wśród młodzieży szkolnej miasta Poznania w powiązaniu z niektórymi elementami stylu życia. www. docMHTML.pl , (data dostępu 05.05. 2020).
18. Ścisło L., Rumińska A., Wręźlewicz E.: Poziom zagrożenia alkoholizmem wśród młodzieży szkolnej oraz propozycje działań profilaktycznych. Zdrowie Publiczne 2002; 112(supl 1): 184-187.
19. Raport WHO: Global status report on alcohol and health 2014", http://apps.who. int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf, (data dostępu 05.05. 2020).
20. Dąbrowska K., Miturska E., Moskalewicz J., Wieczorek Ł.: Konsekwencje używania i nadużywania marihuany w świetle współczesnej wiedzy. Alkoholizm i Narkomania 2012; 25: 167-186.
21. Główny Urząd Statystyczny w Krakowie: Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 roku. Studia i analizy statystyczne. Kraków 2011, www.stat.gov. pl/cps/rde/ xbcr/gus/zo_zdrowie_dzieci_mlodziezy_w_polsce_2009.pdf, (data dostępu 05.05. 2020).
22. Heatherton T.F., Kozlowski L.T., Frecker F.C., Fagerström K.O.: The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. British Journal of Addiction 1991; 86: 1119-1127.
23. Connor J.P., Grier M., Feeney G.F., Young R.M.: The validity of the Brief Michigan Alcohol Screening Test (bMAST) as a problem drinking severity measure. The Journal of Studies on Alcohol and Drugs 2007; 68(5): 771-779.
24. Okulicz‑Kozaryn K.: Założenia do wrażania skutecznych strategii profilaktycznych [w:] Rekomendacje do realizowania i finansowania gimnazjalnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2009 r. PARPA, Warszawa 2008: 52–65.
25. http://www.zmienprzyzwyczajenia.wzp.pl/testy-umozliwiajace-rozpoznawanie-proble mowego-uzywania-przetworow-konopi-i-innych-narkotykow (data dostępu 5.05.2020).
26. Ostaszewski K.: Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2003.
27. Bielawska A., Kmieciak M., Jędrasiak L.: Rozpowszechnienie palenia papierosów wśród studentów I roku Akademii Medycznej. Przegląd Lekarski 2006; 10: 1031–1037.
28. Stefańska E., Ostrowska L., Kardasz M., Czapska D.: Ocena wybranych cech stylu życia kształtujących stan zdrowia studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Nowa Medycyna 2010; 4: 125-129.

29. Siemińska A., Jassem J., Uherek M., Wilamowski T., Nowak R., Jassem E.: Postawy wobec palenia tytoniu wśród studentów pierwszego roku medycyny. Pneumologia i Alergologia Polska 2006; 74: 377–382.
30. Szczerbiński R., Karczewski J.: Wybrane zachowania zdrowotne studentów Wyższej Szkoły Wychowania Fizycznego i Turystyki w Supraślu – palenie papierosów i spożywanie napojów alkoholowych. Hygeia Public Health 2010; 45: 185.
31. Kołpa M., Grochowska A., Kubik B., Schlegel-Zawadzka M.: Palenie tytoniu wśród studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Tarnowie kierunek pielęgniarstwo i informatyka. Problemy Higieny i Epidemiologii 2007; 88(supl. 3): 75-80.
32. Chodorowski Z., Sein Annad J., Salamon N.: Ocena nikotynizmu i picia alkoholu przez studentów wyższych uczelni Gdańska. Przegląd Lekarski 2001; 58: 272-275.
33. Kusma B., Quarcoo D., Vitzthum K.: Berlin's medical student's smoking habits, knowledge about smoking and attitudes toward smoking cessation counseling. Journal of Occupational Medicine and Toxicology 2010; 16: 5–9.
34. Kanicka M., Krupicka A., Krysińska M., Lewkowicz M., Manias S., Kowalska A., Szpak A.: Wiedza i postawy studentów kierunku Zdrowie Publiczne Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku dotycząca nikotynizmu. Problemy Higieny i Epidemiologii 2010; 91(1): 164-168.
35. Kozłowski P., Idziak M., Jędrzejewska B., Daniluk J.: Ocena występowania negatywnych czynników stylu życia wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie i studentów uczelni niemedycznych. Journal of Health Sciences 2014; 04( 02): 191-200.
36. Śniatała R., Gerreth K., Miodowicz-Owczarczuk K.: Borysewicz-Lewicka M.: Uwarunkowania stosowania używek w ocenie studentów uczelni medycznej. Przegląd Lekarski 2015; 72(10): 540-544.
37. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych: Poradnik dla rodziców. Available from: www.parpa.pl/content/view/202/12 (data dostępu 05.05. 2020).
38. Karama E., Kyprid K., Salamounc M.: Alcohol Use Among College Students: An International Perspective. Current opinion in Psychiatry 2007; 20(3): 213–221.
39. Andersson A., Wiréhn A.B., Ölvander C., Ekman D.S., Bendtsen P.: Alcohol use among university students in Sweden measured by an electronic screening instrument. BMC Public Health 2009; 9: 229.
40. Franca L.R., Dautzenberg B., Falissard B., Reynaud M.: Peer substance use overestimation among French university students: a cross-sectional survey. BMC Public Health 2010; 10: 169.

41. Keller S., Maddock J.E., Laforge R.G., Velicer W.F., Basler H.D.: Binge drinking and health behavior in medical students. Addictive Behaviors 2007; 23: 505–515.
42. Kuczyński J., Kleszczewska E., Popławski T., Łogwiniuk K., Szpakow A., Szpakow A.: Badanie używania substancji psychoaktywnych oraz postaw prozdrowotnych wśród studentów uczelni z Suwałk, Białegostoku i Grodna. Problemy Higieny i Epidemiologii 2011; 92(4): 760-765.

# Używanie narkotyków, palenie papierosów, nadużywanie alkoholu w grupie studentów kierunków medycznych z Polski i Białorusi a problem ryzykownego używania telefonu komórkowego i Internetu

**Agnieszka Kułak-Bejda[1], Napoleon Waszkiewicz[1], Andrei Shpakou[2], Aliaksandr Shpakau[2], Magdalena Lech[1,3], Grzegorz Bejda[4]**

1. Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Yanka Kupala State University of Grodno, Belarus
3. Zakład Dietetyki i Żywienia Klinicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

## WPROWADZENIE

W roku 1969 Komitet Ekspertów Narodowej Organizacji Zdrowia zdefiniował uzależnienie [cyt. za 1] jako „*stan psychiczny , a niekiedy także fizyczny, wynikający z interakcji pomiędzy organizmem a środkiem uzależniającym, charakteryzujący się zmianą zachowania oraz innymi reakcjami, do których należy konieczność zażywania tego środka, w sposób ciągły lub okresowy, w celu doznania jego wpływu na psychikę, a niekiedy także po to, aby uniknąć przykrych objawów wynikających z jego braku. Tolerancja może wystąpić równocześnie. Osobnik może być uzależniony od więcej niż jednego środka*".

Z kolei w słowniku języka polskiego [2] można znaleźć następującą definicję: *„uzależnić, to stawać się zależnym, od kogoś pod jakimś względem lub popadać w jakiś nałóg*."

Powszechnie termin *uzależnienie, uzależniony* używany jest głównie w stosunku do osób używających alkoholu, narkotyków (narkomani), leków (lekomani), papierosów (nałogowi palacze), a także uzależnionych od hazardu (hazardziści).

Becelewska [3] pod pojęciem uzależnienie rozumie „*silną chęć podjęcia się jakiejś czynności lub zażycia substancji. Nie biorąc pod uwagę objawów można przyrównać uzależnienie do przymusu zaspokojenia aktualnej potrzeby"*. Powyższe zachowanie jest aktywowane pod wpływem środowiska lub czynników psychologicznych, a w momencie niemożności zastąpienia ważnych wartości, innymi równie ważnymi, występuje frustracja [3] .

Griffith i wsp., za Jędrzejko i wsp. [4], jako pierwsi stworzyli pełny kliniczny opis uzależnienia. W związku z tym, że przedmiotem zainteresowań naukowych Griffitha i wsp. było uzależnienie od alkoholu, zaobserwowali oni, że u takich osób uzależnionych występuje zbliżona grupa swoistych objawów, do których zaliczał: stopniowo zwiększone pragnienie picia, potrzebę picia coraz większych ilości, a także występowanie specyficznych objawów po odstawieniu alkoholu. Bardzo szybko okazało się, że te mechanizmy i cechy można również odnieść także do pozostałych substancji uzależniających [cyt. za 4].

Współcześnie uważa się, że uzależnienie należy traktować jako chorobę, którą podobnie, jak inne przewlekłe schorzenia, można i należy koniecznie leczyć [5].

W społeczeństwie problem uzależnień jest dobrze znany od dawna i dzieli się je na uzależnienia: fizyczne, psychiczne i społeczne, z których każde ma pewne cechy wyróżniające je od innych, ale także wiele cech wspólnych [3,6]. Warto także nadmienić, że często uzależnienie psychologiczne wywodzi się ze społecznego, a te z kolei ma wpływ na uzależnienie psychiczne, prowadzące do uzależnienia fizycznego [3,6].

## CEL PRACY

Celem pracy było sprawdzenie czy istnieją zależności między używaniem narkotyków, paleniem papierosów i nadużywaniem alkoholu a ryzykownym używaniem telefonu komórkowego i Internetu.

## MATERIAŁ I METODY

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMB R-I-002/448/2015, Kierownika Katedry Medycyny Sportowej i Rehabilitacji, Państwowego Uniwersytetu im. Janka Kupały w Grodnie oraz Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Badania przeprowadzono w grupie 338 studentów kierunków medycznych z Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (Grupa I) oraz 339 studentów kierunków medycznych Państwowego Uniwersytetu im. Janka Kupały w Grodnie (Grupa II).

Dobór grup był celowy - student kierunku medycznego. W obu grupach rozdano po 350 ankiet.

Zwrotnie otrzymano 338 polskich ankiet oraz 339 białoruskich i wszystkie użyto do badania.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankietowego (w języku polskim i rosyjskim) zawierającego:

- Autorski kwestionariusz ankietowy specjalnie skonstruowany do obecnych badań
- Test uzależnienia od nikotyny wg Fagerströma [7] .
- Test bMAST *(Michigan Alcoholism Screening Test*) - pozwalający ocenić prawdopodobieństwo występowania problemów z alkoholem, m.in. uzależnienia od alkoholu lub problemowego picia [8].
- Test PUN - Problemowego Używania Narkotyków [9].
- Test uzależnienia od Internetu wg Kimberly Young - opracowany przez amerykańską psycholog Kimberly Young, uznaną specjalistkę od uzależnień behawioralnych i służący do wstępnej identyfikacji uzależnienia od Internetu [10].
- Test uzależnienia od telefonu komórkowego Guerreschiego - pozwalający ocenić zagrożenie uzależnieniem od telefonu komórkowego [10].

Zastosowane w analizie testy statystyczne posłużyły do oceny, czy zależności i relacje zaobserwowane w próbie są efektem ogólniejszej prawidłowości panującej w całej populacji, czy tylko przypadkowym rezultatem.

Wykorzystano Test niezależności chi-kwadrat, testem *t* dla prób niezależnych, analizę wariancji (ang. ANOVA), test nieparametryczny (test Kruskala-Wallisa), współczynnik korelacji rang Spearmana, testu Manna-Whitneya.

## WYNIKI

W badaniu uczestniczyło ogółem 677 osób, w tym 338 z Polski i 339 z Białorusi. Wśród ankietowanych generalnie przeważały osoby z grupy wiekowej od 21 do 30 lat (56,1% -380 osób), w tym 72,9% (245 osób) z Polski i 39,8% (135 osób) z Białorusi. W grupie wiekowej 18-20 lat, było 43,9% (297 osób) ankietowanych, w tym 27,5% (93 osoby) z Polski i 60,2% (204 osoby) z Białorusi.

Poziom uzależnienia od nikotyny nie był wysoki - wynosił średnio 3,02±2,3 w zbiorowości polskiej oraz 3,15±2,35 w zbiorowości białoruskiej i nie były to różnice statystycznie istotne (wartość prawdopodobieństwa testowego *p* wyznaczone za pomocą testu Manna-Whitneya wynosi 0,6915). Niski poziom uzależnienia niski dotyczył 78,7% studentów z Polski i 78,6% z Białorusi, poziom średni – 19,7% z Polski i 204,% z Białorusi, a wysoki – 1,6% z Polski i 1,02% z Białorusi.

Rozkład wartości MAST w badanej zbiorowości był bardzo jednorodny. Zdecydowana większość ankietowanych to osoby na pewno nie uzależnione od alkoholu - bowiem wartość 0 uzyskało 29,6% studentów z Polski i 52,7% z Białorusi, a 1 pkt. - 51,1% z Polski i 35,8% z Białorusi. Różnica w rozkładzie wartości testu MAST okazała się wysoce istotna statystycznie ($p$ = 0,0000). Osób, które wykazywałyby uzależnienie od alkoholu według testu MAST (wartość 5 pkt. lub więcej) było zaledwie 2,5% w całej badanej zbiorowości, w tym 3,3% w Polsce i 1,5% na Białorusi, zaś 8 pkt – jedynie 1,5% z Białorusi. Dwa pkt. uzyskało 8,9% osób z Polski i 4,6% z Białorusi, 3 pkt – 4,1% z Polski i 1,5% z Białorusi, a 4 pkt. – 2,9% z Polski i 3,8% z Białorusi.

Osoby używające narkotyki zostały poproszone o wypełnienie Testu PUN. W grupie polskiej rozkład był dużo gorszy – 9. z 20. ankietowanych używających narkotyki uzyskało 2 lub więcej punktów w skali PUN, co oznacza wysoki poziom uzależnienia od narkotyków. W grupie białoruskiej wszystkie osoby uzyskały „najlepszą" oceną na skali PUN – 0 pkt. (100%). W grupie polskich studentów – wartość 0 w teście PUN uzyskało 30% badanych, 1 lub 2 pkt – po 25%, 3 pkt. – 10% , a 4 lub 7 pkt. po 5% ($p$ = 0,0099**). Mimo niewielkiej liczności porównywanych grup, za pomocą dokładnego testu Manna-Whitneya wykazano znamienne różnice w rozkładzie miary PUN pomiędzy obiema grupami – na niekorzyść grupy polskiej. Osoby o niskim poziomie uzależnienia (0-1 pkt. w teście PUN), stanowiły ogółem 79,5% badanych (35 osób), w tym 55% z Polski (11 osób) i 100% z Białorusi (24 osoby). Wysoki poziom uzależnienia (2-7 pkt. w teście PUN) prezentowało 20,5% badanych (9 osób), wszystkie z Polski (45% badanych studentów z tego kraju). Różnica w częstości występowania osób o wysokim poziomie uzależnienia od narkotyków pomiędzy grupą polską i białoruską była znamienna statystycznie (wartość prawdopodobieństwa testowego $p$ otrzymana za pomocą testu niezależności chi-kwadrat wynosi 0,0375*).

Poziom uzależnienia od Internetu badano za pomocą testu Kimberly Young. Brak uzależnienia wykazało 34% studentów z Polski i 30,1% z Białorusi. Poziom uzależnienia na 1 pkt. – 26,9% z Polski i 24,5% z Białorusi, na 2 pkt – 16,6% z Polski i 16,8% z Białorusi, na 3 pkt – 10,1% z Polski i 10,9% z Białorusi, na 4 pkt – 6,8% z Polski i 8,8% z Białorusi, na 5 pkt – 3,3% z Polski i 5% z Białorusi, na 6 pkt – 0,9% z Polski i 1,5% z Białorusi, na 7 pkt – 1,5% z Polski i 1,5% z Białorusi, a na 8 pkt –0,9% z Białorusi ($p$ = 0,0696).

Pomiar poziomu uzależnienia od telefonu komórkowego oceniano za pomocą standaryzowanego kwestionariusza Guerreschiego. Poziom uzależnienia w obu grupach można określić jako przeciętny, ponieważ wartości średnie sytuowały się mniej więcej pośrodku zakresu od 20 do 30 punktów. Nieco wyższy poziom uzależnienia wykazywali

respondenci z Polski niż z Białorusi (średnio 21,1 pkt. vs. 20,2 pkt). Poziom uzależnienia w zakresie 14-17 pkt. prezentowało 6,5% studentów z Polski i 9,8% z Białorusi, 18-21 pkt. - 51,2% studentów z Polski i 65% z Białorusi, 22-25 pkt. – 37,6% studentów z Polski i 23,2% z Białorusi, a 26-30 pkt.- 4,7% studentów z Polski i 2,1% z Białorusi.

W następnym etapie zbadano wpływ uzależnienia od papierosów, alkoholu oraz narkotyków na poziom uzależnienia od telefonu komórkowego. W celu uwiarygodnienia wyników analizy, dla niektórych czynników, konieczne było połączenie mniej licznych grup (w szczególności w przypadku incydentalnie występującego uzależnienia od narkotyków). Także dla uzależnienia od papierosów i alkoholu, połączono grupy osób nie uzależnionych i tych, które już zerwały z nałogiem („w przeszłości").

Wykazano, iż uzależnienie od papierosów może być czynnikiem ryzyka uzależnienia od Internetu – taka zależność występowała w grupie polskiej ($p$ = 0,0047**). Osoby palące (nieważne, czy sporadycznie, czy regularnie) miały o ok. 6 pkt. (średnio rzecz biorąc) wyższe wartości miary Guerreschiego, niż niepalący. Takiej relacji nie stwierdzono w grupie białoruskiej – kierunek różnic pomiędzy palaczami i niepalącymi był podobny, ale różnice zbyt małe, by mogły być uznane za istotne statystycznie ($p$ = 0,5948). Wyniki obrazuje Tabela I.

Bazując na 159-osobowej grupie osób palących, które wypełniły kwestionariusz wg Fagerströma dokonano analizy zależności poziomu uzależnienia od telefonu komórkowego i poziomu uzależnienia od nikotyny. W pierwszym ujęciu zastosowano analizę korelacji, bazując na liczbowych wartościach miary uzależnienia od nikotyny, a następnie wykorzystano również dychotomiczny podział na osoby uzależnione w stopniu niskim oraz średnim lub wysokim. Opierając się na wynikach analizy korelacji nie można stwierdzić żadnej zależności pomiędzy poziomem uzależnienia od nikotyny a poziom uzależnienia od telefonu komórkowego. Jednakże sam fakt palenia papierosów w zbiorowości polskiej był czynnikiem wzmagającym poziom nomofobii. Nie wykazano natomiast wpływu nasilenia nałogu mierzonego wg Fagerströma w żadnej zbiorowości na poziom uzależnienia od telefonu komórkowego. Wyniki obrazuje Tabela I.

Wyodrębnienie dychotomicznego podziału na osoby z niskim i średnim/wysokim poziomem uzależnienia od nikotyny prowadziło do nieco ciekawszych wniosków dla zbiorowości polskich studentów. Co prawda wynik testu $t$ był nieistotny statystycznie, ale wartość prawdopodobieństwa testowego $p$ nieznacznie tylko przekraczała 0,10 - więc jest to wynik, na który warto przynajmniej zwrócić uwagę. Co ciekawe, w grupie osób o średnim lub wysokim poziomie uzależnienia od nikotyny, poziom uzależnienia od telefonu komórkowego był mniejszy – średnio rzecz biorąc o ok. 7 pkt. prawdopodobnie więc osoby o silnym

uzależnieniu od nałogu palenia papierosów nie miały już „potrzeby" uzależniania się od telefonu komórkowego. Wyniki obrazuje Tabela II i Ryc. 1.

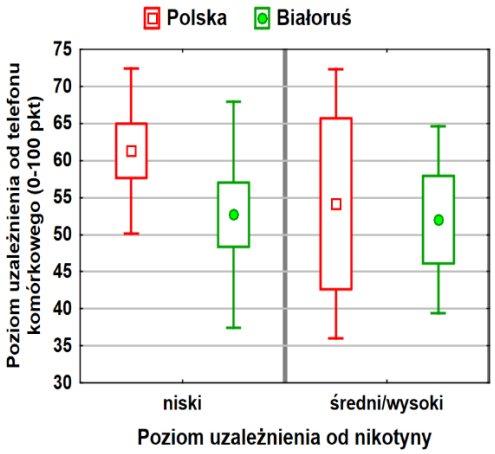
**Tabela I. Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego oceniany za pomocą testu Guerreschiego w zależności od palenia papierosów**

| Palenie papierosów | Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt)/kraj | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Polska | | | | Białoruś | | | |
| | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* |
| **tak** | 31 | 59,2 | 60,0 | 13,7 | 48 | 52,6 | 52,5 | 15,7 |
| **sporadycznie** | 29 | 60,9 | 60,0 | 12,9 | 47 | 51,5 | 50,0 | 10,9 |
| **nie** | 277 | 54,5 | 55,0 | 11,5 | 241 | 50,9 | 50,0 | 10,0 |
| ***p*** | 0,0047** | | | | 0,5948 | | | |

| Poziom uzależnienia od nikotyny | Kraj | |
|---|---|---|
| | Polska | Białoruś |
| | Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt) | |
| *Test Fagerstrom (pkt)* | -0,10 ($p$ = 0,5001) | 0,04 ($p$ = 0,7163) |

**Tabela II. Poziom uzależnienia od papierosów a poziom uzależnienia od telefonu komórkowego**

| Poziom uzależnienia od nikotyny | Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kraj | | | | | | | |
| | Polska | | | | Białoruś | | | |
| | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* |
| **niski** | 48 | 61,3 | 60,0 | 11,1 | 77 | 52,7 | 50,0 | 15,2 |
| **średni/wysoki** | 13 | 54,2 | 52,5 | 18,2 | 21 | 52,0 | 47,5 | 12,6 |
| ***p*** | 0,1056 | | | | 0,8562 | | | |

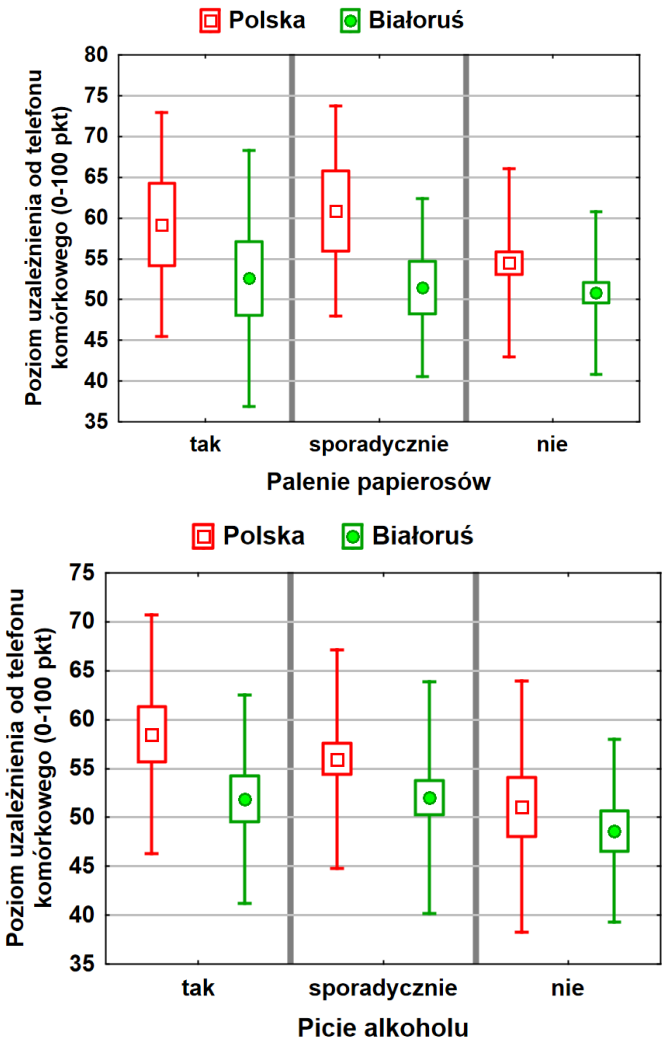



**Rycina 1. Poziom uzależnienia od papierosów a poziom uzależnienia od telefonu komórkowego**

Zależność pomiędzy poziomem uzależnienia od alkoholu a poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego był bardziej wyrazisty w grupie studentów z Polski, a jedynie zbliżony do poziomu znamienności statystycznej w grupie białoruskiej. Wyniki obrazuje Tabela III i Rycina 2.

**Tabela III. Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego oceniany za pomocą testu Guerreschiego w zależności od picia alkoholu**

| Picie alkoholu | Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt)/kraj | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Polska | | | | Białoruś | | | |
| | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* |
| **tak** | 74 | 58,5 | 57,5 | 12,2 | 82 | 51,9 | 50,0 | 10,7 |
| **sporadycznie** | 191 | 56,0 | 55,0 | 11,2 | 174 | 52,0 | 50,0 | 11,8 |
| **nie** | 73 | 51,1 | 50,0 | 12,8 | 80 | 48,6 | 50,0 | 9,3 |
| ***p*** | **0,0005*** ** | | | | 0,0590 | | | |




**Rycina 2. Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego oceniany za pomocą testu Guerreschiego w zależności od picia alkoholu**

W obu badanych grupach studentów nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w poziomie uzależnienia od telefonu komórkowego pomiędzy osobami uzależnionymi od narkotyków i pozostałymi studentami. Oczywiście podkreślić należy, iż to porównanie jest wybiórcze, z powodu małej liczności grupy osób biorących narkotyki. Wyniki obrazuje Tabela IV.

**Tabela IV. Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego oceniany za pomocą testu Guerreschiego w zależności od zażywania narkotyków**

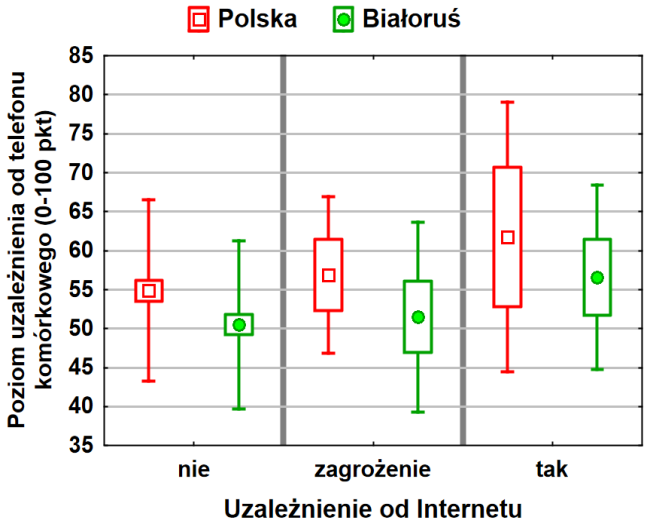
| zażywanie narkotyków | Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt)/kraj | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Polska | | | | Białoruś | | | |
| | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* |
| **tak** | 18 | 54,7 | 55,0 | 8,7 | 13 | 50,8 | 50,0 | 12,2 |
| **nie** | 319 | 55,5 | 55,0 | 12,2 | 315 | 51,2 | 50,0 | 11,1 |
| ***p*** | 0,7812 | | | | 0,8855 | | | |

Wykazano, iż uzależnienie od Internetu i uzależnienie od telefonu komórkowego były ze sobą powiązane. Taka zależność była istotna statystycznie w grupie studentów z Białorusi, a zbliżona do poziomu znamienności statystycznie wśród studentów z Polski (wartość prawdopodobieństwa testowego *p* nieznacznie przekracza 0,05). Punktowa miara zależności od telefonu komórkowego była o kilka punktów wyższa, średnio rzecz biorąc, w grupie osób ocenionych jako uzależnione od Internetu. Wyniki obrazuje Tabela V i Rycina 3.

**Tabela V. Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego oceniany za pomocą testu Guerreschiego w zależności od uzależnienia od Internetu**

| Uzależnienie od Internetu | Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Polska | | | | Białoruś | | | |
| | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* |
| **nie** | 296 | 54,9 | 55,0 | 11,6 | 277 | 50,5 | 50,0 | 10,8 |
| **zagrożenie** | 21 | 56,9 | 55,0 | 10,1 | 30 | 51,5 | 50,0 | 12,2 |
| **tak** | 17 | 61,8 | 60,0 | 17,3 | 25 | 56,6 | 55,0 | 11,8 |
| ***p*** | 0,0560 | | | | 0,0296* | | | |

Zbadano także związek surowych wartości punktowych otrzymanych za pomocą testu Kimberly Young, z miarą uzależnienia od telefonu komórkowego. Do oceny takiej zależności wykorzystano współczynnik korelacji rang Spearmana.




**Rycina 3. Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego oceniany za pomocą testu Guerreschiego w zależności od uzależnienia od Internetu**

Takie podejście analityczne pozwoliło na stwierdzenie istotnej statystycznie zależności zarówno w zbiorowości białoruskiej, jak i polskiej.

Dodatni znak współczynników korelacji świadczy od tym, że poziom uzależnienia od telefonu komórkowego rósł wraz z poziomem uzależnienia od Internetu.

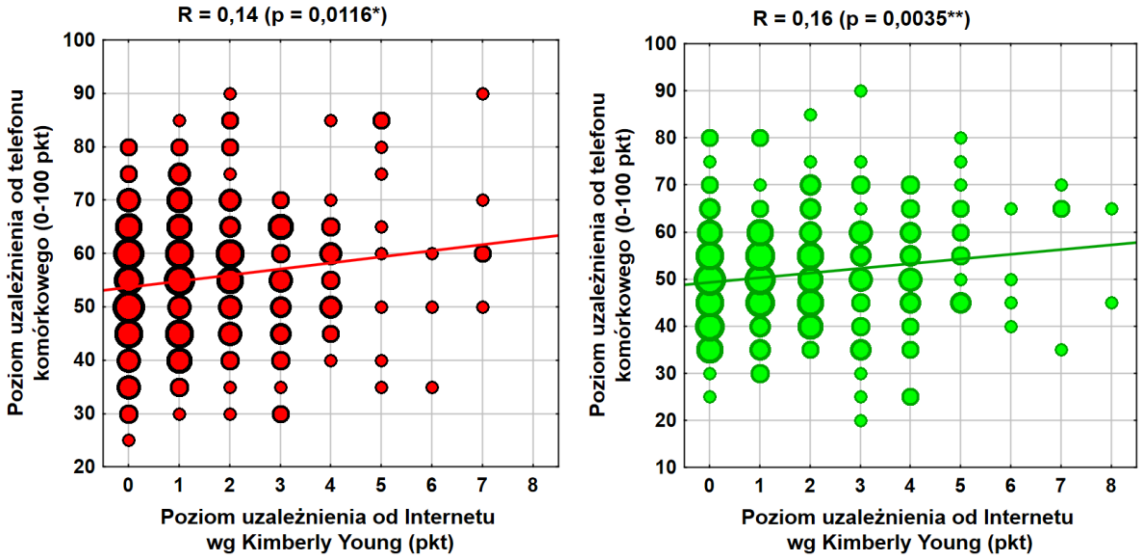
Trzeba jednak zaznaczyć, iż były to jednak korelacje bardzo słabe - wartość współczynnika korelacji nie przekraczała 0,20. Wyniki obrazuje Tabela VI.

**Tabela VI. Współczynnik korelacji poziomu uzależnienia od telefonu komórkowego oceniany za pomocą testu Guerreschiego w zależności od uzależnienia od Internetu**

| **Poziom uzależnienia od Internetu wg Kimberly Young (pkt)** | **Kraj** | |
|---|---|---|
| | **Polska** | **Białoruś** |
| | **Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt)** | |
| | 0,14 ($p$ = 0,0116*) | 0,16 ($p$ = 0,0035**) |

Wyniki przedstawiono także na dwóch odrębnych wykresach rozrzutu (Ryc. 4) – dla grupy polskiej i białoruskiej.

Widoczna jest pewna, choć słaba tendencja, do wzrostu wartości miary Guerreschiego wraz ze wzrostem miary Kimberly Young.




POLSKA BIAŁORUŚ

**Rycina 4 Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego oceniany za pomocą testu Guerreschiego w zależności od uzależnienia od Internetu**

## DYSKUSJA

W literaturze przedmiotu, za Zajączkowskim [11,12] podkreśla się, iż *„problem uzależnień wśród młodzieży jest ogólnie znany w całym społeczeństwie, a do tradycyjnych, już i rozpowszechnionych środków uzależniających, jakimi są: alkohol i palenie tytoniu, doszły narkotyki, leki i inne odurzające środki chemiczne oraz komputer/Internet i telefon komórkowy”.*

Pallanti i wsp. [13] rozpoznali uzależnienie o Internetu u 5,4%, spośród 275 studentów z Florencji, co ewidentnie korelowało z uzależnieniem od spożywania alkoholu, kawy, nikotyny, seksu, cechami anoreksji, tanoreksji i graniem w gry komputerowe.

W obecnym badaniu wykazano, iż uzależnienie od papierosów może być czynnikiem ryzyka uzależnienia od Internetu w grupie polskiej (p = 0,0047**). Osoby palące (nieważne, czy sporadycznie, czy regularnie) miały o ok. 6 pkt. (średnio) wyższe wartości miary Guerreschiego, niż niepalący. Takiej relacji nie stwierdzono w grupie białoruskiej (p = 0,5948).

Znalazło to potwierdzenie w badaniach Gunby i wsp. [14] dotyczących 1.100 studentów północno-wschodniej Anglii, w których wykazali korelację pomiędzy spożywaniem alkoholu a częstością ryzykownego odbywania stosunku seksualnego, bowiem u 82,2% kobiet, które zostały potencjalnie wykorzystane seksualnie, stwierdzono uzależnienie od alkoholu.

Naimi i wsp. [15] zwracają uwagę na niepokojący, ich zdaniem, trend związany z przenoszeniem w dorosłe życie przez młode kobiety nawyku upijania się, co wiąże się z nasileniem liczby ciąż nieplanowanych, a Floyd i wsp. [16] na częstsze występowanie u dziecka alkoholowego zespołu płodowego (FAS, *fetal alkohol syndrom*)

Miller i wsp. [17] wykazali statystycznie istotną zależność ($p < 0,05$) pomiędzy częstością jednorazowego upijania się studentów a występowaniem u nich ryzykownych zachowań zdrowotnych. Autorzy [17] stwierdzili, że studenci upijający się minimum dziesięć razy w ciągu miesiąca wykazywali od 1,5 do 24,7- krotnie wyższe ryzyko zachowań niesprzyjających zdrowiu, w porównaniu ze studentami upijającymi się tylko raz w miesiącu.

W badaniach randomizowanych przeprowadzonych przez Mundt i wsp. [18], dotyczących 954 studentów ze Stanów Zjednoczonych i Kanady zaobserwowano, że w okresie 2- letnim urazowość wśród studentów pijących alkohol sięgała 25,6%.

Badania Halletta i wsp. [19] w grupie 7237 australijskich studentów pokazały istotną statystycznie zależność pomiędzy piciem alkoholu a „byciem" ofiarą przemocy fizycznej (4.8% kobiet *vs.* 8,7% mężczyzn - $p < 0,001$), seksualnej (13,8% kobiet *vs.* 7,1% mężczyzn - $< 0,001$) lub ofiarą przestępstwa (1,8% kobiet *vs.* 2,8% mężczyzn - $p = 0,007$).

Wilcox i wsp. [20] wykazali, że wśród osób uzależnionych ryzyko podjęcia próby samobójczej jest ewidentnie większe niż w populacji ogólnej.

W literaturze przedmiotu szacuje się [21-28], że ryzykiem samobójstwa są bardziej obciążeni (60–120 razy), niż w populacji ogólnej, pacjenci z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu i szacuje się iż dotyczy ono od 7 do 43% uzależnionych.

Brent i wsp. [28] sugerują nawet, że około 24% osób uzależnionych od alkoholu przynajmniej raz w życiu podejmuje próbę samobójczą.

W obecnym badaniu wykazano, że wpływ uzależnienia od alkoholu na poziom uzależnienia od telefonu komórkowego był bardzo wyraźny w grupie studentów z Polski, a jedynie zbliżony do poziomu znamienności statystycznej w grupie białoruskiej.

Roos i wsp. [29] badali motywy spożywania alkoholu przez 297 studentów college'u i wykazali negatywny związek pomiędzy takimi aspektami uwagi, jak: opisywanie, brak sądu nad wewnętrznymi doświadczeniami, działanie ze świadomością a zwiększonym spożyciem alkoholu. Stwierdzili także, że wraz z niższym stopniem uwagi i obniżeniem nastroju, były większe tendencje do nadużywania alkoholu.

W badaniu Kilmer i wsp. [30] wykazano, iż z grupy 1.106 studentów w USA, około 10% nadużywało alkoholu, a studenci działający w studenckich bractwach byli bardziej narażeni na substancje psychostymulujące oraz nadużywanie alkoholu. Stwierdzono również

korelację pomiędzy nadużywaniem substancji psychoaktywnych, a piciem alkoholu - im studenci chętniej sięgali po stymulanty tym więcej alkoholu spożywali [30].

Sałacińska i wsp. [31] na podstawie badań własnych i wyników innych autorów sugerują, iż palenie tytoniu w środowisku młodzieży akademickiej jest skorelowane z innymi zachowaniami ryzykownymi (stosowanie alkoholu, dopalaczy i narkotyków).

W obecnym badaniu nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w poziomie uzależnienia od telefonu komórkowego pomiędzy osobami palącymi papierosy a uzależnionymi od narkotyków i pozostałymi studentami. Jednakże sam fakt palenia papierosów w zbiorowości polskiej był czynnikiem wzmagającym poziom nomofobii, ale nie wykazano już związku nasilenia tego nałogu, w żadnej zbiorowości, na poziom uzależnienia od telefonu komórkowego. Wykazano natomiast zależność istotną statystycznie pomiędzy uzależnieniem od Internetu i telefonu komórkowego w grupie studentów z Białorusi a zbliżoną do poziomu znamienności statystycznie wśród studentów z Polski, przy czym poziom uzależnienia od telefonu komórkowego wzrastał wraz z uzależnieniem od Internetu.

Barłóg [32] w badaniu dotyczącym 536 studentów z pięciu dużych ośrodków akademickich Polski (Lublin, Szczecin, Opole, Wrocław i Kraków) stwierdził, że objawy uzależnienia korelowały dodatnio z poziomem neurotyczności, zaś ujemnie z takimi cechami jak: ekstrawersja, ugodowość, sumienność oraz otwartość na doświadczenie. Mężczyźni, w porównaniu do kobiet, cechowali się wyższym nasileniem symptomów uzależnienia [32].

W obecnym badaniu wykazano, iż w grupie białoruskiej średnia poczucia zrozumienia wynosiła 41,5 pkt., zaś w grupie polskiej była wyższa i wyniosła - 43,8 pkt. Powyższe świadczy, iż polskich studentów charakteryzowała większa zdolność do trafnej oceny rzeczywistości, tzw. elastyczność poznawcza. Z kolei wyższe u Polaków poczucie sensowności (średnie 39,7 pkt do 38,7 pkt u Białorusinów) wydaje się świadczyć, iż powinni lepiej odnaleźć sens dziejących się sytuacji i wydarzeń. Stwierdzono istnienie znamiennej statystycznie zależności poziomu uzależnienia od telefonu komórkowego od poczucia koherencji w grupie polskiej i brak takiej zależności w grupie studentów z Białorusi. Potwierdza to, że szczególnie niski poziom uzależnienia dotyczył studentów o wysokim poziomie koherencji (średnio 50,2 pkt. wobec około 5-6 pkt. więcej w dwóch pozostałych grupach o niskim i średnim poziomie koherencji ).

Guerreschi [10] podkreśla, że konieczność pośrednictwa technologii multimedialnych w kontaktach interpersonalnych naraża ich użytkowników na utratę autentyczności i umiejętności wchodzenia w spontaniczne, bezpośrednie kontakty społeczne. Nadmierne

korzystanie z telefonu komórkowego może także skutkować zubożeniem języka (posługiwanie specyficznym slangiem) i zawężeniem zainteresowań [10].

Guerreschi [10] przytacza badania Codaconsa, który przeprowadził je we Włoszech badanie w grupie 300 wolontariuszy, w wieku 20-30 lat i wykazał, iż po ok. 70% z nich zmieniało swoje zachowanie w sytuacji braku dostępu do telefonu komórkowego lub nie potrafiło się bez niego obejść. U 35% wystąpiły wcześniej niespotykane reakcje, takie jak np. ciągłe spoglądanie na zegarek, nieustanne wyjmowanie rąk z kieszeni, wkładanie ich do kieszeni lub szukanie własnego telefonu po usłyszeniu w pobliżu dzwonku. 25% - podnosiło głos, traciło panowanie nad sobą lub kłóciło się, a 10% wykazywało objawy depresyjne [cyt. za 10].

W obecnym badaniu, w zbiorowości polskiej, większy poziom uzależnienia od telefonu komórkowego cechował osoby bardziej towarzyskie i zajmujące się swoim hobby. Wykazano także korelacje pomiędzy poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego a „nerwowym spoglądaniem na zegarek" i „korzystaniem z Internetu", zaś w zbiorowości białoruskiej – pomiędzy „nerwowymi ruchami rąk" a „nadmiernym korzystaniem z telefonów komórkowych".

## WNIOSKI

1. W grupie polskich studentów wykazano, że uzależnienie od papierosów może być czynnikiem ryzyka uzależnienia od Internetu ($p = 0{,}0047$**), nie wykazano natomiast wpływu nasilenia nałogu mierzonego wg Fagerströma w żadnej zbiorowości na poziom uzależnienia od telefonu komórkowego.
2. Nie wykazano, że osoby o silnym uzależnieniu od nałogu palenia papierosów nie prezentowały uzależniania się od telefonu komórkowego.
3. Zależność pomiędzy poziomem uzależnienia od alkoholu a poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego, był bardziej wyrazisty w grupie studentów z Polski, a jedynie zbliżony do poziomu znamienności statystycznej w grupie białoruskiej.
4. W obu badanych grupach studentów nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w poziomie uzależnienia od telefonu komórkowego pomiędzy osobami uzależnionymi od narkotyków i pozostałymi studentami.
5. Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego rósł wraz z poziomem uzależnienia od Internetu.

## PIŚMIENNICTWO


1. Staniaszek M.: Substancje uzależniające i typy uzależnień [w:] Farmakoterapia w stanach uzależnień. Warszawa, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, 1987: 26.
2. Drabik L., Sobol E.: Słownik języka polskiego, t. 2. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
3. Becelewska D: Hobby, przyzwyczajenie czy uzależnienie? Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze 2000; 3: 42-48.
4. Jędrzejko M., Kowalewska A.: Uzależnienia – wybrane pojęcia i definicje [w:] Współczesne teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych, Jędrzejko M. (red.). Warszawa, Oficyna Wydawnicza Aspra, 2009: 45.
5. Howell E. F.: In Memoriam: Vincent P. Dole ASAM News. American Society of Addiction Medicine, 2006; 21: 31.
6. Carnes P.: Od nałogu do miłości: jak wyzwolić się z uzależnienia od seksu i odnaleźć prawdziwe uczucie. Poznań, Wydawnictwo Media Rodzina, 2001.
7. Heatherton T.F., Kozlowski L.T., Frecker F.C., Fagerström K.O.: The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. British Journal of Addiction 1991; 86: 1119-1127.
8. Connor J.P., Grier M., Feeney G.F., Young R.M.: The validity of the Brief Michigan Alcohol Screening Test (bMAST) as a problem drinking severity measure. The Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 2007; 68(5): 771-779.
9. http://www.zmienprzyzwyczajenia.wzp.pl/testy-umozliwiajace-rozpoznawanie-problemowego-uzywania-przetworow-konopi-i-innych-narkotykow (data dostępu 5.05.2020).
10. Guerreschi C.: Nowe uzależnienia. Kraków, Wydawnictwo Salwador, 2006.
11. Zajączkowski K.: Uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Warszawa, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, 2003.
12. Zajączkowski K.: Nikotyna, alkohol, narkotyki. Profilaktyka uzależnień, Krótki poradnik psychologiczny. Kraków, Wydawnictwo Rubikon, 2001.
13. Pallanti S., Bernardi S., Quercioli L.: The Shorter PROMIS Questionnaire and the Internet Addiction Scal in the Assesment of multiple Addictions in a High-School population: prevalence and related disability. CNS Spectrums 2006; 11: 966-974.
14. Gunby C., Carline A., Bellis M.A., Beynon C.: Gender differences in alcohol-related nonconsensual sex; cross- -sectional analysis of a student population. BMC Public Health 2012; 12: 216.

15. Naimi T.S., Brower R.D., Mokdad A., Denny C., Serdula M.K., Marks J.S.: Binge drinking among US adults. The Journal of the American Medical Association 2003; 289: 70–75.
16. Floyd R.L., Decoufle P., Hungerford D.W.: Alcohol use prior to pregnancy recognition. The American Journal of Preventive Medicine 1999; 17: 101–107.
17. Miller J.W., Naimi T.S., Brewer R.D., Jones S.E.: Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. Pediatrics 2007; 119: 76–85.
18. Mundt M.P., Zakletskaia L.I., Brown D.D., Fleming M.F.: Alcohol-Induced Memory Blackouts as an Indicator of Injury Risk among College Drinkers. Injury Prevention 2012; 18(1): 44–49.
19. Hallett J., Howat P.M., Maycock B.R., McManus A., Kypri K., Dhaliwal S.S.: Undergraduate student drinking and related harms at an Australian university: web-based survey of a large random sample. BMC Public Health 2012; 12: 37.
20. Wilcox H.C., Conner K.R., Caine E.D.: Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. Drug and Alcohol Dependence 2004; 76 (supl.): S11–19
21. Sher L.: Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. Acta Psychiatrica Scandinavica 2006; 113(1): 13–22.
22. Inskip H.M., Harris E.C., Barraclough B.: Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. The British Journal of Psychiatry 1998; 172(1): 35–37.
23. Murphy G.E., Wetzel R.D., Robins E., McEvoy L.: Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. Archives of General Psychiatry 1992; 49(6): 459–463.
24. Roy A.: Linnoila M. Alcoholism and suicide. Suicide and Life-Threatening Behavior,1986; 16(2): 244–273.
25. Wojnar M., Ilgen M.A., Czyz E., Strobbe S., Klimkiewicz A., Jakubczyk A., Glass J., Brower K.J.: Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence. The Journal of Affective Disorders 2009; 115(1–2): 131–139.
26. Brodniak W., Zwoliński M.: Rozpowszechnienie myśli i zachowań samobójczych wśród pacjentów lecznictwa odwykowego, Alkoholizm i Narkomania 2006; 19: 25-34.
27. Weissman M.M., Myers J.K., Harding P.S.: Prevalence and psychiatric heterogeneity of alcoholism in a United States urban community. The Journal of Studies on Alcohol and Drugs 1980; 41(7): 672–681.
28. Brent D.A., Perper J.A., Allman C.J.: Alcohol, firearms, and suicide among youth. Temporal trends in Allegheny County, Pennsylvania, 1960 to 1983., The Journal of the American Medical Association 1987; 257(24): 3369–3372.

29. Roos C.R., Pearson M.R., Brown D.B.: Drinking motives mediate the negative associations between mindfulness facets and alcohol outcomes among college students. Psychology of Addictive Behaviors 2015; 29(1): 176-183.
30. Kilmer J.R., Geisner I.M., Gasser M.L., Lindgren K.P.: Normative perceptions of non-medical stimulant use: associations with actual use and hazardous drinking. Addictive Behaviors 2015; 42: 51-56.
31. Sałacińska I., Binkowska-Bury M., Więch P., Januszewicz P.: Współwystępowanie zachowań ryzykownych w grupie młodzieży akademickiej – tendencje zmian w latach 2009–2012. Badania prospektywne. Przegląd Lekarski, 2015; 72(10): 553-557.
32. Barłóg M.J.: Uzależnienie od Internetu i jego osobowościowe determinanty. Hygeia Public Health 2015; 50(1): 197-202.

# Wybrane zachowania ryzykowne w grupie studentów kierunków medycznych z Polski i Białorusi w aspekcie asertywności, siły własnej woli i samooceny własnej osoby

**Agnieszka Kułak-Bejda[1], Napoleon Waszkiewicz[1], Andrei Shpakou[2], Aliaksandr Shpakau[2], Magdalena Lech[1,3], Grzegorz Bejda[4]**

1. Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Yanka Kupala State University of Grodno, Belarus
3. Zakład Dietetyki i Żywienia Klinicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

## WPROWADZENIE

Zachowania ryzykowne młodzieży to problem wielowymiarowy i złożony, używany jest w celu pojęciowego połączenia wielu potencjalnie szkodliwych dla zdrowia zachowań.

Nie jest to zjawisko nowe, ale ciągle aktualne i narastające. W literaturze przedmiotu [1,2,3] zwraca się uwagę na fakt, iż zachowania ryzykowne najczęściej występują podwójnie, tzn. wystąpienie jednego zachowania ryzykownego powoduje zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia innego.

Zaznaczona jest również skłonność do zastępowania jednych zachowań innymi, w czasie gdy któreś nie jest aktualnie możliwe [1,2,3]. Współczesne podejście do zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży charakteryzuje dokonanie przeniesienia zainteresowania z jednego zachowania ryzykownego (np. palenie tytoniu, picie alkoholu, wczesna inicjacja seksualna, narkotyki) na postrzeganie ich w sposób całościowy [4].

Uważa się, że problemy nikotynizmu, nadużywania alkoholu oraz stosowania narkotyków należy rozpatrywać wspólnie, ponieważ określona sekwencja używania tych substancji powoduje, że papierosy i alkohol torują drogę do innych substancji psychoaktywnych (tzw. „teoria otwartych drzwi") [5].

Zwraca uwagę na fakt, iż zachowania ryzykowne zwiększają prawdopodobieństwo pojawienia się niekorzystnych konsekwencji (psychologicznych, społecznych, zdrowotnych), przez co zaburzają prawidłowy rozwój wszystkich tych sfer życia [6]. Uważa się także, że

uzależnienie należy traktować jako chorobę, którą podobnie jak inne przewlekłe schorzenia, można i należy koniecznie leczyć [7].

Tendencja do współwystępowania różnego typu zachowań określana jest jako „*zespół (lub syndrom) zachowań problemowych"* i są podejmowane próby mające na celu ocenę zmian zespołu zachowań problemowych, które sugerują, że centralnym elementem syndromu w okresie adolescencji jest nadużywanie alkoholu, natomiast w okresie wczesnej dorosłości miejsce alkoholu zajmuje palenie marihuany [8,9,10].

W ostatnich dziesięcioleciach, za Guerreschi, zaczęto zwracać uwagę na „nowe uzależnienia" (*new addictions*), powiązane ze współczesną cywilizacją, rozwojem techniki i nowoczesnymi wynalazkami, a pod pojęciem których rozumie się wszystkie uzależnienia, w których substancje chemiczne nie odgrywają żadnej roli [11].

Podkreśla się, iż w minionym stuleciu pojęcie uzależnienia było kojarzone przede wszystkim z oddziaływaniem substancji chemicznych (narkomania, alkoholizm, nikotynizm), które u ludzi mogą wywoływać stany patologiczne. Dopiero w ostatnich latach zaczęto zauważać tzw. „nowe uzależnienia" (*new addictions*), ściśle powiązane ze współczesną cywilizacją oraz rozwojem techniki i różnych wynalazków [12].

Zwraca się także uwagę, że u dzieci i młodzieży podejmującej zachowania ryzykowne częściej niż u ich rówieśników, nie podejmujących tego typu zachowań, występuje brak umiejętności rozwiązywania problemów, radzenia sobie z emocjami oraz niska samoocena [13].

## CEL PRACY

Celem głównym pracy była analiza stopnia nasilenia wybranych zachowań ryzykownych w grupie studentów kierunków medycznych z Polski i Białorusi, ze szczególnym uwzględnieniem ryzyka zagrożenia uzależnieniem od telefonu komórkowego.

Za cele szczegółowe postawiono sobie ocenę wybranych wzorów zachowań ryzykowanych (używanie narkotyków, palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, czasu spędzanego przed komputerem, częstości korzystania z Internetu), analizę występowania zagrożenia uzależnieniem od telefonu komórkowego, sprawdzenie, czy na rozwój zagrożenia uzależnieniem od telefonu komórkowego mają wpływ palenie papierosów, picie alkoholu, używanie narkotyków, spędzanie długich godzin przy komputerze i surfowanie po Internecie, ich orientacja życiowa, satysfakcja z życia, stopień asertywności, siła własnej woli

i samoocena własnej osoby, a także ocenę, czy istnieją w powyższym różnice pomiędzy studentami z Grodna i z Białegostoku.

## MATERIAŁ I METODOLOGIA

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMB R-I-002/448/2015 oraz Kierownika Katedry Medycyny Sportowej i Rehabilitacji, Państwowego Uniwersytetu im. Janka Kupały w Grodnie i Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Badaniami objęto nimi 338 studentów kierunków medycznych z Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz 339 studentów kierunków medycznych Państwowego Uniwersytetu im. Janka Kupały w Grodnie. Dobór grup był celowy - student kierunku medycznego. W obu grupach rozdano po 350 ankiet. Zwrotnie otrzymano 338 polskich ankiet oraz 339 białoruskich i wszystkie użyto do badania.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankietowego (w języku polskim i rosyjskim) zawierającego:

- Autorski kwestionariusz ankietowy specjalnie skonstruowany do obecnych badań - pierwsze pytania dotyczyły: wieku, płci, kierunku, roku studiów, kolejne pytania palenia papierosów, spożywania alkoholu, używania narkotyków, posiadania komputera, częstości korzystania z Internetu, użytkowania telefonu komórkowego, a ostatnie samooceny stanu ich zdrowia w ostatnich dwóch tygodniach przed badaniem.
- Test uzależnienia od nikotyny wg Fagerströma pozwalający ocenić z dużym prawdopodobieństwem, czy dana osoba jest uzależniona od nikotyny. farmakologicznie (nie tylko jako nawyk i przyzwyczajenie, ale także biologiczną potrzebę do starczenia do organizmu nikotyny) [14]
- Test uzależnienia od Internetu wg Kimberly Young - opracowany przez amerykańską psycholog Kimberly Young, uznaną specjalistkę od uzależnień behawioralnych i służący do wstępnej identyfikacji uzależnienia od Internetu [11,15,16]
- Test uzależnienia od telefonu komórkowego Guerreschiego - pozwalający ocenić zagrożenie uzależnieniem od telefonu komórkowego [11]
- Test asertywności wg Grębskiego - pozwalający ocenić, czy badany jest osobą

asertywną, czy nie [17]

- Test oceny siły własnej woli wg Bielak - pozwalający na sprawdzenie jaką wolę (słabą, silną, średnią) posiada badany [18]
- Test samooceny własnej osoby wg Bielak - pozwalający dokonać przez badanych samooceny własnej osoby, czy jest ona zawyżona, adekwatna czy zaniżona [18]

Wśród ankietowanych generalnie przeważały osoby z grupy wiekowej od 21 do 30 lat (56,1% -380 osób), w tym 72,9% (245 osób) z Polski i 39,8% (135 osób) z Białorusi.

W grupie wiekowej 18-20 lat, było 43,9% (297 osób) ankietowanych, w tym 27,5% (93 osoby) z Polski i 60,2% (204 osoby) z Białorusi.

W przypadku zbiorowości polskiej struktura ankietowanych studentów według roku studiów była dość zrównoważona – w badanej grupie było relatywnie mało osób z I roku studiów licencjackich (5,9% - 20 osób), zaś relatywnie dużo z II roku (39,1% - 59 osób). Na III roku licencjatu było 17,5% (59 osób) z Polski. Na I roku studiów magisterskich było 22,5% (76 osób) studentów polskich, a na II roku - 15,1% (51 osób). W zbiorowości białoruskiej bardzo niewiele osób z II (1,8% - 6 osób) lub III roku studiów licencjackich (3,2% - 11 osób), a większość z I roku studiów magisterskich (36,3% - 123 osoby) lub II roku (39,8% - 135 osób). Na II roku licencjatu było 18,9% (64 osób) studentów białoruskich.

W badanej zbiorowości dominowały kobiety (519- 76,7%), w tym 79,3% z Polski (268 osób) i 74% (251 osób) z Białorusi. Mężczyźni stanowili zaledwie 23,3% (158 osób), w tym 20,7% (70 osób) w grupie polskiej i 26% (88 osób) w grupie białoruskiej.

Przeważali także mieszkańcy miast (69,1% - 468 osób), w tym 53,8% (182 osoby) w Polsce i 84,4% (286 osób) na Białorusi. Na wsi mieszkało 30,9% (209 osób) badanych, w tym 46,2% (156 osób) w Polsce i 15,6% (53 osoby) na Białorusi.

Zastosowane w analizie testy statystyczne posłużyły do oceny, czy zależności i relacje zaobserwowane w próbie są efektem ogólniejszej prawidłowości panującej w całej populacji, czy tylko przypadkowym rezultatem. Wykorzystano Test niezależności chi-kwadrat, testem *t* dla prób niezależnych, analizę wariancji (ang. ANOVA), test nieparametryczny (test Kruskala-Wallisa), współczynnik korelacji rang Spearmana, testu Manna-Whitneya.

## WYNIKI

Na wstępie dokonano analizy poziomu uzależnienia od telefonu komórkowego za pomocą testu uzależnienia od telefonu komórkowego Guerreschiego. Na podstawie 10 składowych pytań, w których ankietowani mogli wybrać jeden z trzech wariantów

odpowiedzi, wyznaczono miarę sumaryczną (od 10 do 30 pkt.), która określała poziom uzależnienia od telefonu komórkowego., przy czym wartość najniższa oznaczała zupełny brak uzależnienia od telefonu, zaś wartość najwyższa - uzależnienie na maksymalnych możliwym poziomie.

Okazało się iż poziom uzależnienia w obu grupach (polskiej i białoruskiej) można określić jako przeciętny, ponieważ wartości średnie sytuowały się mniej więcej pośrodku zakresu od 20 do 30 punktów.

Nieco wyższy poziom uzależnienia wykazywali respondenci z Polski niż z Białorusi (średnio 21,1 pkt.±2,4 vs. 20,2 pkt±2,2). Nikt ze studentów nie uzyskał w teście od 10 do 13 pkt. Od 14 do 17 pkt. miało 6,5% osób z Polski i 65% z Białorusi, 18-21 pkt. - 51,2% z Polski i 65% z Białorusi, 22-25 pkt. - 37,6% z Polski i 23,1% z Białorusi, a od 26 do 30 pkt. - 4,7% z Polski i 2,1% z Białorusi.

W kolejnym etapie dokonano analizy poziomu uzależnienia od telefonu komórkowego w zależności od płci i wieku ankietowanych osób.

Analiza polegała na przedstawieniu wartości statystyk opisowych tej miary w porównywanych grupach, przy czym obliczenia przeprowadzono niezależnie dla zbiorowości polskiej i białoruskiej.

Z uwagi na dużą regularność rozkładu miary Guerreschiego do oceny istotności różnic pomiędzy grupami wykorzystano test *t* lub jego uogólnienie na większą liczbę grup, a mianowicie test analizy wariancji.

Wybrane wyniki zilustrowano za pomocą wykresu typu ramka-wąsy na którym zaznaczono wartość średnią przebytego dystansu, 95% przedział ufności dla wartości przeciętnej oraz tzw. typowy przedział zmienności.

Okazało się, iż wpływ wieku na poziom uzależnienia od telefonu komórkowego był zbliżony do poziomu znamienności statystycznej w zbiorowości polskiej ($p = 0{,}0579$). Wyniki obrazuje Tabela I.

Osoby młodsze wykazywały nieco większe uzależnienie od telefonów komórkowych (w grupie polskiej średni poziom miary uzależnienia osób w wieku 18-20 lat - 57,5 pkt.±13,3 vs. 54,7 pkt.±11,2, a w grupie białoruskiej - 51,7±11,7 vs. 50,4± 9,9 w grupie osób w wieku 21-30 lat ). Podobnie było w przypadku oddziaływania czynnika płeć – wykazano zbliżoną do istotnej statystycznie zależność w grupie polskiej i brak zależności w grupie białoruskiej. W grupie polskiej to kobiety charakteryzowały się wyższym poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego. Stwierdzono, iż miejsce zamieszkania (miasto/wieś),

nie różnicowało poziomu uzależnienia od telefonu komórkowego, ani w grupie polskiej, ani w grupie białoruskiej (Tabela I).

**Tabela I. Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego oceniany za pomocą testu Guerreschiego w zależności od wieku i płci**

| Wiek | Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt)/kraj | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Polska | | | | Białoruś | | | |
| | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* |
| **wiek badanych** | | | | | | | | |
| **18-20 lat** | 91 | 57.5 | 55.0 | 13.3 | 204 | 51.7 | 50.0 | 11.7 |
| **21-30 lat** | 245 | 54.7 | 55.0 | 11.2 | 133 | 50.4 | 50.0 | 9.9 |
| ***p*** | 0.0579 | | | | 0.3101 | | | |
| **płeć badanych** | | | | | | | | |
| **kobieta** | 268 | 56.1 | 55.0 | 11.8 | 250 | 51.4 | 50.0 | 10.9 |
| **mężczyzna** | 67 | 53.1 | 50.0 | 12.0 | 87 | 50.5 | 50.0 | 11.5 |
| ***p*** | 0.0686 | | | | 0.5222 | | | |
| **miejsce zamieszkania** | | | | | | | | |
| **wieś** | 156 | 55.5 | 55.0 | 11.2 | 46 | 52.4 | 50.0 | 10.4 |
| **miasto** | 178 | 55.6 | 55.0 | 12.,4 | 284 | 51.0 | 50.0 | 11.3 |
| ***p*** | 0.9896 | | | | 0.4460 | | | |

W następnym etapie zbadano wpływ uzależnienia od papierosów na poziom uzależnienia od telefonu komórkowego.

W celu uwiarygodnienia wyników analizy, dla niektórych czynników, konieczne było połączenie mniej licznych grup (w szczególności w przypadku incydentalnie występującego uzależnienia od narkotyków).

Także dla uzależnienia od papierosów i alkoholu, połączono grupy osób nie uzależnionych i tych, które już zerwały z nałogiem („w przeszłości").

Niski poziom uzależnienia od nikotyny prezentowało 78,7% (48 osób) z Polski i 78,6% (77 osób) z Białorusi. Średni - 19,7% (12 osób) z Polski i 20,4% (20 osób) z Białorusi, a wysoki -1,6% (1 osoba) z Polski i 1,02% (1 osoba) z Białorusi.

Wykazano, iż uzależnienie od papierosów może być czynnikiem ryzyka uzależnienia od Internetu – taka zależność występowała w grupie polskiej ($p$ = 0,0047).

Osoby palące (nieważne, czy sporadycznie, czy regularnie) miały o ok. 6 pkt. (średnio rzecz biorąc) wyższe wartości miary Guerreschiego, niż niepalący.

Takiej relacji nie stwierdzono w grupie białoruskiej – kierunek różnic pomiędzy palaczami i niepalącymi był podobny, ale różnice zbyt małe, by mogły być uznane za istotne statystycznie ($p$ = 0,5948). Wyniki obrazuje Tabela II.

**Tabela II. Poziom uzależnienia od Internetu w zależności od palenia papierosów**

| Palenie papierosów | Poziom uzależnienia od Internetu (0-100 pkt)/kraj | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Polska | | | | Białoruś | | | |
| | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* |
| **tak** | 31 | 59.2 | 60.0 | 13.7 | 48 | 52.6 | 52.5 | 15.7 |
| **sporadycznie** | 29 | 60.9 | 60.0 | 12.9 | 47 | 51.5 | 50.0 | 10.9 |
| **nie** | 277 | 54.5 | 55.0 | 11.5 | 241 | 50.9 | 50.0 | 10.0 |
| ***p*** | 0,0047** | | | | 0.5948 | | | |

W grupie 159 osób palących, które wypełniły kwestionariusz wg Fagerströma dokonano analizy zależności poziomu uzależnienia od telefonu komórkowego i poziomu uzależnienia od nikotyny.

W pierwszym ujęciu zastosowano analizę korelacji, bazując na liczbowych wartościach miary uzależnienia od nikotyny, a następnie wykorzystano również dychotomiczny podział na osoby uzależnione w stopniu niskim oraz średnim lub wysokim.

Opierając się na wynikach analizy korelacji nie można stwierdzić żadnej zależności pomiędzy poziomem uzależnienia od nikotyny, a poziom uzależnienia od telefonu komórkowego. Jednakże sam fakt palenia papierosów w zbiorowości polskiej był czynnikiem wzmagającym poziom nomofobii.

Nie wykazano natomiast wpływu nasilenia nałogu mierzonego wg Fagerströma w żadnej zbiorowości na poziom uzależnienia od telefonu komórkowego. Wyniki obrazuje Tabela III.

**Tabela III. Uzależnienie od papierosów a poziom uzależnienia od telefonu komórkowego**

| Poziom uzależnienia od nikotyny | Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt)/kraj | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Polska | | | | Białoruś | | | |
| | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* |
| **niski** | 48 | 61.3 | 60.0 | 11.1 | 77 | 52.7 | 50.0 | 15.2 |
| **średni/wysoki** | 13 | 54.2 | 52.5 | 18.2 | 21 | 52.0 | 47.,5 | 12.6 |
| ***p*** | 0.1056 | | | | 0.8562 | | | |
| | | | | | | | | |
| **Test Fagerstroma (pkt)** | -0.10 ($p$ = 0.5001) | | | | 0.04 ($p$ = 0.7163) | | | |

Wyodrębnienie dychotomicznego podziału na osoby z niskim i średnim/wysokim poziomem uzależnienia od nikotyny prowadziło do nieco ciekawszych wniosków dla zbiorowości polskich studentów.

Co prawda wynik testu *t* był nieistotny statystycznie, ale wartość prawdopodobieństwa testowego *p* nieznacznie tylko przekracza 0,10, więc jest to wynik, na który warto przynajmniej zwrócić uwagę.

Co ciekawe, w grupie osób o średnim lub wysokim poziomie uzależnienia od nikotyny, poziom uzależnienia od telefonu komórkowego był mniejszy – średnio rzecz biorąc o ok. 7 pkt. prawdopodobnie więc osoby o silnym uzależnieniu od nałogu palenia papierosów nie miały już „potrzeby" uzależniania się od telefonu komórkowego – jednak zależność ta powinna być interpretowana z pewną ostrożnością, wobec braku znamienności statystycznej.

Kolejny etap pracy stanowiła analiza wpływu spożywania alkoholu na poziom uzależnienia od telefonu komórkowego.

Badani z obu grup deklarowali, iż alkohol spożywają najczęściej „sporadycznie", tym - 56,5% studentów z Polski (191 osób) i 51,6% z Białorusi (175 osób). W przeszłości spożywanie alkoholu dotyczyło 1,5% z Polski (5 osób) i 2% z Białorusi (2 osoby). Abstynencję zadeklarowało 20,1% z Polski (68 osób) i 23,2% (79 osób) z Białorusi. Do picia alkoholu przyznało się 21,9% z Polski (74 osoby) i 24,5% z Białorusi (83 osoby).

Podobny, jak w przypadku nikotynizmu, był wpływ spożywania alkoholu na poziom uzależnienia od telefonu komórkowego, jednakże bardziej wyrazisty w grupie studentów z Polski, a jedynie zbliżony do poziomu znamienności statystycznej w grupie białoruskiej. Wyniki obrazuje Tabela IV.

**Tabela IV. Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego oceniany za pomocą testu Guerreschiego w zależności od picia alkoholu**

| Picie alkoholu | Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt)/kraj | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Polska | | | | Białoruś | | | |
| | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* |
| **tak** | 74 | 58.5 | 57.5 | 12.2 | 82 | 51.9 | 50.0 | 10.7 |
| **sporadycznie** | 191 | 56.0 | 55.0 | 11.2 | 174 | 52.0 | 50.0 | 11.8 |
| **nie** | 73 | 51.1 | 50.0 | 12.8 | 80 | 48.6 | 50.0 | 9.3 |
| ***p*** | **0.0005*** ** | | | | 0.0590 | | | |

W kolejnym etapie badań dokonano analizy wpływu używania narkotyków na poziom uzależnienia od telefonu komórkowego.

Obecnie badani studenci, w tym 94,1% z Polski (318 osób) i 92,9% z Białorusi (315 osób), twierdzili że nie używają narkotyków. W przeszłości zażywało je 0,3% z Polski (1 osoba) i 0,6% z Białorusi (2 osoby). Do sporadycznego sięgania po narkotyki przyznało się 4,1% z Polski (14 osób) i 4,7% z Białorusi (16 osób). Używanie obecnie narkotyków zadeklarowało 1,5% z Polski (5 osób) i 1,8% z Białorusi (6 osób). Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w poziomie uzależnienia od telefonu komórkowego pomiędzy osobami uzależnionymi od narkotyków i pozostałymi studentami. Oczywiście podkreślić należy, iż to porównanie jest wybiórcze, z powodu małej liczności grupy osób biorących narkotyki. Wyniki obrazuje Tabela V.

**Tabela V. Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego oceniany za pomocą testu Guerreschiego w zależności od zażywania narkotyków**

| zażywanie narkotyków | Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt)/kraj | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Polska | | | | Białoruś | | | |
| | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* |
| **tak** | 18 | 54.7 | 55.0 | 8.7 | 13 | 50.8 | 50.0 | 12.2 |
| **nie** | 319 | 55.5 | 55.0 | 12.2 | 315 | 51.2 | 50.0 | 11.1 |
| ***p*** | 0.7812 | | | | 0.8855 | | | |

W dalszym etapie badań dokonano analizy zależności uzależnienia od Internetu (test wg Kimberly Young) na poziom uzależnienia od telefonu komórkowego. Stwierdzono na wstępie, że nie było zagrożonych uzależnieniem od Internetu 87,6% (296 osób) z Polski i 82,3% (279 osób) z Białorusi. Zagrożenie uzależnieniem dotyczyło 6,8% (23 osoby) z Polski i 8,8% (30 osób) z Białorusi, a uzależnionych było 5,6% (19 osób) z Polski i 8,8% (30 osób) z Białorusi.

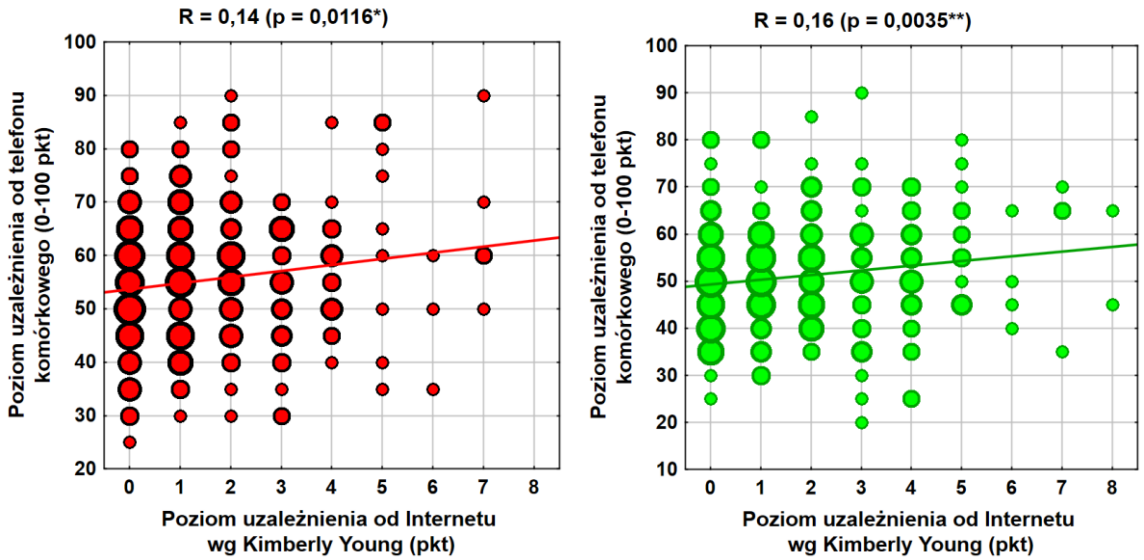
Wykazano, iż uzależnienie od Internetu i uzależnienie od telefonu komórkowego były ze sobą powiązane. Taka zależność była istotna statystycznie w grupie studentów z Białorusi, a zbliżona do poziomu znamienności statystycznie wśród studentów z Polski (wartość prawdopodobieństwa testowego *p* nieznacznie przekracza 0,05). Punktowa miara zależności od telefonu komórkowego była o kilka punktów wyższa, średnio rzecz biorąc, w grupie osób ocenionych jako uzależnione od Internetu. Zbadano także związek surowych wartości punktowych otrzymanych za pomocą testu Kimberly Young, z miarą uzależnienia od telefonu komórkowego. Do oceny takiej zależności wykorzystano współczynnik korelacji rang Spearmana. Takie podejście analityczne pozwoliło na stwierdzenie istotnej statystycznie zależności zarówno w zbiorowości białoruskiej, jak i polskiej. Dodatni znak współczynników korelacji świadczy od tym, że poziom uzależnienia od telefonu komórkowego rósł wraz z

uzależnieniem od Internetu. Trzeba jednak zaznaczyć, iż były to jednak korelacje bardzo słabe - wartość współczynnika korelacji nie przekraczała 0,20. Wyniki obrazuje Tabela VI.

**Tabela VI. Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego oceniany za pomocą testu Guerreschiego w zależności od uzależnienia od Internetu**

| **Uzależnienie od Internetu** | **Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt)/kraj** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Polska** | | | | **Białoruś** | | | |
| | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* |
| **nie** | 296 | 54.9 | 55.0 | 11.6 | 277 | 50.5 | 50.0 | 10.8 |
| **zagrożenie** | 21 | 56.9 | 55.0 | 10.1 | 30 | 51.5 | 50.0 | 12.2 |
| **tak** | 17 | 61.8 | 60.0 | 17.3 | 25 | 56.6 | 55.0 | 11.8 |
| ***p*** | 0.0560 | | | | **0.0296*** | | | |
| | | | | | | | | |
| **Poziom uzależnienia od Internetu wg Kimberly Young (pkt)** | 0.14 (p = 0.0116*) | | | | **0.16 (p = 0.0035**)** | | | |

Wyniki przedstawiono także na dwóch odrębnych wykresach rozrzutu (Ryc. 1) – dla grupy polskiej i białoruskiej. Widoczna jest pewna, choć słaba tendencja, do wzrostu wartości miary Guerreschiego wraz ze wzrostem miary Kimberly Young.




POLSKA BIAŁORUŚ

**Rycina 1. Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego oceniany za pomocą testu Guerreschiego w zależności od uzależnienia od Internetu**

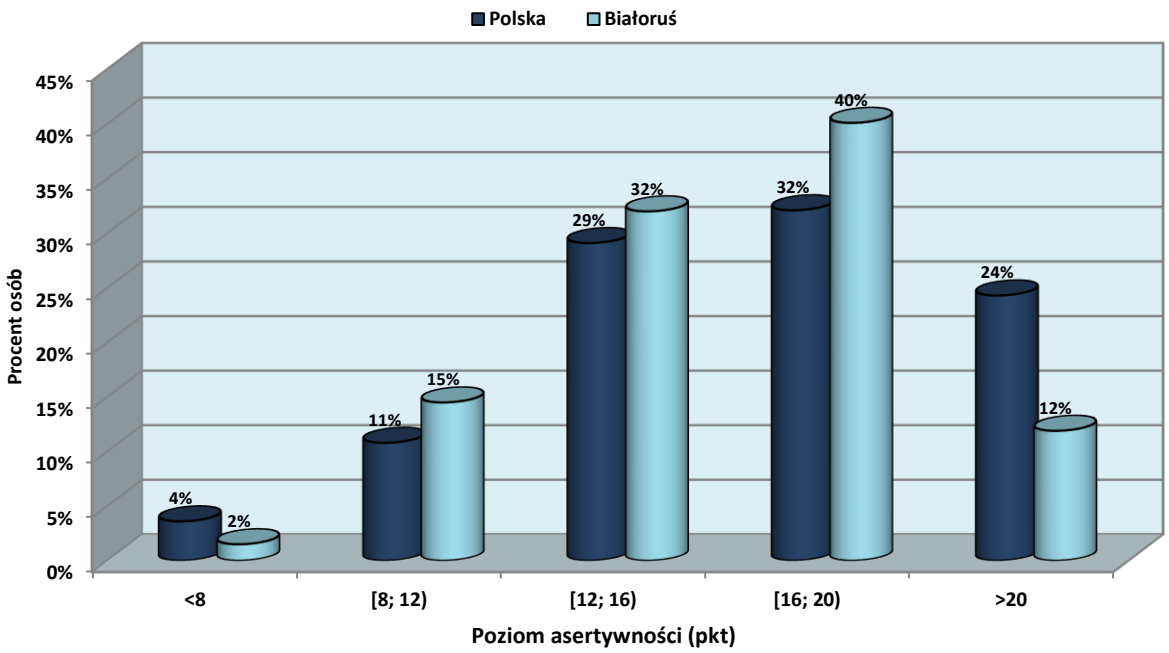
Badano także poziom asertywności badanych grup studentów, stosując standaryzowany test asertywności wg Grębskiego.

Różnica pomiędzy poziomem asertywności studentów z Polski i Białorusi była istotna statystycznie (p=0,0127) Wyniki przedstawia Tabela VII.

Wyniki przedstawiono także w postaci rozkładu wartości w obu porównywanych grupach po połączeniu w przedziały o rozpiętości 4 pkt. (Ryc. 2).

**Tabela VII. Poziom asertywności badanych studentów**

| Poziom asertywności | Kraj | | | | | | | | | | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Polska | | | | | Białoruś | | | | | |
| | $\bar{x}$ | Me | *s* | min | max | $\bar{x}$ | Me | *s* | min | max | |
| **Ocena w punktach** | 16,2 | 16,0 | 4,4 | 4 | 26 | 15,4 | 16,0 | 3,6 | 5 | 24 | 0,0127* |




**Rycina 2. Poziom asertywności badanych studentów**

Średni poziom asertywności polskich studentów był bowiem wyższy o ok. 0,8 pkt. od poziomu asertywności studentów białoruskich (16,2±4,4 vs. 15,4±3,6), ale jej merytoryczne znaczenie już nie jest tak oczywiste.

Zbadano także, czy fakt posiadania komputera wpływał na poziom uzależnienia od telefonu komórkowego. Analizę przeprowadzono raczej *pro forma*, bowiem grupa

„kontrolna", czyli osoby nie posiadające komputera, jest bardzo nieliczna i trudno mówić tu o wiarygodnych porównaniach (szczególnie dotyczy to zbiorowości polskiej). Jak można było w takiej sytuacji przypuszczać, nie udało się stwierdzić statystycznie istotnej zależność faktu posiadania komputera i poziomu uzależnienia od telefonu komórkowego. Wyniki obrazuje Tab. VIII.

**Tabela VIII. Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego oceniany za pomocą testu Guerreschiego w zależności od posiadania komputera**

| Posiadanie własnego komputera | Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt)/kraj | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Polska | | | | Białoruś | | | |
| | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* |
| **tak** | 334 | 55.5 | 55.0 | 11.9 | 313 | 51.2 | 50.0 | 11.2 |
| **nie** | 4 | 53.8 | 47.5 | 21.7 | 24 | 50.8 | 50.0 | 9.4 |
| ***p*** | 0.7732 | | | | 0.8766 | | | |

Dokonano także oceny powiązania poziomu asertywności z miarą poziomu uzależnienia od telefonu komórkowego.

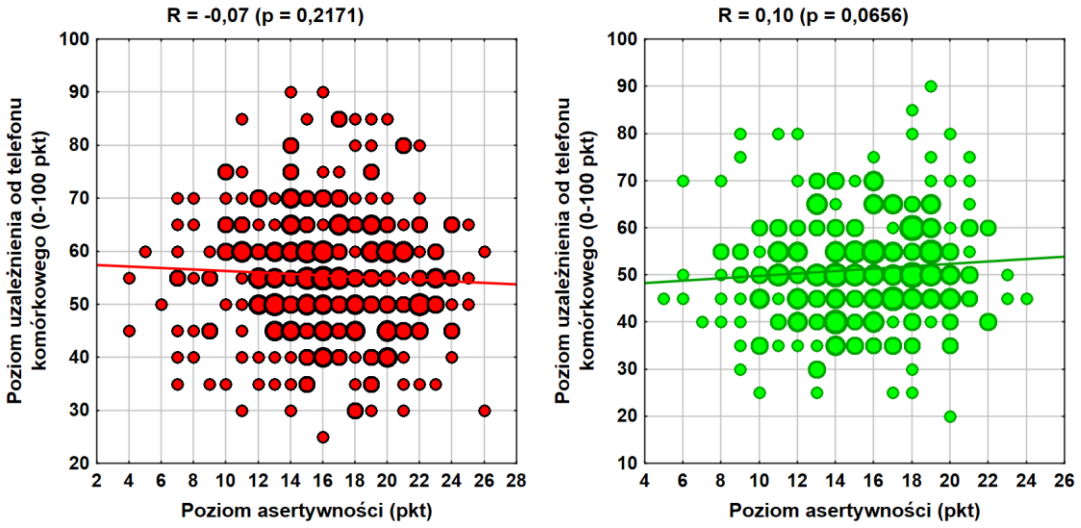
Średni poziom asertywności w badanej grupie studentów z Polski wynosił 16,2 pkt.±4,4, a z Białorusi - 15,4 pkt. ±3,6. Generalnie można zakładać, iż osoby o niższej asertywności mogą być bardziej uzależnione od telefonu komórkowego.

Z drugiej strony nie jest to jednak do końca oczywiste, bowiem osoby czujące się pewnie (asertywnie), mogą także nie dostrzegać faktu uzależnienia się od korzystania z telefonu komórkowego.

Uzyskane wyniki analiz nie pozwoliły na stwierdzenie występowania jakiejkolwiek zależności pomiędzy poziomem asertywności, a uzależnieniem od telefonu komórkowego – wartości współczynników korelacji Spearmana były bliskie zera i nieistotne statystycznie (Tab. IX, Ryc. 3).

**Tabela IX. Ocena zależności pomiędzy poziomem asertywności a poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego**

| Poziom asertywności | Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt)/kraj | |
|---|---|---|
| | Polska | Białoruś |
| **Ocena punktowa** | -0.07 ($p$ = 0.2171) | **0.10 ($p$ = 0.0656)** |




**Rycina 3. Ocena zależności pomiędzy poziomem asertywności a poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego**

Następnie dokonano oceny powiązania poziomu siły własnej woli z miarą poziomu uzależnienia od telefonu komórkowego.

Średnie wartości siły własnej woli w przypadku studentów z Polski osiągały 20 pkt.±3,7, a w przypadku studentów z Białorusi - 18,4 pkt.±3,8. Średni poziom silnej woli wykazywało 57,7% (195 osób) z Polski i 72% (244 osoby) z Białorusi.

Silną wolę posiadało 39,1% (132 osoby) z Polski i 21,5% (73 osoby) z Białorusi, a słabą wolę - 3,3% (11 osób) z Polski i 6,5% (22 osoby) z Białorusi.

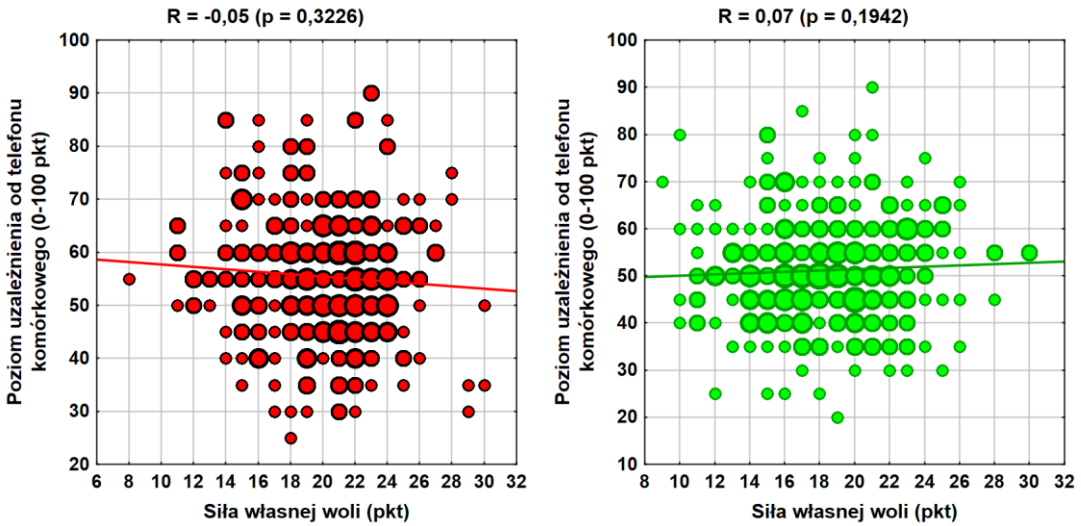
Podobnie jak w przypadku asertywności nie stwierdzono występowania żadnej statystycznie istotnej zależności pomiędzy oceną siły własnej woli a poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego (Tab. X).

**Tabela X. Ocena punktowa zależności pomiędzy siłą własnej woli a poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego**

| **Siła własnej woli** | **Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt)/kraj** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Polska** | | | | **Białoruś** | | | |
| **Ocena punktowa** | -0.05 ($p$ = 0.3226) | | | | 0.07 ($p$ = 0.1942) | | | |
| | | | | | | | | |
| | $N$ | $\bar{x}$ | Me | $s$ | $N$ | $\bar{x}$ | Me | $s$ |
| **słaba** | 11 | 56.4 | 55.0 | 5.5 | 22 | 51.6 | 50.0 | 12.2 |
| **średnia** | 195 | 55.4 | 55.0 | 12.4 | 244 | 50.8 | 50.0 | 11.1 |
| **silna** | 132 | 55.4 | 55.0 | 12.1 | 73 | 52.4 | 55.0 | 10.5 |
| ***p*** | 0.9652 | | | | 0.5351 | | | |

Wykonano także alternatywną analizę korzystając z podziału badanej zbiorowości na trzy kategorie względem punktowej miary oceny własnej woli. Również i w tym ujęciu, nie udało się stwierdzić żadnego zróżnicowania poziomu uzależnienia od telefonu komórkowego względem siły woli (Tab. X, Ryc. 4).

Brak zależności jest doskonale uwidoczniony na poniższych wykresach rozrzutu (Ryc.4).



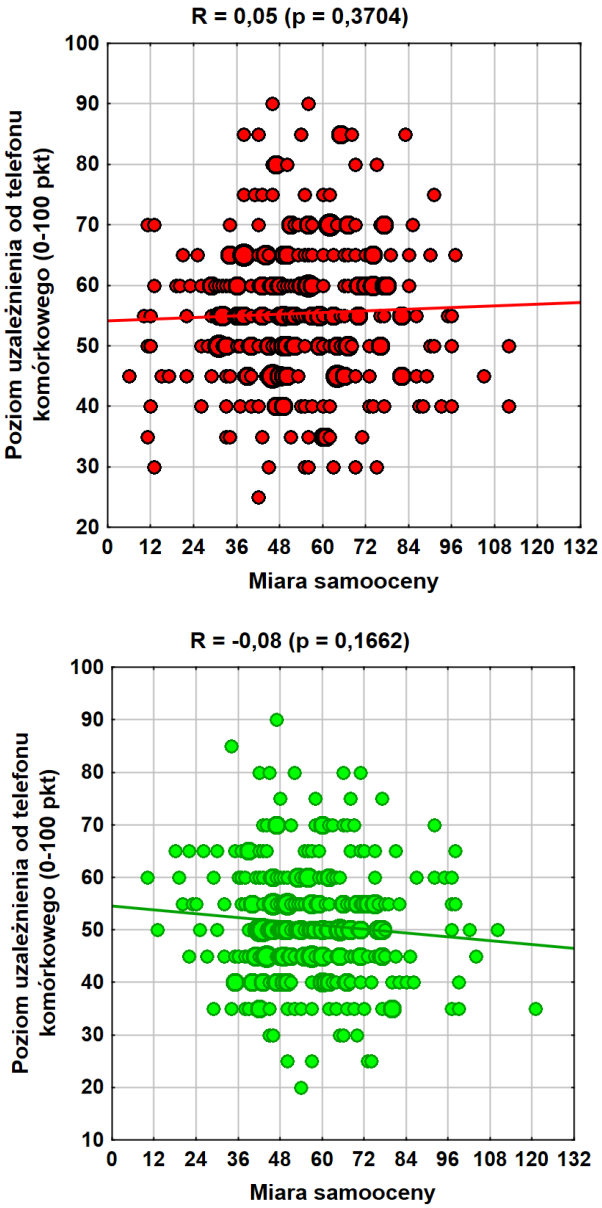

**Rycina 4. Ocena zależności pomiędzy siłą własnej woli a poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego**

W kolejnym etapie dokonano oceny powiązania poziomu samooceny własnej osoby z miarą poziomu uzależnienia od telefonu komórkowego. Średnie wartości samooceny w przypadku studentów z Polski osiągały 53,1 pkt.±19,1, a w przypadku studentów z Białorusi - 56,7 pkt.±17. Generalnie badani wykazywali zaniżony poziom samooceny, w tym 65,7% (222 osoby) z Polski i 74,6% (253 osoby) z Białorusi. Zawyżona samoocena dotyczyła 4,6% studentów (31 osób), w tym 5,9% (20 osób) z Polski i 3,2% (11 osób) z Białorusi, a ocena adekwatna - 25,3% (171 osób) - w tym 28,4% (96 osób) z Polski i 22,1% (75 osób) z Białorusi.

Stwierdzono, że samoocena własnej osoby nie była także w żadnym stopniu powiązana z poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego. Również porównanie poziomu uzależnienia od telefonu komórkowego w grupach wydzielonych według poziomu samooceny nie wykazało statystycznie istotnych zależności – ani w zbiorowości polskiej (p=0,4797), ani w zbiorowości białoruskiej (p=0,3042). Powyższe obrazują wyniki zawarte w Tabeli XI i Ryc. 5.

**Tabela XI. Ocena punktowa zależności pomiędzy samooceną własnej osoby a poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego**

| Samoocena własnej osoby | Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt)/kraj | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Polska | | | | Białoruś | | | |
| Miara samooceny | 0.05 ($p$ = 0.3704) | | | | -0.08 ($p$ = 0.1662) | | | |
| | | | | | | | | |
| | $N$ | $\bar{x}$ | Me | $s$ | $N$ | $\bar{x}$ | Me | $s$ |
| zawyżona | 20 | 53.0 | 55.0 | 11.2 | 11 | 56.0 | 55.0 | 6.6 |
| adekwatna | 96 | 54.6 | 55.0 | 10.,8 | 75 | 51.6 | 50.0 | 11.5 |
| zaniżona | 222 | 55.8 | 55.0 | 12.5 | 253 | 50.8 | 50.0 | 11.0 |
| *p* | 0.4797 | | | | 0.3042 | | | |




**Rycina 5. Ocena zależności pomiędzy samooceną własnej woli a poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego**

Sprawdzono także, czy na poziom uzależnienia od telefonu komórkowego mają wpływ koszty wynikające z jego korzystania. Na potrzeby analizy połączono nieliczną grupę osób uważających, że korzystanie z komórek jest „często" kosztowne z grupą wskazującą odpowiedź „czasami". Nie stwierdzono występowania zależności pomiędzy opinią na temat kosztów korzystania z telefonów komórkowych a uzależnieniem od tych urządzeń. Wyniki oceny zależności przekonania o kosztowności korzystania z telefonu komórkowego a poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego obrazuje Tabela XI.

**Tabela XI. Ocena zależności przekonania o kosztowności korzystania z telefonu komórkowego a poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego**

| Czy korzystanie z telefonu komórkowego bywa zbyt kosztowne? | Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt)/ kraj | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Polska | | | | Białoruś | | | |
| | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* |
| **często/czasami** | 15 | 57.7 | 55.0 | 13.5 | 102 | 51.7 | 50.0 | 12.1 |
| **trudno powiedzieć** | 65 | 54.3 | 55.0 | 12.1 | 85 | 50.7 | 50.0 | 10.3 |
| **nie** | 258 | 55.6 | 55.0 | 11.,9 | 152 | 51.1 | 50.0 | 10.8 |
| ***p*** | 0.5605 | | | | 0.8402 | | | |

Za pomocą analizy korelacji rang Spearmana zbadano także relację ocen poszczególnych aspektów zdrowia fizycznego i psychicznego (wybranych w samoocenie przez badanych studentów) z poziomem uzależnienia od telefonów komórkowych. Należałoby oczekiwać występowania ujemnych współczynników korelacji, bowiem oznaczałoby to, że pewne zaburzenia w samopoczuciu są efektem (a może nawet przyczyną) nadmiernego korzystania z telefonów komórkowych.

Takie korelacje występowały nielicznie w zbiorowości polskiej, pomiędzy „nerwowym spoglądaniem na zegarek" i „korzystaniem z Internetu", zaś w zbiorowości białoruskiej – pomiędzy „nerwowymi ruchami rąk" a „nadmiernym korzystaniem z Internetu". Były to jednak zależności bardzo słabe, w których współczynnik korelacji *R* nie przekraczał co do wartości bezwzględnej poziomu 0,20.

## PODSUMOWANIE WYNIKÓW

W żadnej zbiorowości studentów nie wykazano istotnie statystycznie zależności pomiędzy nasileniem nałogu palenia tytoniu, używaniem narkotyków, poziomem satysfakcji z

życia i asertywności, oceną siły własnej woli, samooceną własnej osoby i opinią na temat kosztów korzystania z telefonów komórkowych a poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego.

Wpływ spożywania alkoholu na poziom uzależnienia od telefonu komórkowego był bardzo wyrazisty w grupie studentów z Polski, a jedynie zbliżony do poziomu znamienności statystycznej w grupie białoruskiej.

Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy uzależnieniem od Internetu i telefonu komórkowego w grupie studentów z Białorusi, a zbliżoną do poziomu znamienności statystycznie wśród studentów z Polski, przy czym poziom uzależnienia od telefonu komórkowego wzrastał wraz z uzależnieniem od Internetu.

## DYSKUSJA

Obserwowanie różnych zachowań ryzykownych wśród grupie młodych dorosłych ma ogromne znaczenie dla całego społeczeństwa, zwłaszcza z uwagi na fakt, że młodzież akademicka, stanowiąca główny segment populacji osób młodych, cieszący się dużym prestiżem może kształtować społeczne potrzeby oraz prezentować racjonalne wzorce zachowań prozdrowotnych.

Pracownicy ochrony zdrowia są grupą zawodową zobowiązaną do promocji i przywracania zdrowia. Już w trakcie studiów nabywają wiedzę o zdrowiu oraz czynnikach ryzyka zagrażających zdrowiu i wykształcają postawy zdrowotne, które wpływają nie tylko na ich zachowania, ale także na zachowania ich rówieśników, znajomych rodziny i pacjentów. Pallanti i wsp. rozpoznali uzależnienie o Internetu u 5,4%, spośród 275 studentów z Florencji, co ewidentnie korelowało z uzależnieniem od spożywania alkoholu, kawy, nikotyny, seksu, cechami anoreksji, tanoreksji i graniem w gry komputerowe [19].

W obecnym badaniu wykazano, iż uzależnienie od papierosów może być czynnikiem ryzyka uzależnienia od Internetu w grupie polskiej ($p = 0,0047^{**}$). Osoby palące (nieważne, czy sporadycznie, czy regularnie) miały o ok. 6 pkt. (średnio) wyższe wartości miary Guerreschiego, niż niepalący. Takiej relacji nie stwierdzono w grupie białoruskiej ($p = 0,5948$).

Znalazło to potwierdzenie w badaniach Gunby i wsp. dotyczących 1.100 studentów północno-wschodniej Anglii, w których wykazalikorelację pomiędzy spożywaniem alkoholu, a częstością ryzykownego odbywania stosunku seksualnego, bowiem u 82,2% kobiet, które zostały potencjalnie wykorzystane seksualnie, stwierdzono uzależnienie od alkoholu [20].

Naimi i wsp. zwracają uwagę na niepokojący ich zdaniem trend związany z przenoszeniem w dorosłe życie, przez młode kobiety, nawyku upijania się, co wiąże się z nasileniem liczby ciąż nieplanowanych [21], a Floyd i wsp. na częstsze występowanie u dziecka alkoholowego zespołu płodowego (FAS, *fetal alkohol syndrom*) [22]. Miller i wsp. wykazali statystycznie istotną zależność ($p < 0,05$) pomiędzy częstością jednorazowego upijania się studentów, a występowaniem u nich ryzykownych zachowań zdrowotnych [23]. Autorzy stwierdzili, że studenci upijający się minimum dziesięć razy w ciągu miesiąca wykazywali od 1,5 do 24,7-krotnie wyższe ryzyko zachowań niesprzyjających zdrowiu, w porównaniu ze studentami upijającymi się tylko raz w miesiącu [23]. W badaniach randomizowanych przeprowadzonych przez Mundt i wsp. dotyczących 954 studentów ze Stanów Zjednoczonych i Kanady, zaobserwowano, że w okresie 2. letnim urazowość wśród studentów pijących alkohol sięgała 25,6% [24]. Badania Halletta i wsp. w grupie 7237 australijskich studentów pokazały istotną statystycznie zależność pomiędzy piciem alkoholu, a „byciem" ofiarą przemocy fizycznej (4.8% kobiet *vs.* 8,7% mężczyzn - $p < 0,001$), seksualnej (13,8% kobiet *vs.* 7,1% mężczyzn - $< 0,001$) lub ofiarą przestępstwa (1,8% kobiet *vs.* 2,8% mężczyzn - $p = 0,007$) [25]. Wilcox i wsp. wykazali, że wśród osób uzależnionych ryzyko podjęcia próby samobójczej jest ewidentnie większe niż w populacji ogólnej [26].

W obecnym badaniu wykazano, że wpływ uzależnienia od alkoholu na poziom uzależnienia od telefonu komórkowego był bardzo wyraźny w grupie studentów z Polski, a jedynie zbliżony do poziomu znamienności statystycznej w grupie białoruskiej

W badaniu Kilmer i wsp. wykazano, iż z grupy 1.106 studentów w USA, około 10% nadużywało alkoholu, a studenci działający w studenckich bractwach byli bardziej narażeni na substancje psychostymulujące oraz nadużywanie alkoholu. Stwierdzono również korelację pomiędzy nadużywaniem substancji psychoaktywnych, a piciem alkoholu - im studenci chętniej sięgali po stymulanty tym więcej alkoholu spożywali [27]. Sałacińska i wsp. na podstawie badań własnych i wyników innych autorów sugerują, iż palenie tytoniu w środowisku młodzieży akademickiej jest skorelowane z innymi zachowaniami ryzykownymi (stosowanie alkoholu, dopalaczy i narkotyków) [8].

W obecnym badaniu nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w poziomie uzależnienia od telefonu komórkowego pomiędzy osobami palącymi papierosy a uzależnionymi od narkotyków i pozostałymi studentami. Jednakże sam fakt palenia papierosów w zbiorowości polskiej był czynnikiem wzmagającym poziom nomofobii, ale nie wykazano już związku nasilenia tego nałogu, w żadnej zbiorowości, na poziom uzależnienia od telefonu komórkowego. Wykazano natomiast zależność istotną statystycznie pomiędzy

uzależnieniem od Internetu i telefonu komórkowego w grupie studentów z Białorusi, a zbliżoną do poziomu znamienności statystycznie wśród studentów z Polski, przy czym poziom uzależnienia od telefonu komórkowego wzrastał wraz z uzależnieniem od Internetu.

Guerreschi podkreśla, że konieczność pośrednictwa technologii multimedialnych w kontaktach interpersonalnych naraża ich użytkowników na utratę autentyczności i umiejętności wchodzenia w spontaniczne, bezpośrednie kontakty społeczne [11]. Nadmierne korzystanie z telefonu komórkowego może także skutkować zubożeniem języka (posługiwanie specyficznym slangiem) i zawężeniem zainteresowań [11].

Guerreschi przytacza także badania Codaconsa, który przeprowadził we Włoszech badanie w grupie 300 wolontariuszy, w wieku 20-30 lat i wykazał, iż po ok. 70% z nich zmieniało swoje zachowanie w sytuacji braku dostępu do telefonu komórkowego lub nie potrafiło się bez niego obejść [cyt. za 11]. U 35% wystąpiły wcześniej niespotykane reakcje, takie jak np. ciągłe spoglądanie na zegarek, nieustanne wyjmowanie rąk z kieszeni, wkładanie ich do kieszeni lub szukanie własnego telefonu po usłyszeniu w pobliżu dzwonku. 25% - podnosiło głos, traciło panowanie nad sobą lub kłóciło się, a 10% wykazywało objawy depresyjne [cyt. za 11].

W obecnym badaniu, w zbiorowości polskiej, większy poziom uzależnienia od telefonu komórkowego cechował osoby bardziej towarzyskie i zajmujące się swoim hobby. Wykazano także korelacje pomiędzy poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego a „nerwowym spoglądaniem na zegarek" i „korzystaniem z Internetu", zaś w zbiorowości białoruskiej – pomiędzy „nerwowymi ruchami rąk" a „nadmiernym korzystaniem z telefonów komórkowych".

W tym miejscu warto podkreśli, iż współcześnie istnieją nie tylko niebezpieczeństwa związane z nadmiernym paleniem tytoniu, brakiem aktywności ruchowej, niewłaściwym odżywaniem, alkoholizmem, czy narkomanią, ale także wynikające z nieumiejętnego korzystania z cyberprzestrzeni, multimediów elektronicznych.

Wygląda na to, że studenci nie są do końca przygotowani, aby w przyszłości stać się symbolem zdrowego stylu życia. Przekonania studentów kierunków medycznych o roli zachowań zdrowotnych w kształtowaniu zdrowia, powinny bowiem korespondować z zasobami wiedzy na powyższy temat przekazywanymi im na studiach. Niepokój może budzić to, czy postępowanie przyszłych pracowników ochrony zdrowia w stosunku do ich własnego zdrowia będzie można traktować jako wzorzec godny zalecenia dla pacjentów z podobnymi problemami i czy w związku z tym ich działania będą skuteczne i wiarygodne.

## WNIOSKI

1. W zależności od miejsca pochodzenia studentów kierunków medycznych wykazano zróżnicowane występowanie wybranych zachowań ryzykownych, które miały większy lub mniejszy wpływ na stopień uzależnienia od telefonu komórkowego.
2. Nie wykazano występowania jakiejkolwiek zależności pomiędzy poziomem asertywności, oceną siły własnej woli i samooceną własnej osoby, a uzależnieniem od telefonu komórkowego.

## POSTULATY

- Uzyskane wyniki zmuszają do refleksji z uwagi na fakt, iż badania dotyczyły studentów kierunków medycznych, czyli osób, które w przyszłości będą podejmowały działania mające na celu zapobieganie rozwojowi zachowań ryzykownych oraz terapii uzależnień już istniejących.
- Istnieje więc potrzeba zwiększenia liczby zajęć dotyczących zachowań ryzykownych i skuteczności działań profilaktycznych skierowanych do studentów kierunków medycznych.

## PIŚMIENNICTWO

1. Ostaszewski K.: Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Podstawy opracowywania oraz ewaluacja programów dla dzieci i młodzieży. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, 2005.
2. Kazdin A.: Zdrowie psychiczne młodzieży w okresie dorastania. Programy profilaktyczne i leczenie. Nowiny Psychologiczne,1 996; 2: 39–74.
3. Szymańska J.: Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki. Warszawa, Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2002.
4. Dzielska A., Kowalewska A.: Zachowania ryzykowne młodzieży – współczesne podejście do problemu. Studia BAS, 2014; 2(38): 139–168.
5. Ponczek D., Olszowy I.: Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2012; 93(2): 260-268.
6. Obuchowska I.: Drogi dorastania, psychologia rozwojowa okresu dorastania dla rodziców i wychowawców. Autodestrukcyjne zachowania młodzieży. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, 1996.

7. Howell E.F.: In Memoriam: Vincent P. Dole ASAM News. American Society of Addiction Medicine 2006; 21: 31.
8. Mazur J., Kowalewska A., Woynarowska B.: Picie alkoholu a inne zachowania ryzykowne dla zdrowia młodzieży w wieku 11-15 lat. Medycyna Wieku Rozwojowego 2003; 7(1): 75-90.
9. Stępień E.: Czynniki ryzyka kontaktów z narkotykami od dorastania do wczesnej dorosłości (badania katamnestyczne). Alkoholizm i Narkomania 2001; 3(14): 407- 420.
10. Donovan J., Jessor R., Costa F.: Adolescent problem drinking. Stability of psychosocial and behavioral correlates across a generation. Journal of Studies on Alcohol and Drugs 1999; 60(3): 352 -361.
11. Guerreschi C.: Nowe uzależnienia. Kraków, Wydawnictwo Salwador, 2006.
12. Janiszewski Wł.: Stare i nowe uzależnienia - podobieństwa i różnice. Problemy Narkomanii 2009; 1: 66-84.
13. Ogińska-Bulik N.: Prężność psychiczna a zadowolenie z życia osób uzależnionych od alkoholu. Alcoholism and Drug Addiction 2014; 27(4): 319-324.
14. Heatherton T.F., Kozlowski L.T., Frecker F.C., Fagerström K.O.: The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. British Journal of Addiction 1991; 86: 1119-1127.
15. Young K.S.: Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. CyberPsychology & Behavior 1998; 1(3): 237–244.
16. Young K., Klausing P.: Uwolnić się z sieci. Uzależnienie od Internetu. Katowice, Wydawnictwo Księgarnia Św. Jacka, 2009.
17. Grębski M.: Jak wytrzymać z ludźmi. Warszawa, Wydawnictwo WSIP, 2009.
18. Bielak B.: Jak pomóc uczniom w wyborze zawodu. Wydawnictwo WSIP, Warszawa 2009.
19. Pallanti S., Bernardi S., Quercioli L.: The Shorter PROMIS Questionnaire and the Internet Addiction Scal in the Assesment of multiple Addictions in a High-School population: prevalence and related disability. CNS Spectrums 2006; 11: 966-974.
20. Gunby C., Carline A., Bellis M.A., Beynon C.: Gender differences in alcohol-related nonconsensual sex; cross- -sectional analysis of astudent population. BMC Public Health 2012; 12: 216.
21. Naimi T.S., Brower R.D., Mokdad A., Denny C., Serdula M.K., Marks J.S.: Binge drinking among US adults. The Journal of the American Medical Association 2003; 289: 70–75.

22. Floyd R.L., Decoufle P., Hungerford D.W.: Alcohol use prior to pregnancy recognition. The American Journal of Preventive Medicine 1999; 17: 101–107.
23. Miller J.W., Naomi T.S., Brewer R.D., Jones S.E.: Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. Pediatrics 2007; 119: 76–85.
24. Mundt M.P., Zakletskaia L.I., Brown D.D., Fleming M.F.: Alcohol-Induced Memory Blackouts as an Indicator of Injury Risk among College Drinkers. Injury Prevention 2012; 18(1): 44–49.
25. Hallett J., Howat P.M., Maycock B.R., McManus A., Kypri K., Dhaliwal S.S.: Undergraduate student drinking and related harms at an Australian university: web-based survey of a large random sample. BMC Public Health 2012; 12: 37.
26. Wilcox H.C., Conner K.R., Caine E.D.: Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. Drug and Alcohol Dependence 2004; 76 (suppl.): S11–S19.
27. Kilmer J.R., Geisner I.M., Gasser M.L., Lindgren K.P.: Normative perceptions of non-medical stimulant use: associations with actual use and hazardous drinking. Addictive Behaviors 2015; 42: 51-56.
28. Sałacińska I., Binkowska-Bury M., Więch P., Januszewicz P.: Współwystępowanie zachowań ryzykownych w grupie młodzieży akademickiej – tendencje zmian w latach 2009–2012. Badania prospektywne. Przegląd Lekarski 2015; 72(10): 553-557.

# Problem nadużywania i uzależnienia od alkoholu podczas pandemii SARS-CoV2

**Aleksandra Grzegorczyk, Jakub Kasalik, Gabriela Gut, Maria Greniuk, Natalia Nowak, Mateusz Nowak**

Studia jednolite magisterskie, Wydział Lekarski, kierunek Lekarski, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

## WSTĘP. POCZĄTKI PANDEMII SARS-COV2

Współczesny bieg historii stawia ludzkość przed nowymi wyzwaniami, z którymi przychodzi jej się zmierzyć. W ludzkiej egzystencji pojawiają się wcześniej dotąd nieznane problemy, podyktowane zmieniającą się sytuacją geopolityczną, ekonomiczną oraz epidemiologiczną.

Rok 2019 nierozerwalnie będzie odtąd kojarzył się z wybuchem światowej pandemii wirusa SARS-CoV2.

Na początku grudnia 2019 w Chinach (Wuhan, prowincja Hubei) doszło do wybuchu epidemii wcześniej nieznanego wirusa, nazwanego później SARS-CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome koronawirus* 2).

Jakie konsekwencje generowało to dla szczególnej grupy chorych, jakimi byli do tej pory osoby uzależnione od alkoholu oraz jak zmieniły się trendy konsumpcji alkoholu w związku z długotrwałą izolacją społeczeństwa? [1,2].

Do tej pory poznaliśmy 6 gatunków CoV, w tym dwa najbardziej znane SARS-CoV i MERS-CoV. SARS-CoV2 jest siódmym i najbardziej zbliżonym w budowie do SARS-CoV [2].

Wirus ten przenoszony drogą kropelkową i oralno-fekalną okazał się być niemałym wyzwaniem ze względu na wysoką zakaźność.

W szybkim czasie rozprzestrzenił się na pozostałe kontynenty i został ogłoszony pandemią, której zatrzymanie stało się dotychczas wyjątkowo trudne i z którą zmagamy się do dziś.

## CZY ALKOHOL UCHRONI NAS PRZED WIRUSEM?

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO podaje, że rocznie 3 miliony ludzi umiera z powodu nadużywania alkoholu [3]. W związku z pandemią COVID-19 WHO opublikowało oficjalne zalecenia dotyczące spożycia alkoholu, jego wpływu na przebieg zakażenia koronawirusem oraz działania, które pozwolą nam ograniczyć nadużywanie alkoholu podczas kwarantanny.

Znajdziemy tam między innymi informacje, że alkohol nie niszczy wirusa. Ponadto, jego konsumpcja w fazie zakażenia może pogorszyć stan zdrowia, wywierając negatywny wpływ na odporność, ponieważ komórki układu immunologicznego nie są stymulowane do walki z wirusem. Alkohol w stężeniu większym niż 60% jest zalecany jedynie jako środek dezynfekujący skórę wyłącznie do stosowania zewnętrznego i zdecydowanie nie jest on przeznaczony do spożycia.

WHO także zaaprobowało zamknięcie barów i restauracji przez poszczególne państwa, co ograniczyło spotkania towarzyskie przy alkoholu i wiążącą się z tym transmisję wirusa COVID-19. Wydane zostało także kilka sugestii dotyczących tego, co należy robić w czasach pandemii, aby ograniczyć spożycie alkoholu, np.: dbanie o to, aby na liście zakupów nie znalazł się alkohol, zaczęto zniechęcać młodych ludzi do picia alkoholu równocześnie promując zamianę drinka na trening domowy, czy inną formę aktywności fizycznej. Zaproponowano także, aby osoby uzależnione potraktowały ten czas jako okazję do rzucania nałogu i wspierały się wzajemnie przez portale internetowe, czy na grupach wsparcia utworzonych w Internecie [4].

## CO WIEMY Z POPRZEDNICH EPIDEMII?

Naukowcy przewidują, że nałożone na społeczeństwo restrykcje oraz kwarantanna spowodowana koronawirusem może wpłynąć w dwojaki sposób na użycie alkoholu. Pierwszy z nich, przewiduje wzrost użycia alkoholu - szczególnie przez mężczyzn, z powodu obawy przed konsekwencjami pandemii, drugi - mówi o spadku konsumpcji alkoholu i spowodowany dziurą finansową i brakiem pieniędzy. Nie jest pewne, który scenariusz się sprawdzi, jednak codziennie na świecie powstają nowe sondaże i badania, które mają na celu predykcje tych skutków. Ważnymi czynnikami przemawiającymi za drugim scenariuszem jest zdecydowany wzrost bezrobocia i zredukowana liczba godzin pracy, które prowadzą do napięć budżetowych i przeznaczania pieniędzy na produkty pierwszej potrzeby zamiast na

alkohol. Fakt ten został zaobserwowany na podstawie liczby roszczeń z powodu bezrobocia, które w marcu 2020 roku osiągnęły w USA rekordową ilość [5]. Wzrasta także poziom chronicznego stresu w społeczeństwie, który nasila długotrwała izolacja powodując, że ludzie częściej sięgają po mocne trunki, aby dać ujście swoim emocjom. Udowodniono, że przewlekłe użycie alkoholu jest czynnikiem, który prowadzi do dysfunkcji przysadki mózgowej. Bierze ona udział w regulacji wydzielania hormonów. Prowadzi to do problemów z kontrolowaniem emocji oraz mniejszej podatności na stres [6]. Możemy wziąć przykład z poprzedniej epidemii SARS w 2003 roku. Dysponując danymi wśród ponad 800 mieszkańców Hongkongu, 4,7% mężczyzn i 14,8% kobiet, pijących regularnie alkohol, zgłosiło wzrost jego spożycia rok po pandemii SARS [7]. Szczególny wzrost spożycia obserwuje się u osób najbardziej narażonych na stres związany z pandemią, czyli pracowników ochrony zdrowia. Pracownicy szpitali w Pekinie, którzy przebywali na kwarantannie lub pracowali na oddziałach szpitalnych wysokiego ryzyka, zgłaszane objawy zaburzenia spożywania alkoholu, 3 lata po wybuchu SARS, było około 1,5 razy wyższe niż u nie narażonych pracowników szpitala [8].

## DECYZJE ZWIĄZANE Z PROBLEMEM ALKOHOLU PODCZAS PANDEMII COVID-19 NA ŚWIECIE

W wielu krajach rozwinęło się niekorzystne dla społeczeństwa przeświadczenie, że picie alkoholu może zapobiec infekcji koronawirusem. Częściowo oficjalne wiadomości agencji ISNA *(ang. Iranian Students News Agency)* raportują, że 180 osób zmarło w marcu w Iranie z powodu spożycia niezarejestrowanego alkoholu, błędnie wierząc, że alkohol chroni przed infekcją SARS-CoV2. Raport ten jednocześnie sugeruje, że liczba ofiar tej fatalnej pomyłki w rzeczywistości jest znacznie większa [9]. Z powodu tego, że alkohol jest zabroniony przez lokalnie wyznawaną religię w tym kraju, często pozyskiwany jest on z nielegalnych źródeł, przez co może zawierać toksyczny metanol.

W Tajlandii, na jednym z pożegnalnych spotkań, osoby, które spożywały alkohol razem, prawdopodobnie z powodu picia ze wspólnych naczyń, uległy zakażeniu wirusem i rozwinęła chorobę COVID-19. Po tym wydarzeniu w Tajlandii zakazano sprzedaży alkoholu, by zredukować spotkania towarzyskie w większych grupach [10].

W Indiach podczas izolacji wprowadzono zakaz sprzedawania alkoholu, co spowodowało rozwój czarnego rynku alkoholowego i zwiększona ilość samobójstw popełnianych przez osoby uzależnione [11].

Rząd Republiki Południowej Afryki ogłosił szereg ograniczeń w sprzedaży, dystrybucji i transporcie alkoholu, w tym między innymi: 50-osobowy limit liczby osób, które mogą przebywać w lokalach konsumpcyjnych, w których można sprzedawać alkohol, w tym w tawernach, restauracjach i klubach, zakaz udzielania specjalnych koncesji na alkohol, zamknięcie wszystkich lokali konsumpcyjnych sprzedających alkohol od 18:00 do 09:00 następnego dnia rano w dni powszednie i soboty oraz do 13:00 w niedziele i święta. Alkoholu nie wymieniono na liście podstawowych towarów i usług, które można kupić w okresie blokady [12]. Wyjaśniając użyte środki zapobiegawcze, Minister Policji wskazał, że „*oczekiwany spadek liczby wypadków i napaści spowodowany zakazem zakupu alkoholu, uwolni tak bardzo potrzebną przestrzeń w szpitalach podczas kryzysu koronawirusowego*" [13]. Oczekiwane skutki restrykcji wymagają czasu - niektóre będą natychmiastowe, na inne z kolei będziemy musieli poczekać. Zdecydowanie widoczna jest tendencja spadkowa prowadzenia pojazdów przez osoby pod wpływem alkoholu. Alkohol potęguje zachowania, które prowadzą do częstszego nadużywania substancji i prowadzi do bardziej agresywnych zachowań [14]. Przemoc może wzrosnąć z powodu konfliktów rodzinnych oraz obowiązku przebywania w zamknięciu domowym [15]. Większość zachowań ludzi jest w dużej mierze zależna od działań rządu poszczególnych państw, jak bardzo pomogą oni swoim obywatelom przezwyciężyć kryzys wiążący się z zamknięciem większości przedsiębiorstw, narastającymi długami i brakiem pieniędzy, ale także wielomiesięczną izolacją oraz stratą bliskich osób [16].

Ciekawe zdarzenie zostało zaraportowane przez centrum leczenia alkoholizmu w Mumbaiu. Doniesienie dotyczyło informacji, że nadmierna dezynfekcja rąk powodowała rozwój reakcji disulfiramowej u abstynentów [17]. Prawdopodobnie, przyczyną opisywanego zjawiska było wdychanie alkoholu, a nie jego absorbcją przez skórę.

Pomimo zaleceń WHO, przemysł alkoholowy online, jak i jego dystrybucja stacjonarna prężnie rozwinęły się podczas izolacji w państwach zachodnich (według danych Office of National Statistics, 2020).

Wraz z izolacją w Wielkiej Brytanii doszło do zamknięcia wielu ośrodków terapii alkoholizmu. Jak w innych obszarach życia, warunki wymusiły przyszłościowe zmiany, tak w tym wypadku, wprowadzono aplikacje współdzielone z terapeutami, sprawdzające poziom alkoholu w wydychanym powietrzu. Pokazuje to nowe możliwości kontroli i leczenia na odległość [18].

## PROBLEMY OSÓB ZMAGAJĄCYCH SIĘ Z CHOROBĄ ALKOHOLOWĄ PODCZAS PANDEMII COVID-19

Równocześnie z postępującym rozwojem pandemii, koniecznym stało się wprowadzenie nowych strategii przestrzegania higieny i nowych zasad życia codziennego [19]. Wśród czynników ryzyka, które powinny zostać zredukowane w celu uniknięcia infekcji, znalazł się alkohol i palenie papierosów. Spożywanie alkoholu, zwłaszcza w dużych ilościach, prowadzi do szkód w naszym organizmie. Przekroczenie limitu dziennego spożycia 20-40g czystego alkoholu dla kobiet i 30-60g dla mężczyzn jest uważane za szkodliwe dla zdrowia, powodując zwiększone ryzyko infekcji [20]. Około 30-40% przewlekle pijących osób cierpi na HCV i/lub jest nosicielem wirusa HIV. 70% HCV i HIV dodatnich osób ma problem ze spożyciem alkoholu, co przyczynia się do rozwoju groźnej, dla zdrowia i życia tych pacjentów, infekcji [21].

Pandemia COVID-19, zważając na różne aspekty, okazała się być szczególnie krzywdząca dla pacjentów z przewlekła chorobą alkoholową: AUD *(ang. alcohol use disorder)* oraz chorobą wątroby związaną z alkoholizmem ALD *(ang. alcohol associated liver disease)*. Pacjenci z AUD mogą znajdować się w szczególnym ryzyku poważnej infekcji SARS-CoV2. Przewlekłe picie dużej ilości alkoholu dotyka wszystkich składowych układu immunologicznego, nabytej oraz wrodzonej odporności, znacznie osłabiając obronę organizmu przed drobnoustrojami [22]. Prowadzi do redukcji liczby powierzchownych limfocytów T, zaburza równowagę pomiędzy typami T-komórek, aktywuje je i promuje ich apoptozę i prawdopodobnie zmniejsza produkcję immunoglobulin [23].

Badania sugerują, że przewlekła konsumpcja alkoholu zwiększa ryzyko ciężkiej infekcji wirusem grypy poprzez modyfikację odpowiedzi immunologicznej w płucach [24]. Jest również czynnikiem ryzyka poprzez uszkodzenie nabłonka ustno-gardłowego, co prowadzi do zwiększonej aspiracji drobnoustrojów do płuc, modyfikuje funkcjonowanie płucnych makrofagów [25]. Ponadto, u pacjentów z zaawansowanym alkoholowym uszkodzeniem wątroby, ryzyko infekcji jest większe, ponieważ funkcja detoksykacyjna wątroby jest osłabiona.

Podczas obecnej pandemii wiele pacjentów nie uczęszcza na wizyty lekarskie regularnie, co wynika z zamknięcia ośrodków, przełożenia wizyt, a również strachu pacjentów przed opuszczaniem domu i możliwym zakażeniem podczas transportu na wizytę lekarską. Tym samym, wiele przeszczepów wątroby nie jest obecnie wykonywanych [26].

Innym problemem podczas epidemii stało się fakt, że pacjenci z AUD zostali pozbawieni aktywności i hobby, takich jak sport, które były dla nich ucieczką przed nałogiem [27]. Bez zorganizowanego czasu, pacjenci zostają pozostawieni bez pomocy z zewnątrz i mogą ulec pokusie ponownej konsumpcji alkoholu [26].

Programy behawioralne i spotkania grup, takich jak Anonimowi Alkoholicy, czyli jedne z najważniejszych form walki z uzależnieniem, nie funkcjonują w czasie izolacji [28]. Zaburzenie codziennej rutyny, brak dostępu do terapii i wizyt lekarskich, brak kontroli medycznej, izolacja społeczna, rozwijająca się depresja, gniew, stres, to codzienność, na którą skazani są pacjenci [29,30]. Wielu z nich dodatkowo straciło pracę podczas pandemii. Niepewna sytuacja socjalna i finansowa jest potęgującym stresorem i istotnym czynnikiem ryzyka ponownego popadnięcia w nałóg [31].

W obecnej sytuacji nie pomaga panujące aktualnie społeczne przyzwolenie do picia. W USA wiele lokali proponuje dowóz alkoholu. Popularni obecnie tzw. influencerzy w swoich mediach społecznościowych również propagują spożywanie alkoholu [31]. Spotkania online tzw. „zoom happy hour", podczas których uczestnicy wyrażają radość konsumpcji napojów alkoholowych, z osobami, z którymi nie mogą się spotkać w rzeczywistości, zostały rozsławione w całej Ameryce [32].

## ZAKOŃCZENIE, PODSUMOWANIE

Obecna rzeczywistość podczas pandemii COVID-19 znacznie odbiega od tej sprzed pół roku. Nowa sytuacja epidemiologiczna wymagała i wymaga nadal podjęcia zmian w różnych aspektach życia, również konsumpcji alkoholu. Fałszywe przekonanie, które głosiło jakoby alkohol mógł służyć prewencji zakażeniu, przyczyniło się do konieczności wydania zaleceń przez WHO o ograniczeniu jego konsumpcji z uwagi na ingerencję etanolu w osłabienie odporności immunologicznej, co niesie za sobą większe ryzyko ciężkiego zakażenia. Obostrzenia związane ze spożywaniem alkoholu miały na celu również zapobieganie gromadzeniu się większych zgromadzeń ludzi. W niektórych państwach krokiem podjętym przez rząd było całkowite zakazanie sprzedaży tego produktu. Pacjenci zmagający się z uzależnieniem alkoholowym znaleźli się w ciężkiej sytuacji, bez kontroli i opieki lekarskiej, bez możliwości prowadzenia terapii, szczególnie grupowych. Stali się odizolowani. Uczucia, takie jak stres, gniew, samotność, strach towarzyszące nam na co dzień w nowej rzeczywistości, potęgują ryzyko nawrotu do ucieczki w środki odurzające. Ogólne skutki pandemii COVID-19 będziemy mogli zaobserwować dopiero za parę lat, teraz

możemy tylko przewidywać niektóre z nich. Niemniej jednak powinniśmy być przygotowani i świadomi tego, że omówiony w tekście gorszy scenariusz zwiększenia liczby osób uzależnionych od alkoholu jest, jak najbardziej, prawdopodobny.

## PIŚMIENNICTWO


1. Zhang C., Shi L., Wang FS.: Liver injury in COVID-19: management and challenges. Lancet Gastroenterology Hepatology 2020; 5(5): 428-430.
2. Qin Yan Gao, Ying Xuan Chen: 2019 Novel coronavirus infection and gastrointestinal tract. Journal of digestive disease 2020; 125-126.
3. Management of Substance Abuse Department of Mental Health and Substance Abuse: Global status report on alcohol and health 2018. Publishers & Resources - WHO, Geneva 2018.
4. A.http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/437608/Alcohol-and-COVID-19-what-you-needto-know.pdf?ua=1&fbclid=IwAR2BTVofjSNJ1JKvs6mQtB_1KNhX4V55U_zefk XZ12xwfl8FLLsCUecGj-yg (data dostępu 29.05.2020).
5. https://www.epi.org/blog/coronavirus-record-breaking-spike-inui-claims/ (data dostępu 29.05.2020).
6. Koob G,, Kreek M.J.: Stress, dysregulation of drug reward pathways, and the transition to drug dependence. The American Journal of Psychiatry 2007; 164: 1149–1159.
7. Lau J.T., Yang X., Pang E., Tsui H.Y., Wong E., Wing Y.K.: SARS-related perceptions in Hong Kong. Emerging Infectious Diseases 2005; 11: 417–424.
8. Wu P., Liu X., Fang Y.: Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. Alcohol and Alcoholism 2008; 43: 706–712.
9. Aghababaeian H., Ahvazi LA., Ostadtaghizadeh A.: The methanol poisoning outbreaks in Iran 2018. Alcohol and Alcoholism 2020; 54: 128–130.
10. https://abcnews.go.com/International/wireStory/thailand-bans-sale-alcoholic-drinks-war-covid-19-70086202 (data dostępu 30.05.2020).
11. https://www.semanticscholar.org/paper/COVID-19-and-forced-alcohol-abstinence-in-In India%3A-Nadkarni-Kapoor/daed398d3e86bbc449e5c8b587a8b12f287550ae (data dostępu 30.05.2020).
12. https://openbylaws.org.za/za/act/gn/2020/318/eng/ (data dostępu 30.05.2020).
13. https://www.health24.com/Medical/Infectious-diseases/Coronavirus/coronavirus-morning-update-lockdown-draws-near-staying-sober-and-the-billions-at-home-20200326 (data dostępu 30.05.2020)

14. Clay J.M., Parker M.O.: Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? Lancet Public Health 2020; 5(5): e259.
15. Trangenstein P.J., Curriero F.C., Webster D.: Outlet type, access to alcohol, and violent crime. Alcohol Clinical and Experimental Research 2018; 42: 2234–2245.
16. Rehm J., Kilian C., Ferreira-Borges C.: Alcohol use in times of the COVID 19: Implications for monitoring and policy. Drug Alcohol Review 2020; 39(4): 301-304.
17. Chick J.: Alcohol and COVID-19. Alcohol and alcoholism 2020; 5(13): 039.
18. Hämäläinen M.D., Zetterström A., Winkvist M.: Real-time monitoring using a breathalyzer-based eHealth system can identify lapse/relapse patterns in alcohol use disorder patients. Alcohol and alcoholism 2018; 53: 368–375.
19. GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. London, Lancet, 2019.
20. Scafato E., Caputo F., Patussi V., Balbinot P., Addolorato G., Testino G.: The undertreatment of alcohol related liver diseases among people with alcohol use disorder. European Review for Medical and Pharmacological Sciences 2020; 24: 974-982.
21. Testino G., Leone S., Borro P.: Alcoholic liver disease and the hepatitis C virus: and overview and point of view. Minerva Medica 2016; 107: 300-313.
22. Szabo G., Saha B.: Alcohol's Effect on Host Defense. Alcohol Research 2015; 37: 159-170.
23. Pasata S., Barr T., Messaoudi I.: Impact of alcohol abuse on the adaptive immune system. Alcohol Research 2015; 37: 185-197.
24. Meyerholtz D.K., Edsen-Moore M., Mac Gill J., Coleman R.A., Cook R.T., Legge K.I.: Chronic alcohol consumption increases the severity of murine influenza virus infections. Journal of Immunology 2008; 181; 641-648.
25. Simou E., Britton J., Leonardi-Bee J.: Alcohol and the risk of pneumonia: a systematic review and meta-analysis. British Medical Journal Open 2018; 8**:** e022344.
26. Da B.L., Im G.Y., Schiano T.D.: COVID-19 Hangover: A Rising Tide of Alcohol Use Disorder and Alcohol-Associated Liver Disease. Hepatology 2020; 10.1002.
27. Vaillant GE.: The natural history of alcoholism revisited. Mass Harvard University Press, Cambridge 1995.
28. Simonetto D.A., Shah V.H., Kamath P.S.: Outpatient management of alcohol-related liver disease. The Lancet Gastroenterology & Hepatology 2020; 5: 485-493.

29. https://www.nytimes.com/2020/03/26/health/coronavirus-alcoholics-drugs-online.html (data dostępu 01.06.2020).
30. Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L., Ho C.S., Ho R.C.: Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020; 17: 1729.
31. Nelson Lorene M.: US Public Concerns About the COVID-19 Pandemic From Results of a Survey Given Via Social Media. JAMA Internal Medicine 2020; Apr 7.
32. https://eu.northjersey.com/story/money/2020/03/20/coronavirus-new-york-liquor-stor es - essential/2887048001/ (data dostępu 01.06.2020).

# Spożycie alkoholu wśród mieszkańców miasta Biała Podlaska i okolic

**Anna Ślifirczyk, Iwona Siwek, Marcin Ślifirczyk, Dorota Myc, Barbara Jędrzejewska**

Państwowa Szkoła Wyższa im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, wydział Nauk o Zdrowiu

## WSTĘP

Alkohol jest najczęściej używaną substancją psychoaktywną na świecie, w szczególności w Europie i Ameryce Północnej [1]. Ma on silne właściwości uzależniające z uwagi na działanie, jakie wywiera na OUN (Ośrodkowy Układ Nerwowy) [1].

Zgodnie z danymi PARPA (Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych) w Polsce średnie roczne spożycie czystego etanolu wynosi 9 litrów na mieszkańca, uzależnienie dotyczy około 2% populacji, a picie szkodliwe – 7% [2].

Alkohol etylowy (etanol) wchłania się z przewodu pokarmowego oraz przez skórę i drogi oddechowe [3].

Metabolizm alkoholu etylowego przebiega głównie w wątrobie, a około 90% etanolu po wchłonięciu z układu pokarmowego ulega utlenieniu do aldehydu octowego i dalej do kwasu octowego, natomiast 1-2% spożytego alkoholu wydalane jest w postaci niezmienionej przez nerki, układ oddechowy i wraz z potem [4,5].

Tempo przemian alkoholu zależne jest głównie od czynników genetycznych (stężenie dehydrogenazy alkoholowej - ADH i dehydrogenazy aldehydowej - ALDH), ale także od ilości i stężenia substancji oraz sposobu jej przyjmowania (długotrwałe lub sporadyczne spożywanie) [6].

Co ciekawe, istnieją wyraźne różnice w aktywności enzymów biorących udział w metabolizmie alkoholu w różnych grupach etnicznych.

U rasy żółtej występuje niemal całkowity brak aktywności ALDH, przez co po spożyciu nawet niewielkich ilości alkoholu występują objawy reakcji antabusopodobnej (wzrost ciśnienia tętniczego, tachykardia, zaczerwienie skóry twarzy, metaliczny posmak w ustach).

Wykorzystując farmaceutyki hamujące aktywności enzymów, można więc wpłynąć na znaczne ograniczenie tolerancji na alkohol. Działanie to jest wykorzystywane jako jedno z rozwiązań w terapii uzależnienia od alkoholu [7].

Zgodnie z danymi epidemiologicznymi alkohol stanowi jedną z najważniejszych przyczyn problemów zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych [8].

W Europie, gdzie średnie spożycie etanolu jest ponad dwukrotnie wyższe niż na innych kontynentach, alkohol jest uznawany za bezpośrednią przyczynę około 14% zgonów mężczyzn i około 8% zgonów kobiet [8].

Alkohol jest jedną z najczęstszych przyczyn zatruć, których skutki mogą obejmować uszkodzenie wątroby, trzustki oraz mózgu [1,9].

Pojęcie alkoholizmu wprowadził Magnus Huss w połowie XIX wieku [10], a w latach 90-tych XX wieku udowodniono, że ZZA (Zespół Zależności Alkoholowej) jest przewlekłą, nawracającą chorobą mózgu, okresowo i indywidualnie podatną na oddziaływania terapeutyczne i farmakoterapię. ZZA obejmuje objawy somatyczne, behawioralne i poznawcze, związane z trudnościami w kontrolowaniu zachowań [6,11].

Liczne badania wskazują na istnienie biologicznych i psychologicznych predyspozycji do uzależnienia od alkoholu. Jednym z czynników jest uwarunkowana stężeniem ADH i ALDH tolerancja na alkohol. Osoby o większej tolerancji na alkohol muszą spożyć większą jego ilość dla osiągnięcia stanu upojenia, odczuwają również większy stan relaksacji. Predyspozycje organizmu do większej tolerancji sprawiają, że osoby te nie otrzymują sygnałów ostrzegawczych skutków nadużywania alkoholu (nudności, wymioty, zawrotów głowy), przez co mogą szybciej się uzależnić. Jednym z ważnych czynników psychologicznych jest niedojrzałość osobowościowa. Osoby charakteryzujące się niedojrzałą osobowością mają duże trudności w radzeniu sobie z wszelkimi przeciwnościami i problemami. Osoby takie szybciej i łatwiej uzależniają się zarówno od alkoholu, jak i innych substancji psychoaktywnych [12].

Szacuje się, że w Polsce od alkoholu jest uzależnionych 8,4% mężczyzn i 1,6% kobiet [13,14].

Dane statystyczne wskazują, że aż 95-97% alkoholików, to osoby normalnie funkcjonujące w społeczeństwie, pracujące i mające rodziny. Osoby z ZZA średnio żyją krócej o 10-15 lat w stosunku do osób zdrowych, a w związku z nadużywaniem alkoholu i prowadzonym trybem życia, przyczyną śmierci często są wypadki komunikacyjne, samobójstwa, zabójstwa, pobicia oraz utonięcia [13,14].

## CEL

Celem badań była ocena skali problemu nadużywania alkoholu wśród mieszkańców miasta Biała Podlaska i jego okolic.

## MATERIAŁ I METODY

Zastosowaną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, przeprowadzony za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety. Ankieta zawierała 20 pytań i została podzielona na dwie części. Część pierwsza dotyczyła danych demograficzno-społecznych, takich jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania oraz stan cywilny i sytuacja zawodowa badanych. Część druga skoncentrowana była na spożyciu wyrobów alkoholowych. Badanie zostało przeprowadzone za pośrednictwem społecznościowych portali internetowych w marcu 2019 roku. Obliczenia statystyczne zostały wykonane za pomocą programu IBM SPSS Statistics 23. Za próg istotności statystycznej przyjęto $p<0,05$. W celu zbadania korelacji pomiędzy analizowanymi cechami wykorzystano współczynniki kontyngencji Phi i V Kramera.

## WYNIKI

W badaniu wzięły udział 104 osoby w wieku od 16 do 69 lat. Największa część badanych (65,4%) była w wieku 20-29 lat. Badani w wieku 30-39 lat, 40-49 lat i 50-59 lat stanowili kolejno 10,6%, 11,5% i 7,7% grupy. Osoby w wieku od 16 - 20 lat stanowiły 3,8% grupy, a osoby w wieku 60-69 lat - 1%.

Zdecydowaną większość grupy stanowiły kobiety (81,7%), mężczyźni stanowili zaledwie 18,3% badanych.

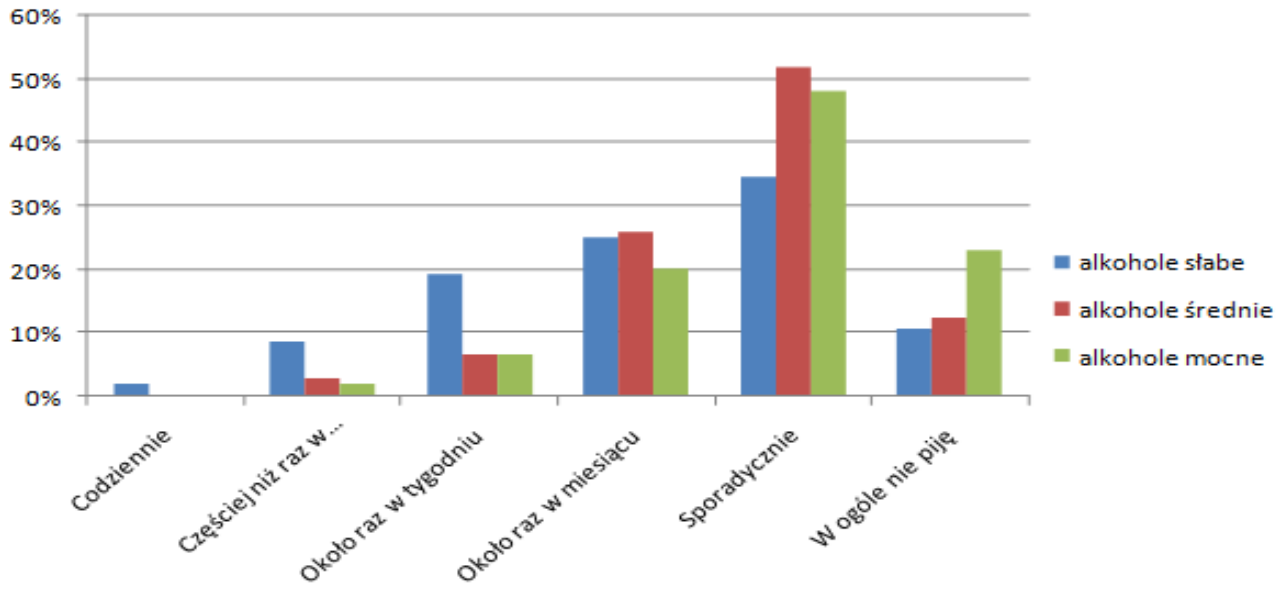
Większość badanej grupy stanowiły osoby z wykształceniem średnim i wyższym (odpowiednio 51% i 47,1%), osoby z wykształceniem zawodowym stanowiły jedynie 1,9% badanych. Większość badanych stanowili mieszkańcy wsi (48,1%).

Drugą, pod względem liczebności, grupą byli badani mieszkający w miastach powyżej 50 tysięcy mieszkańców (21,2%), trzecią grupę stanowili mieszkańcy miast od 5 do 20 tysięcy mieszkańców (18,2%), następnie osoby zamieszkujące miasta od 21 do 50 tysięcy mieszkańców (8,7%). Najmniej liczną grupą były osoby z miast do 5 tysięcy mieszkańców (3,8%).

Największą część badanej grupy stanowili studenci (60,6%), a następnie osoby aktywne zawodowo (47,1%). Bezrobotni stanowili 3,8% grupy, a emeryci stanowili 1% badanych.

Badanych zapytano poproszono o samoocenę ich stanu zdrowia. Większość (75%) oceniła go jako dobry, 12,5% badanych jako bardzo dobry, 7,7% jako słaby, 2,9% jako zły, a 1,9% badanych nie było w stanie określić swojego stanu zdrowia.

Badanych zapytano o częstotliwość spożywania alkoholu, w zależności od jego rodzaju. Wyróżniono alkohole słabe (np. piwo), alkohole średnie (np. wino, likiery) i alkohole mocne (np. wódka, whisky, gin).




**Rycina 1. Spożycie różnego rodzaju alkoholi w badanej grupie**

Najczęściej udzielaną odpowiedzią, w stosunku do wszystkich rodzajów alkoholi było „sporadycznie" (34,6% dla spożycia piwa, 51,9% dla spożycia wina i innych średniej mocy alkoholi oraz 48,1% dla spożycia alkoholi mocnych). Jeżeli chodzi o codzienne spożywanie alkoholu badani deklarowali, że spożywają w ten sposób jedynie piwo (1,9%). Częściej niż raz w tygodniu 8,7% badanych spożywa piwo, 2,9% wino, a 1,9% mocne alkohole. Około raz w tygodniu piwo spożywa 19,2% badanych, wino – 6,7%, a alkohole wysokoprocentowe – 6,7%. Około raz w miesiącu piwo spożywa 25% badanych, wino – 26%, a mocne alkohole – 20,2%. Piwa w ogóle nie pije 10,6% badanych, wina nie spożywa 12,5%, a mocnych alkoholi – 23,1%. Dane przedstawia rycina 1.

Zdecydowana większość badanych (89,5%) uważa, że nie nadużywa alkoholu, 6,7% badanych uważa, że nadużywa alkoholu, a 3,8% nie wie, czy to robi.

Badani zostali także zapytani o to, jak często osiągają stan upojenia alkoholowego. Niemal połowa respondentów (47,1%) deklarowała, że nigdy nie bywa w stanie upojenia alkoholowego, 34,6% bywa w stanie upojenia sporadycznie – kilka razy w roku. Około raz w miesiącu upija się 8,7% badanych, około raz w tygodniu 5,8%, a częściej niż raz w tygodniu 3,8% badanych.

Badani zostali także zapytani o łączenie alkoholu z lekami. Zdecydowana większość respondentów (82,7%) nie spożywa alkoholu podczas zażywania leków. 5,8% badanych spożywa alkohol jedynie, gdy zażywa leki dostępne bez recepty, a 11,5% badanych czasem spożywa alkohol podczas zażywania leków różnego rodzaju.

Kolejne pytania dotyczyły zatrucia alkoholem. Z możliwości wystąpienia zatrucia na skutek spożycia alkoholu zdawało sobie sprawę 96,1% badanych, 2,9% uważało, że alkohol nie bywa przyczyną zatruć, a 1% nie potrafił jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Ponad połowa badanych (66,4%) deklarowała, że nigdy nie wystąpiły u nich objawy zatrucia alkoholem, 31,7% przyznało, że zatruły się alkoholem, a 1,9% nie wie, czy objawy zatrucia u nich wystąpiły.

Badanych, u których wystąpiło zatrucie alkoholem zapytano, jakie działania podjęli w związku z tą sytuacją. Zdecydowana większość (91%), w przypadku wystąpienia objawów zatrucia alkoholem czekała, aż objawy same ustąpią, 3% badanych udała się do lekarza rodzinnego, a 6% podjęło inne czynności.

Wykazano istotne statystycznie zależności pomiędzy płcią a spożyciem alkoholu, wiekiem a spożyciem alkoholi średnioprocentowych oraz pomiędzy wykształceniem a spożyciem mocnych alkoholi.

Wykazano, iż kobiety rzadziej sięgają po alkohol (dla korelacji płci i spożycia piwa $p=0,023$, dla spożycia mocnych alkoholi $p=0,006$), po alkohole takie, jak wino czy likiery częściej sięgają osoby w wieku 30 – 39 lat ($p=0,001$), a osoby z wykształceniem wyższym częściej spożywają alkohole wysokoprocentowe ($p=0,049$).

## DYSKUSJA

Wyniki uzyskane w badaniu można odnieść do badań przeprowadzonych na przestrzeni lat przez różnych autorów. W 2000 roku PARPA przeprowadziła pierwsze w

Polsce badania dotyczące spożywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych wśród studentów. Udział w nich wzięło 9372 (52% kobiet i 48% mężczyzn) studentów z różnych szkół wyższych na terenie Gdańska, Katowic, Krakowa, Lublina, Łodzi, Poznania, Warszawy oraz Wrocławia. Wyniki dotyczące 30 dni poprzedzających badanie pokazały, że w tym czasie 25% (30,75% kobiet i 18,85% mężczyzn) badanych studentów ani razu nie spożywało alkoholu, 30,61% (34,69% kobiet i 26,10% mężczyzn) badanych w miesiącu przed badaniem spożywało alkohol 1-2 razy, a 44,04% (34,20% kobiet i 54,87% mężczyzn) badanych we wspomnianym okresie spożywało alkohol 3 lub więcej razy [15]. W badaniu przeprowadzonym przez PARPA nie wyszczególniono rodzajów spożywanych alkoholi jednak w przytoczonych wynikach można zauważyć, że wśród studentów, którzy nie spożywali alkoholu w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie było wyraźnie więcej kobiet, ponadto wśród studentów, którzy miesiąc przed badaniem spożywali alkohol 3 lub więcej razy odsetek mężczyzn był zdecydowanie większy, co potwierdza wykazaną w badaniu własnym korelację płci z częstotliwością spożywania alkoholu.

Badania Kurpas i innych prowadzone w latach 2010-2013 wśród 635 studentów Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu pokazały, że 3,79% badanych w ogóle nie spożywa napoi zawierających alkohol, 23,06% spożywa takie napoje raz w miesiącu lub rzadziej, ponad połowa badanych (52,76%) spożywa alkohol 2-4 razy w miesiącu, 18,48% 2-3 razy w tygodniu, a 1,90% spożywa alkohol 4 lub więcej razy w tygodniu. Przytoczone badanie nie uwzględniało różnych rodzajów napoi alkoholowych [16]. Porównując te wyniki do wyników uzyskanych w badaniach własnych można dostrzec pewne różnice. W badaniach własnych najwięcej badanych (od 34,6% dla piwa do 51,9% dla wina) spożywa uwzględnione napoje rzadziej niż raz w miesiącu („sporadycznie"). Podobną, do omawianej, częstotliwość spożywania alkoholu, w badaniach własnych zadeklarowało znacznie mniej badanych (6,7% dla wina i wódki, 19,2% dla piwa).

Według badań z 2017 roku przeprowadzonych w Gimnazjum w Majdanie Nepryskim oraz Liceum w Biłgoraju najczęściej spożywanym alkoholem wśród badanej młodzieży było piwo (45,6%), w badaniach własnych widać, że piwo jest napojem, który jako jedyny jest spożywany codziennie przez część badanych (1,9%), dodatkowo jest najrzadziej niespożywanym rodzajem alkoholu (10,6%). Przytoczone badanie wykazały również istotną statystycznie różnicę w częstotliwości spożywania alkoholu między płciami. Zarówno przytoczone badania, jak i badania własne wykazały, że kobiety rzadziej niż mężczyźni sięgają po alkohol. Badania z 2017 pokazały częstotliwość spożywania alkoholu wśród

badanej młodzieży w dwóch grupach wiekowych i ogółem. Ogółem większa część badanej młodzieży deklarowała częstsze spożywanie alkoholu: 1-2 razy w tygodniu 28,3%, 2-3 razy w miesiącu 35%, raz w miesiącu 15%, kilka razy w roku 16,7%, wcale 5%. Wyniki badań własnych pokazują, że największa część badanych pije sporadycznie, a odsetek badanych spada wraz ze zwiększeniem częstotliwości spożywania alkoholu [17].

## WNIOSKI

1. Badani w większości spożywają alkohol okazjonalnie, a niemal połowa z nich deklaruje, że nigdy się nie upija.
2. Aż 17,3% badanych przyznało, że spożywa alkohol w trakcie zażywania leków.
3. Badani zdają sobie sprawę z możliwości zatrucia alkoholem, a niemal 1/3 badanych przyznała, że takie zatrucie u nich wystąpiło.
4. Częściej alkohol spożywają mężczyźni oraz osoby w wieku 30 – 39 lat. Osoby z wykształceniem wyższym częściej spożywają mocne alkohol, takie jak whisky, gin czy wódka niż osoby z wykształceniem średnim lub zawodowym.

## PIŚMIENNICTWO

1. Jarema M.: Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa, Wydawnictwo PZWL, 2016.
2. Łukasik-Głębocka M., Sommerfeld K.: Ocena wybranych czynników socjoekonomicznych u chorych z ostrym zatruciem etanolem i alkoholowym zespołem abstynencyjnym. Przegląd Lekarski, 2014; 71(9): 484-487.
3. Szymański F.M., Filipiak K.J., Krasiński Z., Reguła J., Małecki M., Sławek J.: Jaką dawkę kwasu acetylosalicylowego należy stosować w codziennej praktyce klinicznej? Wielodyscyplinarne stanowisko ekspertów. Choroby Serca i Naczyń 2016; 13(3): 147-158.
4. Orywal K., Jelski W., Szmitkowski M.: Udział alkoholu etylowego w powstawaniu zaburzeń metabolizmu węglowodanów. Polski Merkuriusz Lekarski, 2009; 27(157): 68-71.
5. Witek B., Kwiecień-Błońska E., Zmorzyński S.: Alkohol a niektóre enzymy. Kosmos Problemy Nauk Biologicznych 2012; 61(1): 77-82.

6. Ochwanowska E., Witek B., Tymińska- Tkacz T. i wsp.: Zmiany w aktywności podstawowych parametrów biochemicznych wskazujących na nadmierne spożycie alkoholu. Alcoholism and Drug Addiction 2015; 28: 235-250.
7. Woronicz B: Bez tajemnic. O uzależnieniach i ich leczeniu. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2001.
8. Jakubczyk A., Michalska A., Szejko N., Wojnar M.: Stosunek lekarzy rodzinnych do interwencji związanych z używaniem alkoholu- polskie wyniki międzynarodowego projektu badawczego ODHIN. Alkoholizm i Narkomania 2015; 28: 92-93
9. Petit J.R.: Psychiatria ratunkowa red. wydania polskiego Sidorowicz S.K. Wrocław, Urban & Partner, 2007.
10. Hupsch-Marzec H., Wierucka-Młynarczyk B., Kubicka-Musiał M.: Choroba alkoholowa jako problem interdyscyplinarny- implikacje w jamie ustnej. Gastroenterologia Polska 2011; 18(1): 46-51.
11. Górna K., Jaracz K., Rybakowski J.: Pielęgniarstwo Psychiatryczne. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2012.
12. Frąckowiak M., Motyka M.: Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu. Hygeia Public Health 2015; 50(2): 314-322.
13. Michalska A., Kopera M., Gmaj B. i in.: Czynniki ryzyka podejmowania prób samobójczych u osób leczonych stacjonarnie z powodu uzależnienia od alkoholu w Polsce. Alcoholism and Drug Addiction 2015; 28(4): 213- 220.
14. Głowacz A.: Problemy z pacjentem uzależnionym od alkoholu w okresie okołooperacyjnym. Chirurgia po Dyplomie 2015; 5: 47.
15. Boczar-Pelczar P.: Spożywanie i nadużywanie alkoholu przez współczesną młodzież na podstawie wyników wybranych badań. Młoda Humanistyka 2016; 2: 1-12.
16. Kurpas D., Mroczek B., Bielska D., Wojtal M., Grata-Brokowska U., Hans-Wytrychowska A., Grad I., Kowacki M., Szpakow A.: Poziom spożycia alkoholu i palenia tytoniu wśród studentów Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2013; 94(4): 757-761.
17. Kusiak K., Szewczyk L., Włoszczak-Szubzda A.: Czynniki biopsychospołeczne a częstość spożywania alkoholu wśród młodzieży. Studia i Prace Pedagogiczne 2017; 4: 99-135.

# Postawy studentów wobec zagrożeń związanych z nadużywaniem alkoholu i środków psychoaktywnych

**Mirosława Pryczynicz[1], Krystyna Kowalczuk [2]**

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo , Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

## WPROWADZENIE

Na podstawie licznych badań epidemiologicznych trudno jest ustalić odpowiedź na pytanie co jest przyczyną sięgania przez ludzi po środki odurzające [1-4]. W większości przypadków każdy człowiek w swoim życiu dąży do tego, aby osiągnąć szczęście. Pojmowanie i odczuwanie szczęścia jest jednak sprawą indywidualną[1,5,6,7]. Niektórzy poczucie szczęścia odnajdują w narkotykach, dla wielu jest lekarstwem na nudę, beznadziejność i szarość życia [1]. Często jest rozwiązaniem problemu z nieśmiałością w nawiązywaniu kontaktów z innymi ludźmi, pozornie pozwala znieść trudności napotykane w szkole, pracy, czy w domu. Euforyczne i rozluźniające właściwości narkotyków pozwalają młodym ludziom uniknąć lęku, napięć czy frustracji. Środki te sprawiają, że człowiek jest wolny od trosk i problemów, odczuwa przyjemność i poczucie zadowolenia [1,8-11].

Bardzo ważnym i często bezpośrednim powodem kontaktów ze środkami odurzającymi jest ciekawość nowych doznań, chęć polepszenia sprawności intelektualnej i fizycznej. Młodzi ludzie, którzy decydują się na spróbowanie środków psychoaktywnych nie zawsze kierują się jedynie chęcią odczuwania szczęścia czy poprawą nastroju. Na podstawie literatury można stwierdzić, że amfetamina jak i inne substancje pobudzające pozwalają na długą i intensywną naukę przed egzaminem [11]. Natomiast sterydy, pozwalają utrzymać atrakcyjną sylwetkę. Sprawia to, iż znika niska samoocena, dzięki czemu ludzie czują się atrakcyjniejsi, a przez to nabierają pewności siebie [12].

Równie ważnym motywem sięgania po narkotyki jest chęć przypodobania się grupie rówieśniczej. Dotyczy to głównie bardzo młodych ludzi, którzy chcą pozyskać życzliwość, a jednocześnie kieruje nimi chęć zaimponowania „odwagą” co stymuluje naśladowanie liderów

grup narkotyzujących się [13]. Często jest tak, że członkowie takich grup zachęcają, a wręcz nawet wywierają presję na nowych osobach, które bardzo często ulegają modzie brania narkotyków. Lekkomyślność, brak wiedzy i wyobraźni uniemożliwiają przewidywania konsekwencji narkotyzowania się. Dla młodych ludzi istotne jest to, co jest tu i teraz i korzyści płynące z używania narkotyków są silniejsze niż lęk przed konsekwencjami odurzania się [13].

Nadużywanie alkoholu niesie ze sobą szereg niekorzystnych zmian w sferze zdrowotnej człowieka, może prowadzić do uzależnienia, jak również ma konsekwencje społeczne. Mimo szkód jakie powoduje w organizmie człowieka powyższy trunek znajduję swoich zwolenników. Na podstawie literatury można stwierdzić, iż istnieje cała lista motywów , którymi kierują się młodzi ludzie [4]. Do tej pory nie stwierdzono dlaczego jedni ludzie piją mniej, a inni więcej, dlaczego jedni stają się alkoholikami, a inni nie skoro piją w podobny sposób. Na podstawie literatury można stwierdzić, że młodzi ludzie sięgają po alkohol w celu [4,14]:

- odprężenia się,
- lepszej zabawy,
- rozładowania stresu,
- ze względu na zwyczaje towarzyskie,
- pobudzenia zmęczonego organizmu,
- uzyskania szacunku i pozycji w grupie rówieśniczej
- dodania odwagi w kontaktach międzyludzkich,
- ucieczki przed kłopotami,

Na podstawie badań epidemiologicznych można stwierdzić, iż młodzi ludzie sięgają po alkohol między innymi dla zmniejszenia napięcia, podbudowania własnej samooceny, zmniejszenia poczucia winy, by lepiej się bawić, a także w celach manipulacyjnych [15]. Ludzie widzą jak człowiek cierpi, więc otoczenie jest milsze i jest obserwowana większa tolerancja na zachowania nieodpowiednie wynikające z nadużywania alkoholu [4,15,16].

## CEL PRACY

Celem pracy było:

1. Poznanie opinii młodzieży Wyższej Szkoły Administracji Publicznej im. Stanisława Staszica w Białymstoku na temat nadużywania alkoholu i środków psychoaktywnych w środowisku studenckim.

2. Określenie przyczyn nadużywania substancji psychoaktywnych i alkoholu przez studentów Wyższej Szkoły Administracji Publicznej im. Stanisława Staszica w Białymstoku.
3. Przedstawienie najczęściej spożywanych substancji psychoaktywnych i alkoholu przez młodzież akademicką.
4. Określenie miejsca zaopatrywania się w substancje odurzające przez studentów.
5. Ustalenie dostępności substancji psychoaktywnych w środowisku studenckim.
6. Poznanie opinii studentów Wyższej Szkoły Administracji Publicznej im. Stanisława Staszica w Białymstoku na temat legalizacji substancji psychoaktywnych w Polsce.

## MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Badaniem objęto 200 studentów Wyższej Szkoły Administracji Publicznej im. Stanisława Staszica w Białymstoku, w wieku od 20 do 60 roku życia. Badania przeprowadzono w okresie od kwietnia do sierpnia 2012 roku po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UMB R-I-002/371/2012

Materiał do badań został zebrany za pomocą sondażu diagnostycznego. Narzędzie badawcze stanowił standaryzowany kwestionariusz ankiety opracowany i udostępniony przez Agencję Badawczą PBS DGA Sp. z o.o. Sopot.

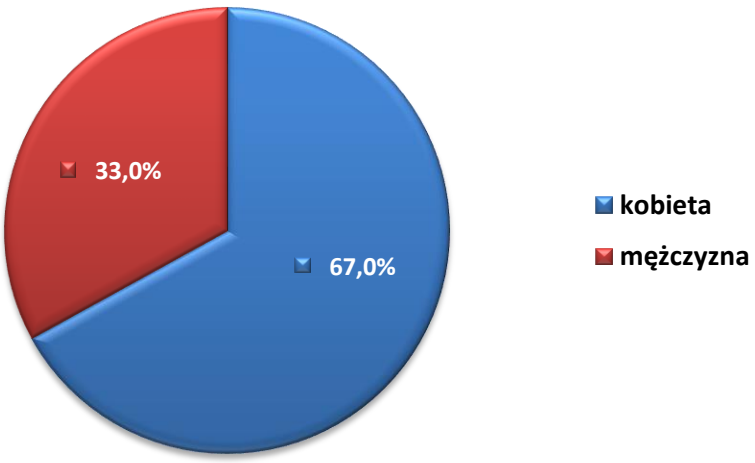
Pytania dotyczyły problematyki związanej z nadużywaniem alkoholu i środków psychoaktywnych. Studenci zostali poinformowani o zasadach wypełniania kwestionariusza ankiety, a także możliwości przerwania badania na każdym etapie . Udział w badaniu był anonimowy i dobrowolny. Uzyskane dane zostały uogólnione i opracowane statystycznie.

Analizę statystyczną przeprowadzono w oparciu o test niezależności chi-kwadrat (dla danych nieparametrycznych), który pozwolił na zbadanie różnic istotnych statystycznie pomiędzy zmiennymi poddanymi badaniu. Przyjęto poziom istotności $\alpha=0.05$. Analiza została przeprowadzona za pomocą programu PQStat v.1.4.2. oraz Excel

## WYNIKI

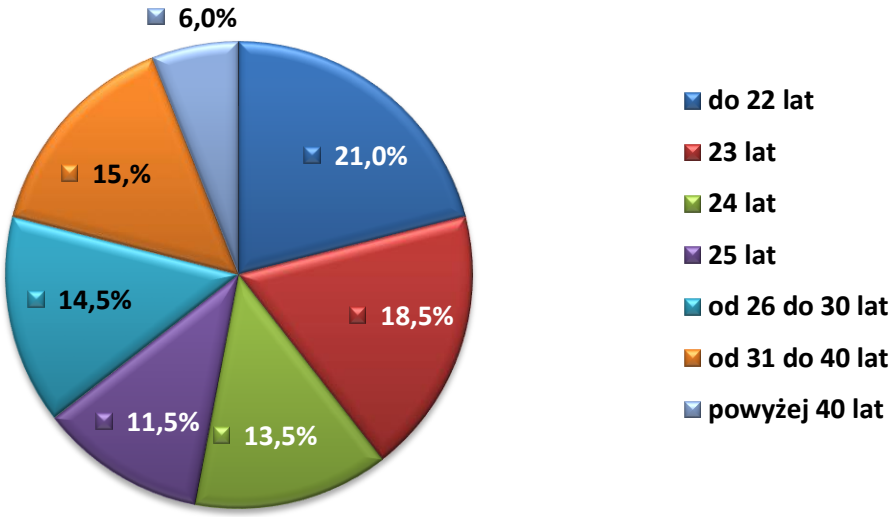
### Przedstawienie badanej populacji

Badaniem objęto 200 studentów Wyższej Szkoły Administracji Publicznej im. Stanisława Staszica w Białymstoku. Z analizy danych przedstawionych na Rycinie 1 wynika, że 67% ankietowanych stanowiły kobiety zaś 33% to mężczyźni.



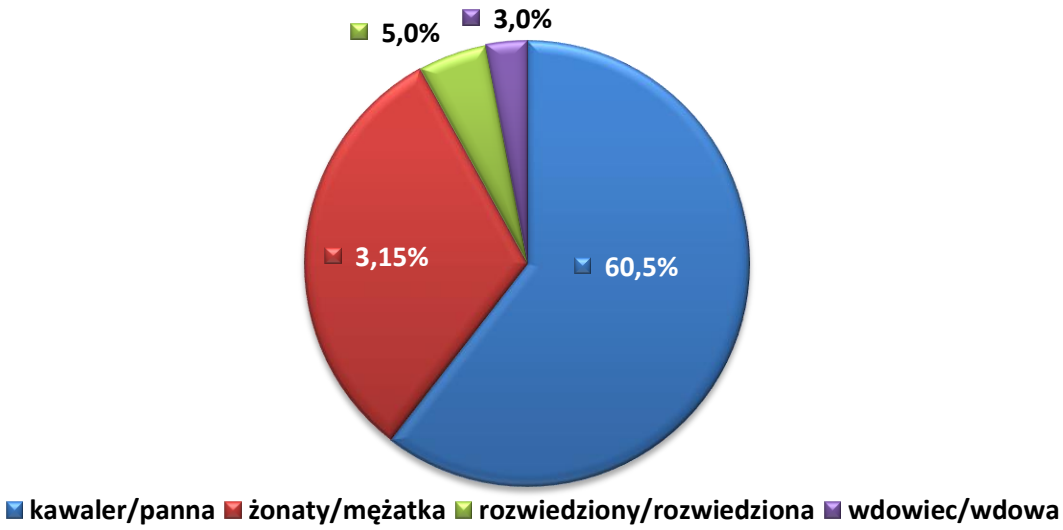

**Rycina 1. Struktura płci respondentów**

Najliczniejszą grupę stanowili respondenci w wieku do 22 lat (21%) badanej populacji. Równie liczną grypę stanowiły osoby w wieku 23 lata (18,5%), Najmniej liczną grupę przedstawiali respondenci w wieku powyżej 40 r.ż. bo zaledwie 6% badanej grupy (Ryc. 2).



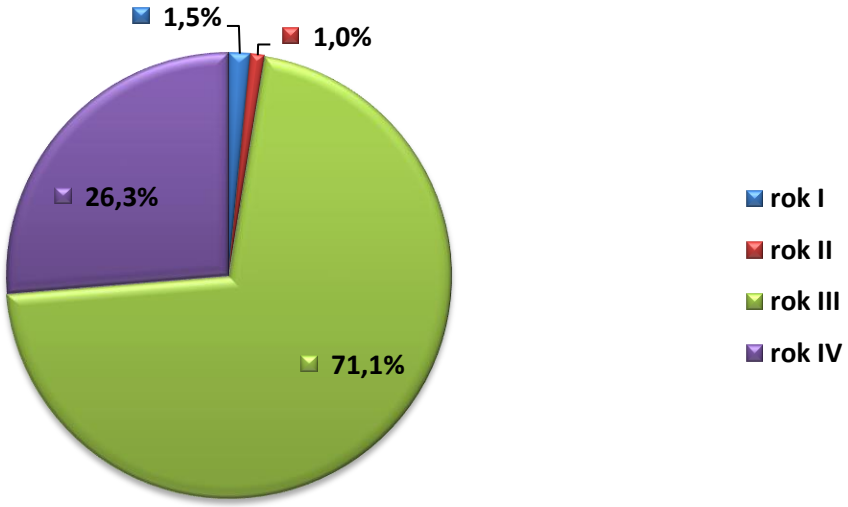

**Rycina 2. Struktura wieku respondentów**

Jak wynika z Ryciny 3 respondenci stanu wolnego stanowili 60,5% badanej grupy, zaś osoby będące w związku małżeńskim 31,5% badanych studentów. Najmniej liczną grupę stanowili wdowiec/ wdowa zaledwie 3%.




**Rycina 3. Struktura stanu cywilnego respondentów**

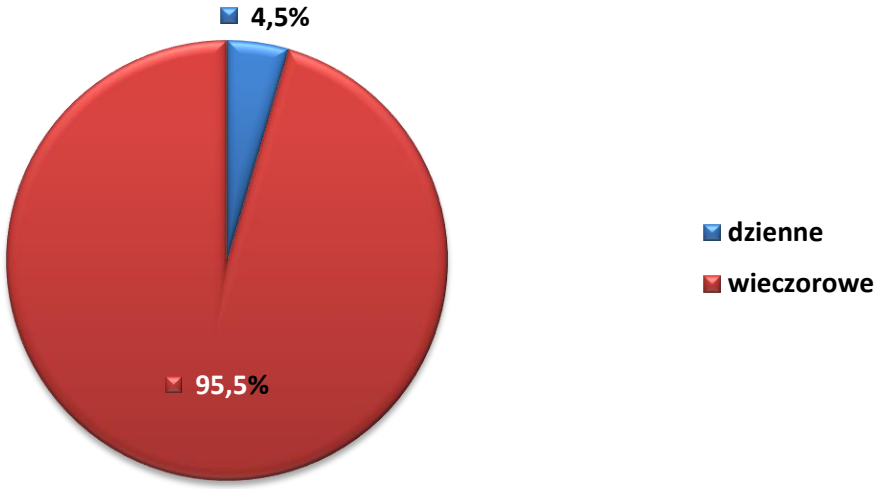
W badaniu wzięli udział głównie studenci trzeciego roku co stanowiło 69% badanej grupy studentów i czwartego roku co stanowiło odpowiednio 25,5% badanej grupy (Ryc.4).



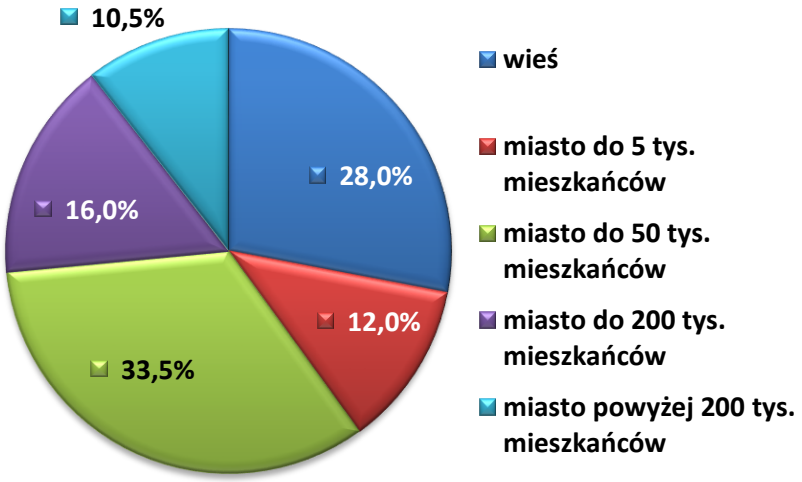

**Rycina 4. Rok studiów respondentów**

Jak wynika z Ryciny 5 zdecydowana większość badanych studentów uczyła się trybem wieczorowym tzw. studia zaoczne i stanowili oni 95,5% badanej grupy.

Studenci uczelni wyższej jako stałe miejsce zamieszkania podawali głównie miasta do 50 tys. mieszkańców oraz porównywalna liczba studentów mieszkała również na wsi (Ryc.6).




**Rycina 5. Tryb nauczania respondentów**

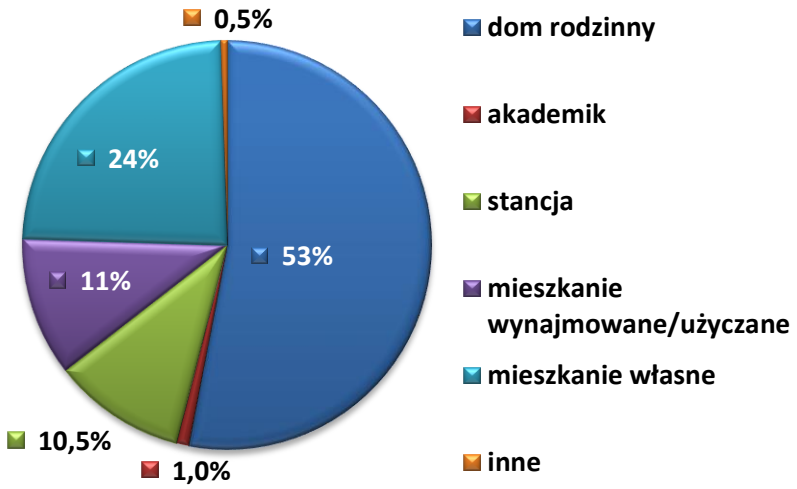



**Rycina 6. Miejsce stałego zamieszkania respondentów**

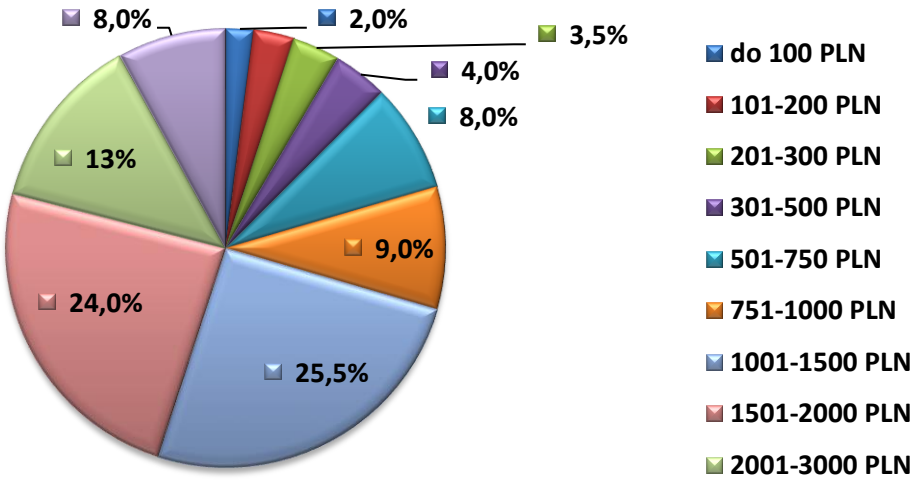
Za obecne miejsce zamieszkania w czasie studiów połowa badanych studentów podawała dom rodzinny, a ¼ badanych własne mieszkanie. Natomiast zaledwie 1% badanych studentów deklarowało zamieszkanie w akademiku (Ryc.7).

Jak wynika z Ryciny 8 wysokość średnich miesięcznych dochodów u ¼ badanych studentów wynosiła od 1001 do 1500 zł.

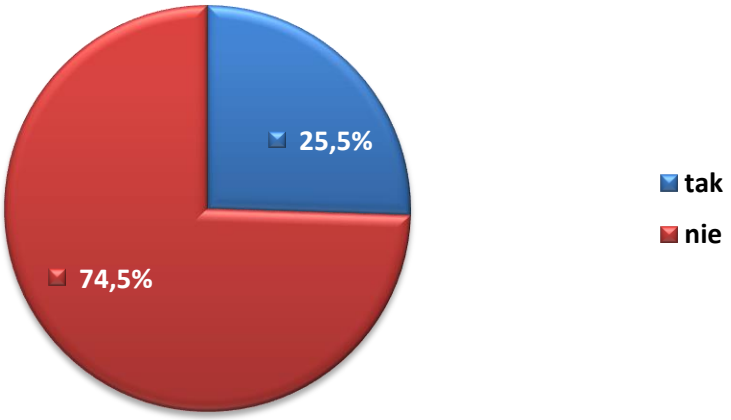
Otrzymywanie stypendium socjalnego deklarowało 25,5% badanej grupy studentów (Ryc.9), zaś stypendium naukowe na studiach wyższych otrzymywało 16,5% studentów z badanej grupy. Szczegółowe dane zostały przedstawione na Rycinie 10.



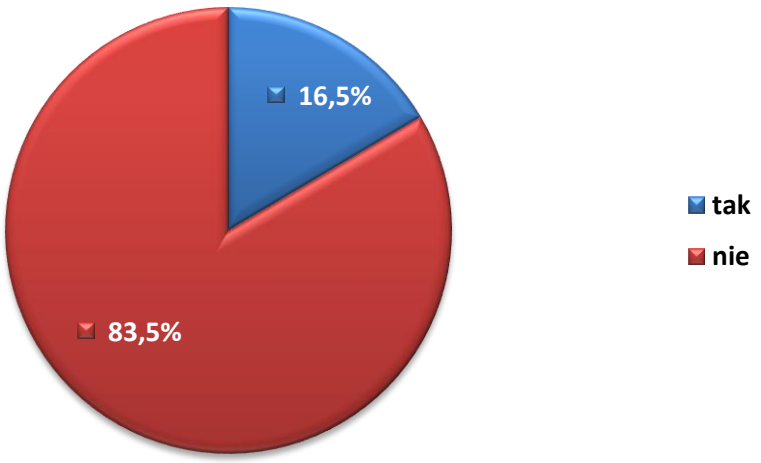

**Rycina 7. Obecne miejsce zamieszkania respondentów podczas studiów**




**Rycina 8. Wysokość średnich miesięcznych dochodów respondentów**




**Rycina 9. Otrzymywanie stypendium socjalnego przez respondentów**




**Rycina 10. Otrzymywanie stypendium naukowego przez respondentów**

Na podstawie analizy danych w Tabeli I wynika, że 75,5% respondentów utrzymywało się również z pracy zarobkowej. W badanej populacji 41,0% respondentów otrzymywała pieniądze od rodziców, zaś 29% wskazało, że ich źródłem dochodów jest również stypendium.

**Tabela I. Dochody respondentów w trakcie studiów**

| Źródło dochodu | Min | Max | Średnia | Odchylenie Standardowe | I kwartyl | mediana | III kwartyl | % osób utrzymujących się z danego źródła |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Rodzice** | 2 | 100 | 61,71951 | 37,20788 | 26,25 | 70 | 100 | 41,00% |
| **Inni krewni** | 2 | 30 | 11,09091 | 9,751457 | 5 | 10 | 10 | 5,50% |
| **Praca zarobkowa** | 5 | 100 | 88,88079 | 19,40341 | 90 | 100 | 100 | 75,50% |
| **Stypendium** | 1 | 80 | 17,74138 | 17,65116 | 10 | 10 | 20 | 29,00% |
| **Kredyt (w tym studencki)** | 3 | 20 | 11 | 8,544004 | 6,5 | 10 | 15 | 1,50% |
| **Inne** | 10 | 90 | 55 | 30,82207 | 35 | 60 | 77,5 | 3,00% |

*liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

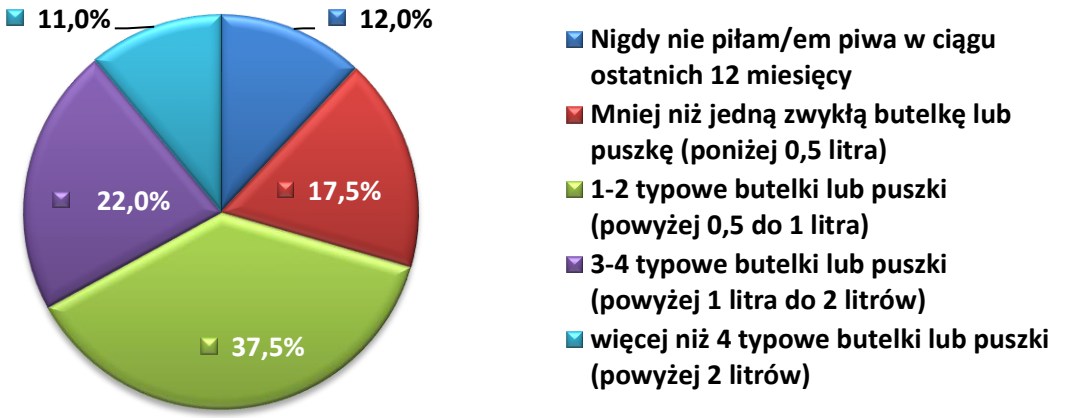
## Analiza wyników badań dotycząca spożywania alkoholu

Z analizy danych przedstawionych w Tabeli II wynika, iż najczęściej spożywanym alkoholem w ciągu ostatnich 12 miesięcy było piwo.

**Tabela II. Spożywanie napojów alkoholowych w opinii respondentów w ciągu ostatnich 12 miesięcy**

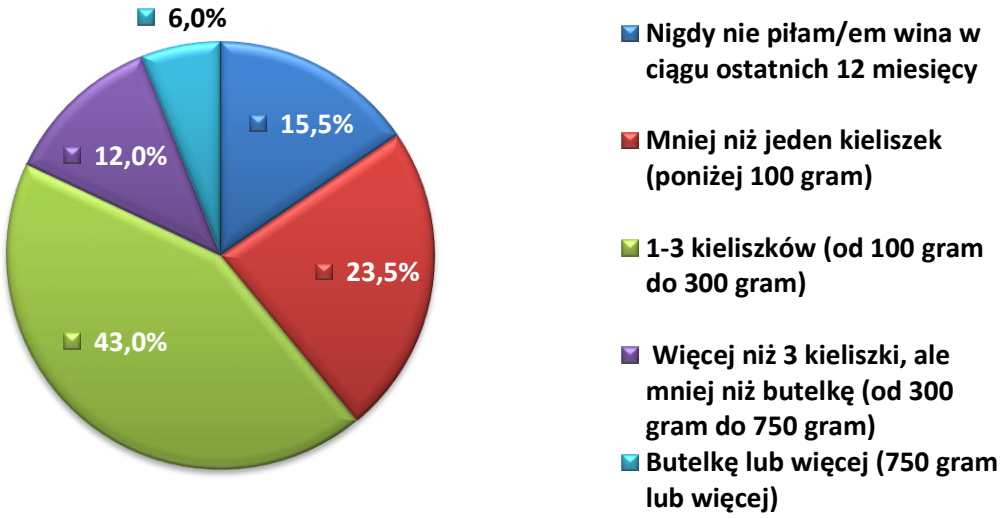
| Częstość spożywania | Piwo | | Wino | | Wódka | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % |
| **nie piłem** | 28 | 14,0% | 46 | 23,0% | 46 | 23,0% |
| **1-2 razy** | 26 | 13,0% | 45 | 22,5% | 49 | 24,5% |
| **3-5 razy** | 42 | 21,0% | 41 | 20,5% | 38 | 19,0% |
| **6-9 razy** | 38 | 19,0% | 37 | 18,5% | 27 | 13,5% |
| **10-19 razy** | 30 | 15,0% | 17 | 8,5% | 18 | 9,0% |
| **20-39 razy** | 13 | 6,5% | 7 | 3,5% | 11 | 5,5% |
| **40 i więcej razy** | 23 | 11,5% | 7 | 3,5% | 11 | 5,5% |
| **Ogółem** | 200 | 100,0% | 200 | 100,0% | 200 | 100,0% |

W badanej populacji 37,5% respondentów jednorazowo przy jednej okazji spożywało 0,5 do 1 litra piwa. Wypijanie powyżej 2 litrów jednorazowo potwierdziło 11,0% studentów (Ryc.11).



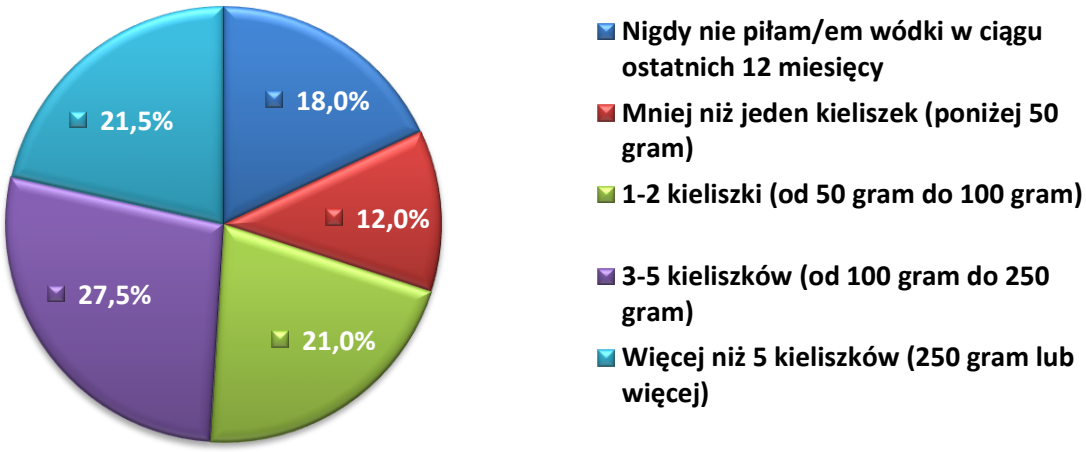

**Rycina 11. Ilość spożywanego w opinii respondentów piwa w ciągu ostatnich 12 miesięcy przy jednej okazji**

W badanej populacji 43,0% respondentów jednorazowo spożywało w ciągu ostatnich 12 miesięcy od 100 do 300 gram wina lub szampana (Ryc. 12).




**Rycina 12. Ilość spożywanego w opinii respondentów wina lub szampana w ciągu ostatnich 12 miesięcy przy jednej okazji**

W badanej populacji 27,5% respondentów przy jednej okazji najczęściej spożywało od 3 do 5 kieliszków napoju alkoholowego, zaś 12% studentów jednorazowo wypijało mniej niż jeden kieliszek (Ryc. 13).




**Rycina 13. Ilość spożywanej w opinii respondentów wódki lub innego napoju spirytusowego w ciągu ostatnich 12 miesięcy przy jednej okazji**

Z danych przedstawionych w Tabeli III wynika, iż w ciągu ostatnich 12 miesięcy dla 2,0% respondentów zdarzyła się sytuacja, w której prowadzili samochód pod wpływem alkoholu, zaś 1,5% studentów prowadziło pod wpływem środków odurzających.

W badanej populacji stwierdzono wysoce istotną statystycznie zależność ( $p< 0,05$) pomiędzy częstością spożywania piwa oraz wódki lub innych wysokoprocentowych alkoholi w ciągu ostatnich 12 miesięcy, a sytuacją prowadzenia samochodu pod wpływem alkoholu. Niewielki odsetek respondentów podawał epizody bywania na zajęciach pod wpływem środków odurzających, zaś w czasie kolokwium pod wpływem środków odurzających było 3,5% studentów (Tab. III).

**Tabela III. Opinia respondentów na temat prowadzenia samochodu, zdawania kolokwium, obecności na zajęciach/ wykładzie pod wpływem alkoholu lub środków odurzających w ciągu ostatnich 12 miesięcy**

| Opis sytuacji: | Nie | Tak, pod wpływem środków odurzających | Tak, pod wpływem alkoholu | Tak, w innych okoliczno-ściach | Nie używałem/am środków odurzających w ciągu ostatnich 12 miesięcy | Razem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Prowadzenie samochodu** | 16 | 3 | 4 | 3 | 174 | 200 |
| **odsetek** | 8,0% | 1,5% | 2,0% | 1,5% | 87,0% | 100 |
| **zdawanie kolokwium** | 14 | 7 | 1 | 4 | 174 | 200 |
| **odsetek** | 7,0% | 3,5% | 0,5% | 2,0% | 87,0% | 100 |
| **obecność na zajęciach/wykładzie** | 12 | 4 | 6 | 4 | 174 | 200 |
| **odsetek** | 6,0% | 2,0% | 3,0% | 2,0% | 87,0% | 100 |

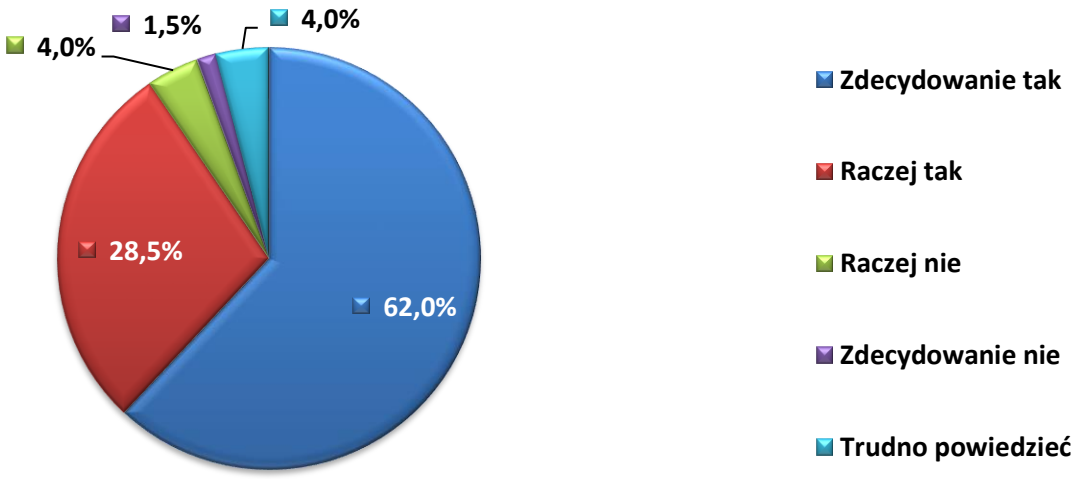
Z danych przedstawiony w Tabeli IV wynika, iż w ciągu ostatnich 30 dni około 40% studentów deklarowało, że nie spożywało wódki ani wina.

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności ($p= 0,898063$) pomiędzy spożywaniem alkoholu w ciągu ostatnich 30 dniach a obecnym miejscem zamieszkania respondentów w czasie studiów.

**Tabela IV. Spożywanie napojów alkoholowych przez studentów w ciągu ostatnich 30 dni**

| | Piwo | | Wino | | Wódka | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % |
| **nie piłem** | 42 | 21,0% | 78 | 39,0% | 80 | 40,0% |
| **1-2 razy** | 67 | 33,5% | 72 | 36,0% | 65 | 32,5% |
| **3-5 razy** | 51 | 25,5% | 28 | 14,0% | 27 | 13,5% |
| **6-9 razy** | 19 | 9,5% | 13 | 6,5% | 18 | 9,0% |
| **10-19 razy** | 11 | 5,5% | 6 | 3,0% | 5 | 2,5% |
| **20-39 razy** | 5 | 2,5% | 1 | 0,5% | 3 | 1,5% |
| **40 i więcej razy** | 5 | 2,5% | 2 | 1,0% | 2 | 1,0% |
| **Ogółem** | 200 | 100,0% | 200 | 100,0% | 200 | 100,0% |

W badanej populacji 62,0% respondentów uważało, iż alkohol jest substancją uzależniającą, zaś jedynie 1,5% ankietowanych była innego zdania (Ryc.14).




**Rycina 14. Poziom wiedzy respondentów na temat właściwości uzależniających alkoholu**

W badanej populacji ponad połowa respondentów stwierdziła, iż spożywanie jednego lub dwóch „drinków" prawie codziennie stwarza duże ryzyko wyrządzenia sobie szkód zdrowotnych, zaś 5% respondentów była innego zdania.

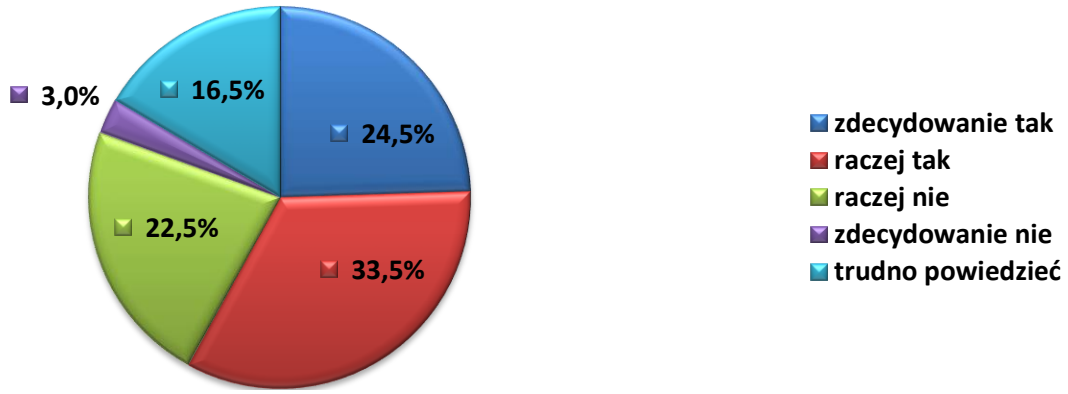
Natomiast 76,0% respondentów uważało, iż wypijanie czterech lub pięciu „drinków" prawie codziennie stwarza duże ryzyko wyrządzenia sobie szkód zdrowotnych (Tab. IV).

**Tabela V. Ryzyko związane z wypijaniem 1-2 drinków lub 4-5 drinków prawie codziennie**

| Ilość spożywanego alkoholu | Nie ma ryzyka | Małe ryzyko | Umiarkowane ryzyko | Duże ryzyko | Trudno powiedzieć | Wiersz Razem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Picie jednego lub dwóch "drinków" prawie codziennie** | 10 | 15 | 42 | 116 | 17 | 200 |
| **% z wiersza** | 5,0% | 7,5% | 21,0% | 58,0% | 8,5% | 100 |
| **Picie czterech lub pięciu" drinków" prawie codziennie** | 8 | 11 | 28 | 134 | 19 | 200 |
| **% z wiersza** | 4,0% | 5,5% | 14,0% | 76,0% | 9,5% | 100 |

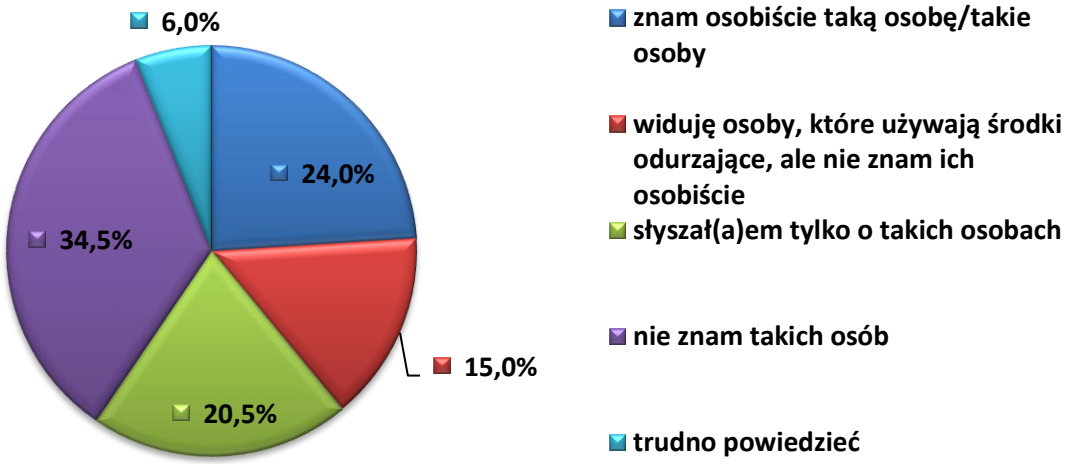
## Analiza wyników badań dotycząca nadużywania środków psychoaktywnych

W badanej populacji 24,5% respondentów stwierdziło, że używanie środków psychoaktywnych jest zdecydowanie dużym problemem wśród studentów. Tylko 3,0% respondentów było innego zdania (Ryc. 15).



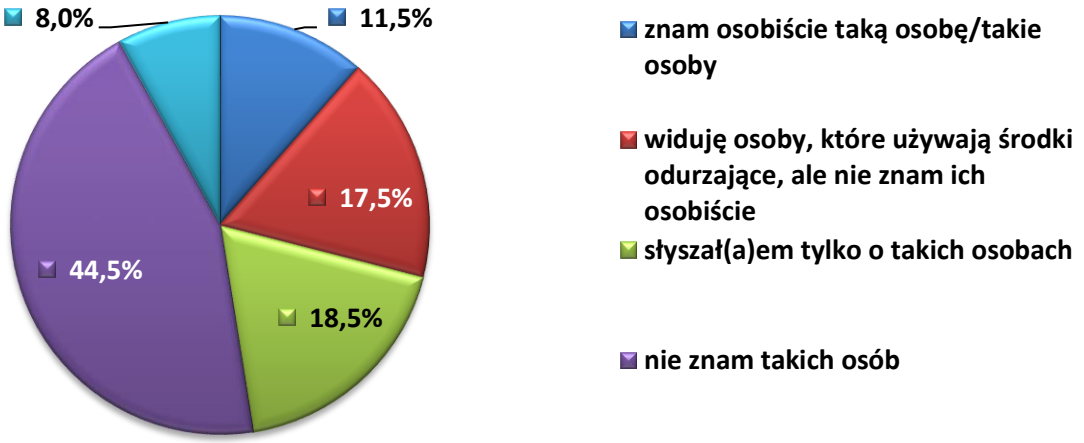

**Rycina 15. Poziom wiedzy respondentów na temat problemu używania środków odurzających w środowisku studenckim**

W badanej populacji 24,0% respondentów znało osobiście osoby zażywające środki psychoaktywne, zaś 34,5% respondentów nie znała takich osób (Ryc. 16)




**Rycina 16. Zetknięcie się respondentów z osobami używającymi środki odurzające**

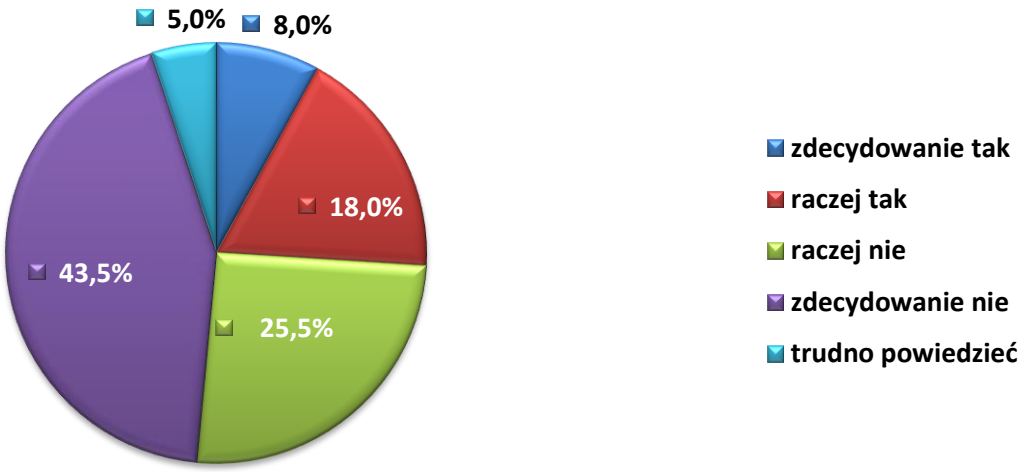
W badanej populacji 11,5% respondentów znała osobiście osoby używające środki odurzające w trakcie nauki do egzaminu lub kolokwium (Ryc.17).




**Rycina 17. Opinia respondentów na temat kontaktu w środowisku studenckim z używaniem środków odurzających w trakcie nauki do egzaminu lub kolokwium**

W badanej populacji chęć spróbowania kiedykolwiek środka odurzającego zadeklarowało 8,0% respondentów, zaś 43,5% studentów zdecydowanie nie wyraziło takiej chęci (Ryc.18).

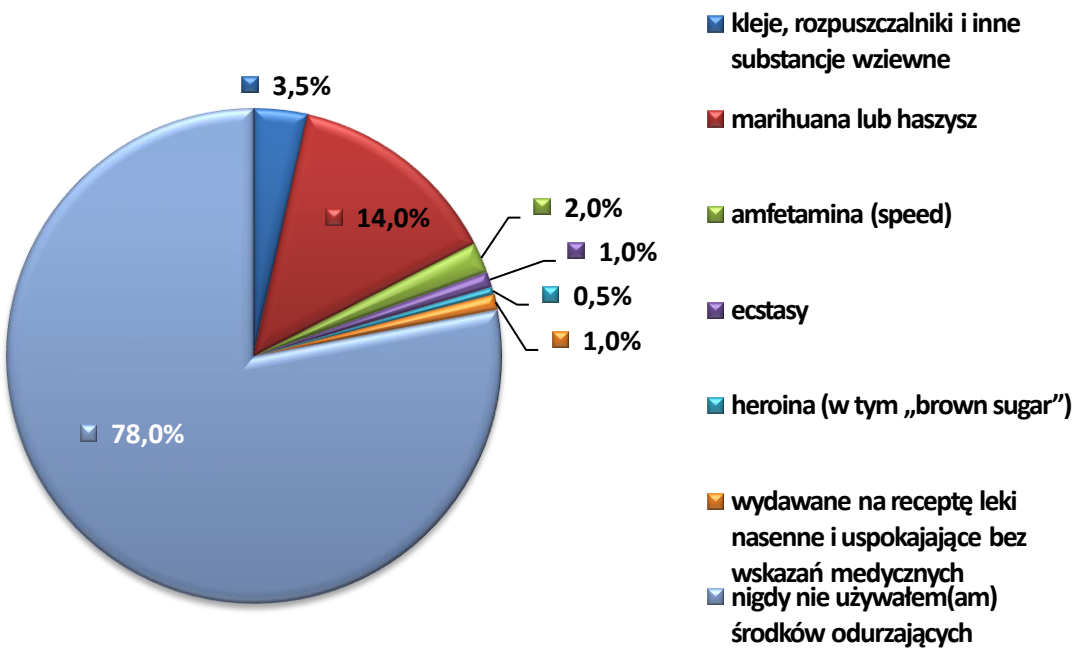
Stwierdzono wysoką istotną statystycznie ($p<000001$) zależność pomiędzy chęcią spróbowania środków odurzających a faktem ich używania.




**Rycina 18. Opinia respondentów na temat podjęcia spróbowania środków odurzających**

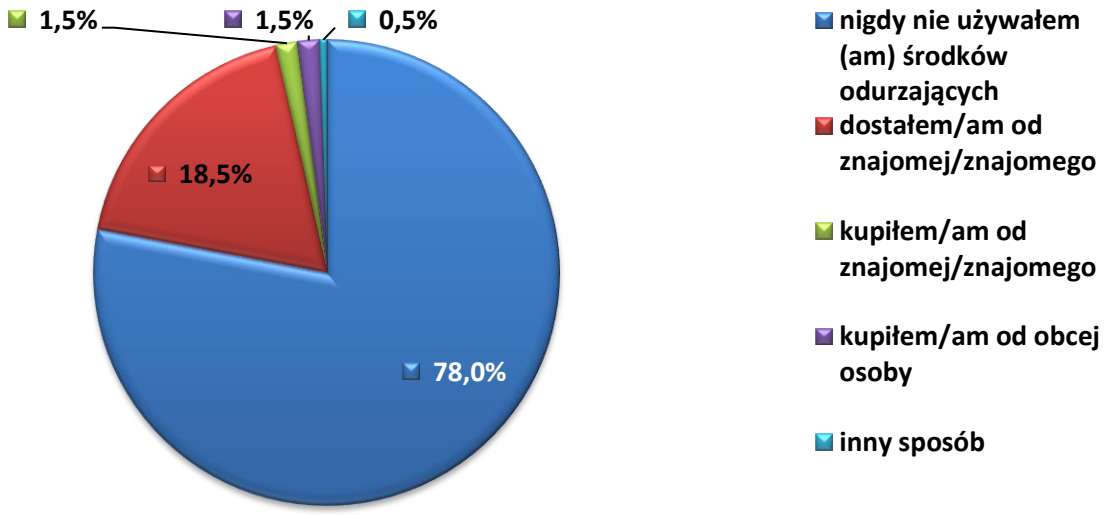
Wśród badanej populacji 22,0% respondentów zadeklarowało używanie przynajmniej raz w życiu jakiegokolwiek środka odurzającego. Pierwszym środkiem odurzającym, po który najczęściej sięgali respondenci była marihuana lub haszysz (14,0%) (Ryc. 19).

Stwierdzono istotną zależność statystyczną ( p= 0,00117) pomiędzy rodzajem środka odurzającego, a sposobem zdobycia poszczególnego środka.




**Rycina 19. Pierwszy środek odurzający, którego spróbowali badani respondenci**

W badanej populacji 18,5% respondentów pierwszą substancje odurzającą otrzymało od znajomego (Ryc. 20).



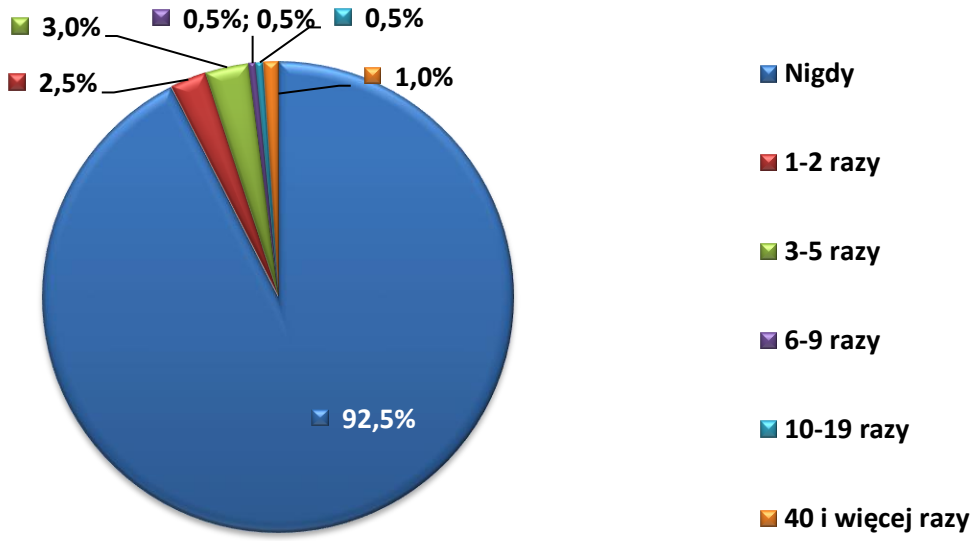

**Rycina 20. Sposób pozyskania pierwszej substancji odurzającej w opinii respondentów**

Jak wynika z danych przedstawionych w Tabeli VI w ciągu ostatnich 12 miesięcy 1 lub 2 razy po rozpuszczalniki, kleje i inne substancje wziewne sięgnęło 2,0% respondentów.

**Tabela VI. Używanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy klejów, rozpuszczalników i innych substancji wziewnych w opinii respondentów**

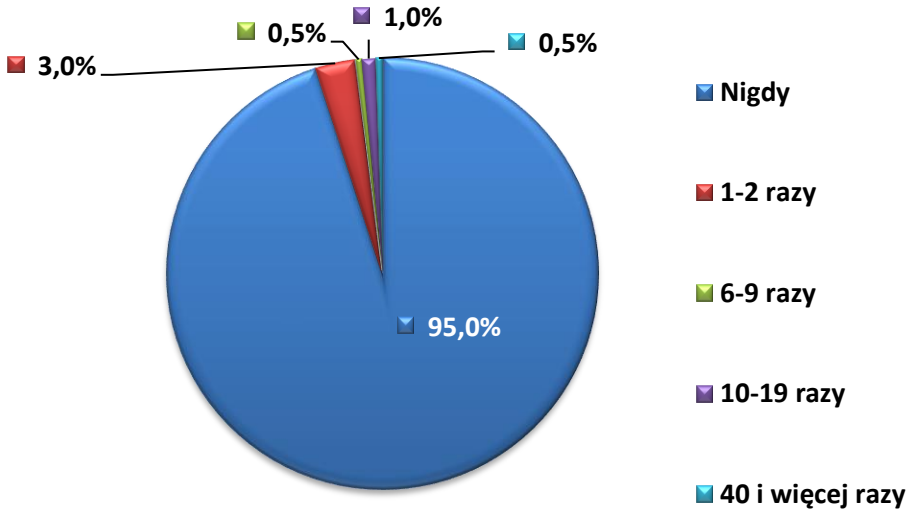
| | N | % |
|---|---|---|
| **Nigdy** | 194 | 97,0% |
| **1-2 razy** | 4 | 2,0% |
| **3-5 razy** | 1 | 0,5% |
| **6-9 razy** | 0 | 0,0% |
| **10-19 razy** | 0 | 0,0% |
| **20-39 razy** | 0 | 0,0% |
| **40 i więcej razy** | 1 | 0,5% |
| **Ogółem** | 200 | 100,0% |

Z danych przedstawionych na Rycinie 21 wynika, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy używanie marihuany lub haszyszu 3-5 razy zadeklarowało 3,0 % respondentów.



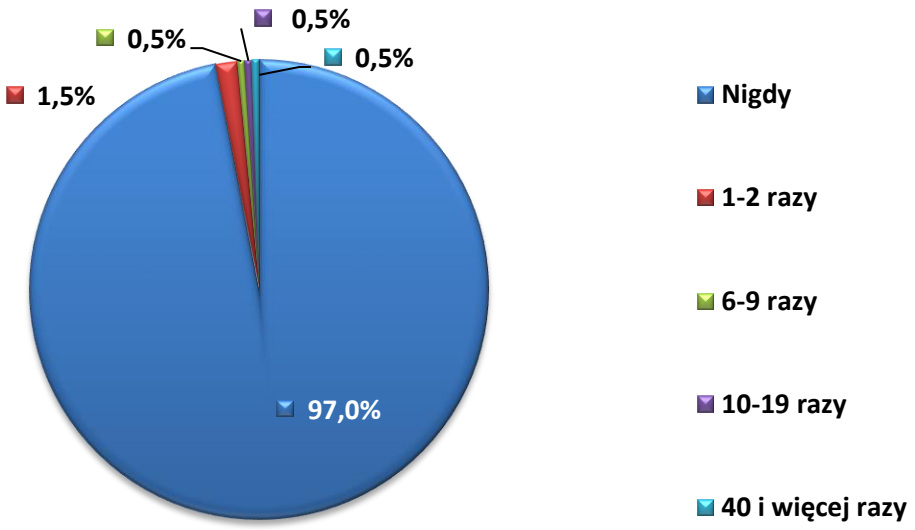

**Rycina 21. Opinia respondentów na temat używania w ciągu ostatnich 12 miesięcy marihuany lub haszyszu**

Po amfetaminę, w ciągu ostatnich 12 miesięcy 1-2 razy sięgało 3,0% respondentów, zaś od 10 do 19 razy w ciągu ostatniego roku sięgało około 1,0% respondentów (Ryc. 22).




**Rycina 22. Opinia respondentów na temat używania w ciągu ostatnich 12 miesięcy amfetaminy (speed)**

Z danych przedstawionych na Rycinie 23 wynika, że w ciągu ostatniego roku ecstasę używało 1,5% respondentów od 1- 2 razy.




**Rycina 23. Opinia respondentów na temat używania w ciągu ostatnich 12 miesięcy ecstasy**

W badanej populacji niewielki odsetek respondentów sięgał po LSD, grzyby halucynogenne, crack, heroinę, tzw. polska heroina „kompot", kokainę, sterydy anaboliczne oraz wydawane na receptę leki nasenne i uspakajające bez wskazań medycznych (Tab. VII i Tab. VIII).

**Tabela VII. Opinia respondentów na temat stosowania LSD, grzybów halucynogennych, cracku, heroiny, tzw. polskiej heroiny „kompot" w ciągu ostatnich 12 miesięcy**

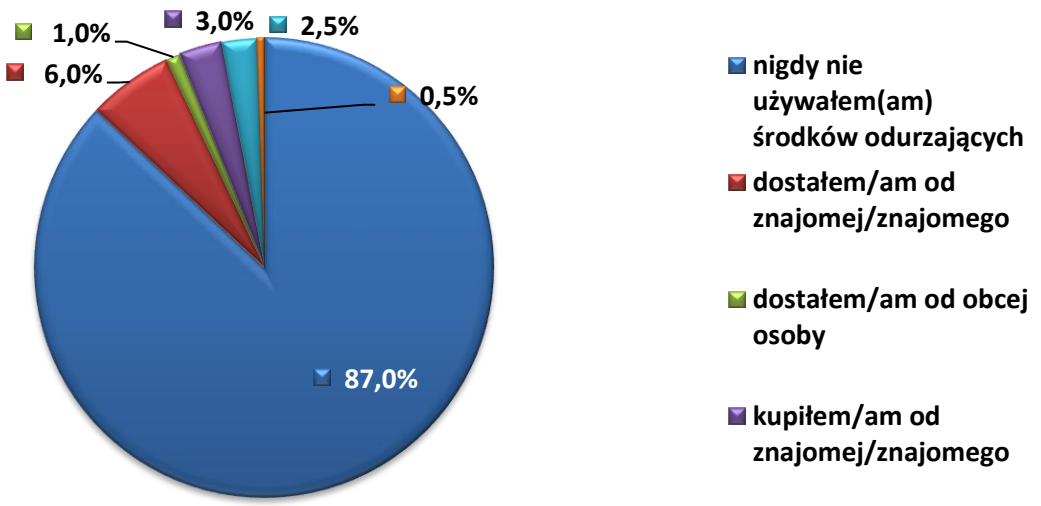
| Rodzaj substancji | LSD | | Grzyby halucynogenne | | Crack | | Heroina | | tzw. polska heroina "kompot" | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ilość spożycia | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Nigdy | 196 | 98,0% | 197 | 98,5% | 198 | 99,0% | 197 | 98,5% | 198 | 99,0% |
| 1-2 razy | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% |
| 3-5 razy | 2 | 1,0% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| 6-9 razy | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% |
| 10-19 razy | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% | 2 | 1,0% | 0 | 0,0% |
| > 40 razy | 2 | 1,0% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% |
| Ogółem | 200 | 100,0% | 200 | 100,0% | 200 | 100,0% | 200 | 100,0% | 200 | 100,0% |

**Tabela VIII. Opinia respondentów na temat używania w ciągu ostatnich 12 miesięcy kokainy, sterydów anabolicznych, wydawanych na receptę leków nasennych i uspakajających bez wskazań medycznych, inny środek**

| Rodzaj substancji | Kokaina | | Sterydy anaboliczne | | Wydawane na receptę leki nasenne i uspakajające bez wskazań medycznych | | Inny środek | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ilość spożycia** | N | % | N | % | N | % | N | % |
| **Nigdy** | 198 | 99,0% | 197 | 98,5% | 196 | 98,0% | 199 | 99,5% |
| **1-2 razy** | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 1,0% | 0 | 0,0% |
| **3-5 razy** | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% |
| **6-9 razy** | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% |
| **10-19 razy** | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% |
| **>40** | 1 | 0,5% | 2 | 1,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| **Ogółem** | 200 | 100,0% | 200 | 100,0% | 200 | 100,0% | 200 | 100,0% |

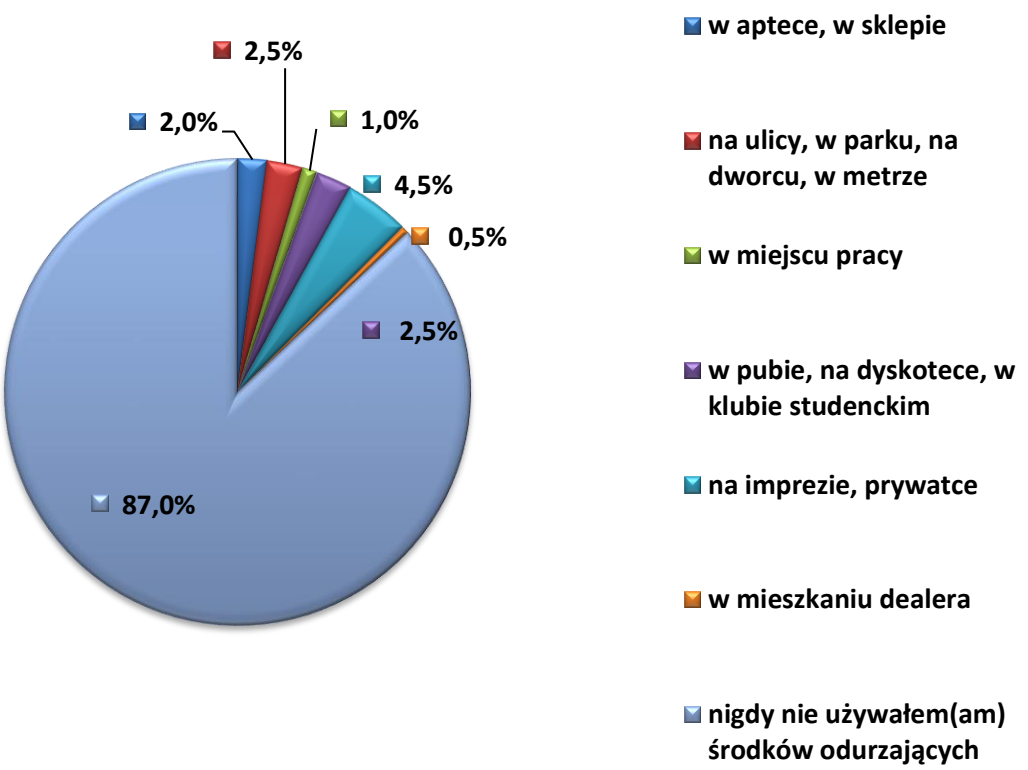
Z danych przedstawionych na Rycinie 24 wynika iż 6,0% respondentów jako najczęstszy sposób wchodzenia w posiadanie środków odurzających w ciągu ostatnich 12 miesięcy podawało, iż otrzymywali je od znajomych.

Około 3,0% studentów kupowało substancje psychoaktywne od znajomych.




**Rycina 24. Sposób wchodzenia w posiadanie środków odurzających w ciągu ostatnich 12 miesięcy w opinii respondentów**

W badanej populacji 4,5% respondentów jako najpopularniejsze miejsce zaopatrywania się w środki odurzające podawało imprezę lub prywatkę. Niewielki odsetek, bo zaledwie 0,5% respondentów udzieliło odpowiedzi, że w mieszkaniu dealera (Ryc.25).



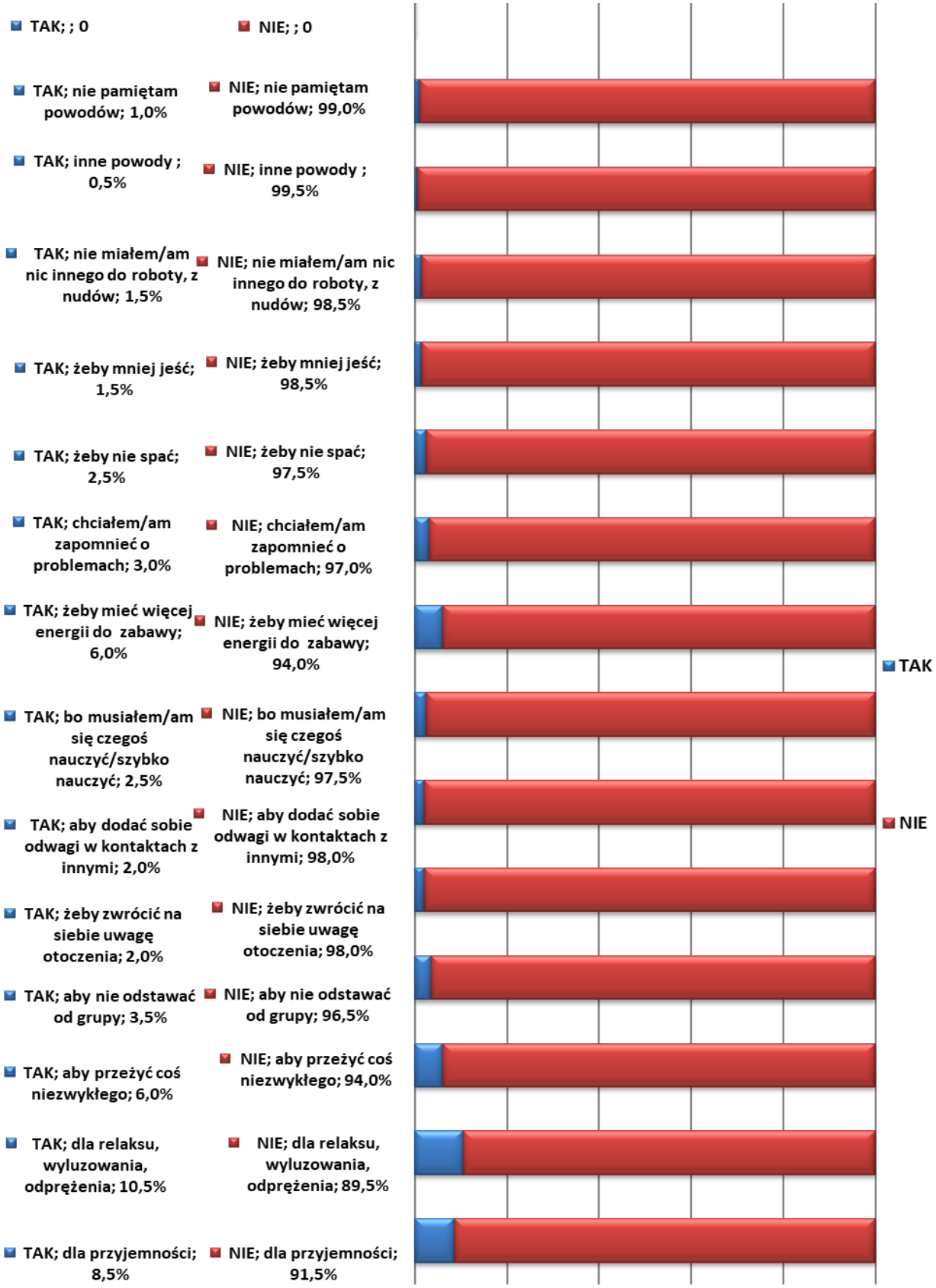

**Rycina 25. Miejsce zaopatrywania się w środki odurzające w ciągu ostatnich 12 miesięcy w opinii respondentów**

Najczęściej powodem sięgania po substancje odurzające dla 10,5% studentów była chęć relaksu, wyluzowania, odprężenia się. Najrzadszą przyczyną sięgania po środki psychoaktywne wśród respondentów była nuda (1,5%) lub żeby mniej jeść (1,5%) (Ryc. 26).

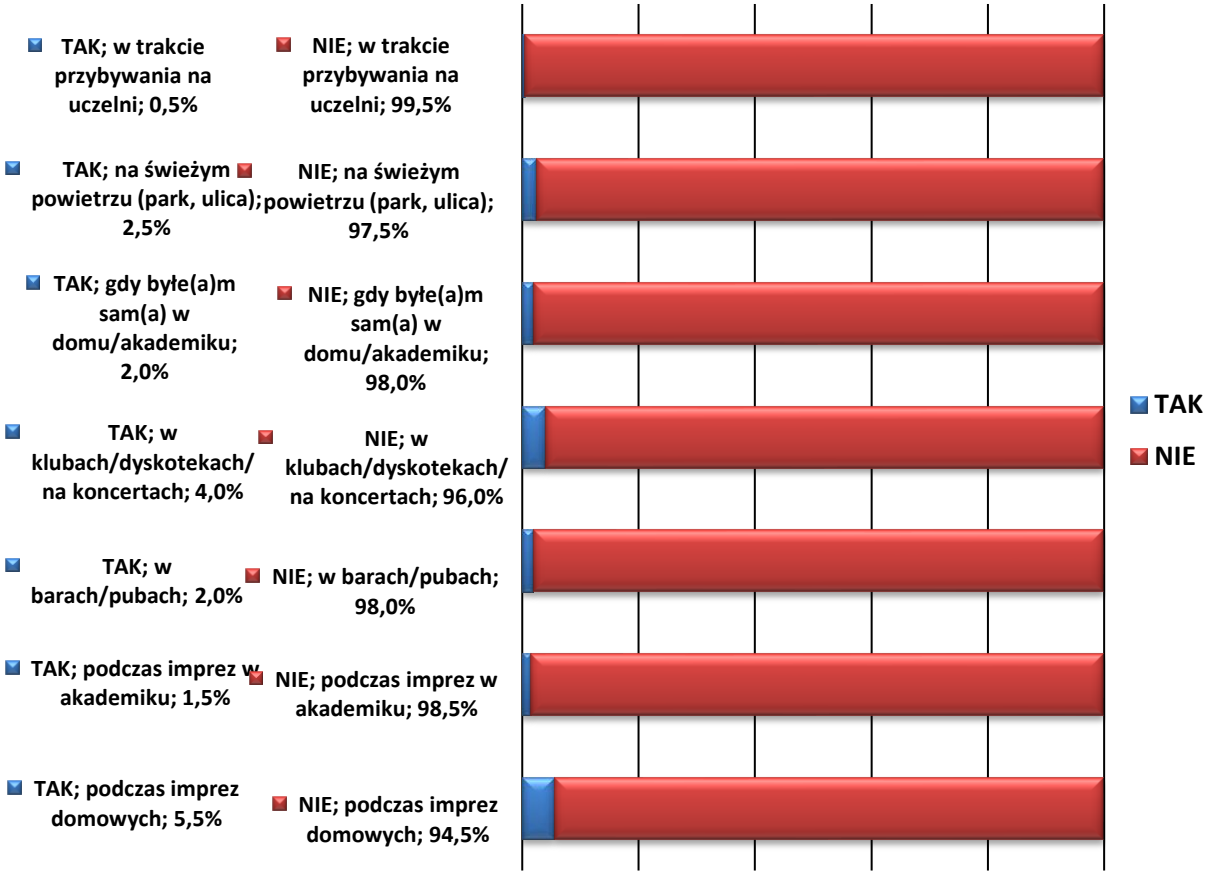
Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności ($p > 0,05$) pomiędzy płcią a powodami jakimi kierowali się ankietowani podczas sięgania po środki odurzające.

Na podstawie danych przedstawionych na Rycinie 27 można stwierdzić, że okolicznościami sprzyjającymi paleniu marihuany lub haszyszu w ciągu ostatnich 12 miesięcy dla 5,5% respondentów były imprezy domowe, a dla 4,0% kluby i dyskoteki.

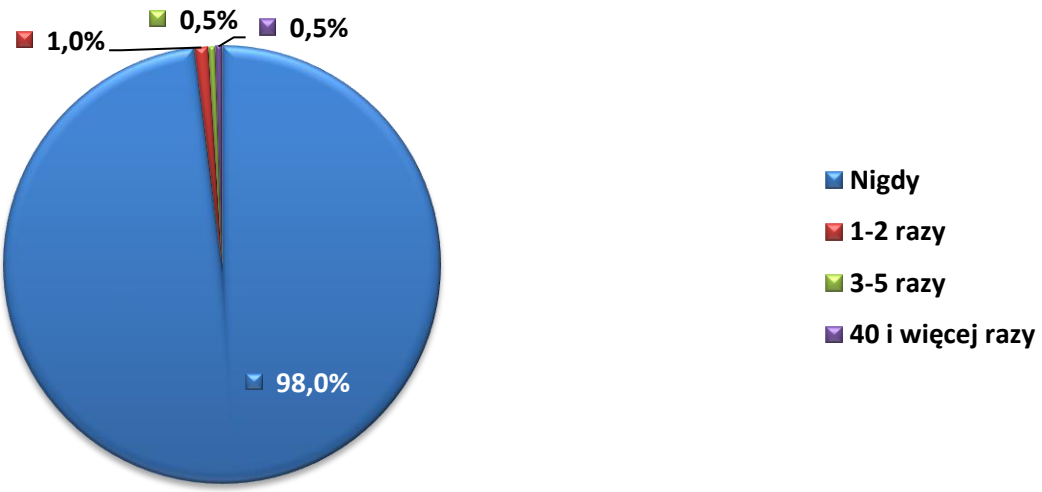
W badanej populacji tylko 1,0% respondentów sięgało po kleje, rozpuszczalniki lub inne substancje wziewne 1-2 razy w miesiącu ( Ryc. 28).




**Rycina 26. Przyczyny sięgania po środki odurzające w ciągu ostatnich 12 miesięcy**
*liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

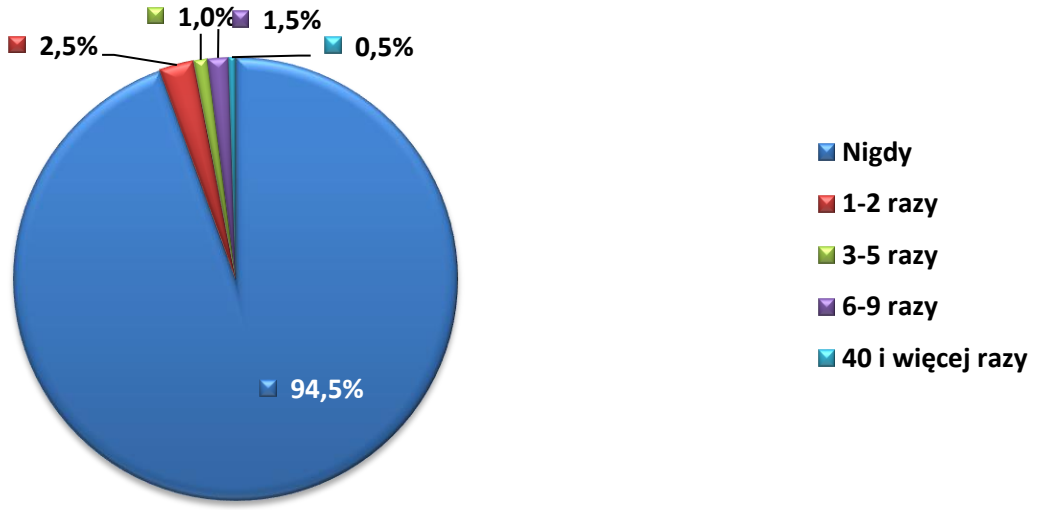



**Rycina 27. Okoliczności palenia marihuany lub haszyszu w ciągu ostatnich 12 miesięcy w opinii respondentów**
*liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi



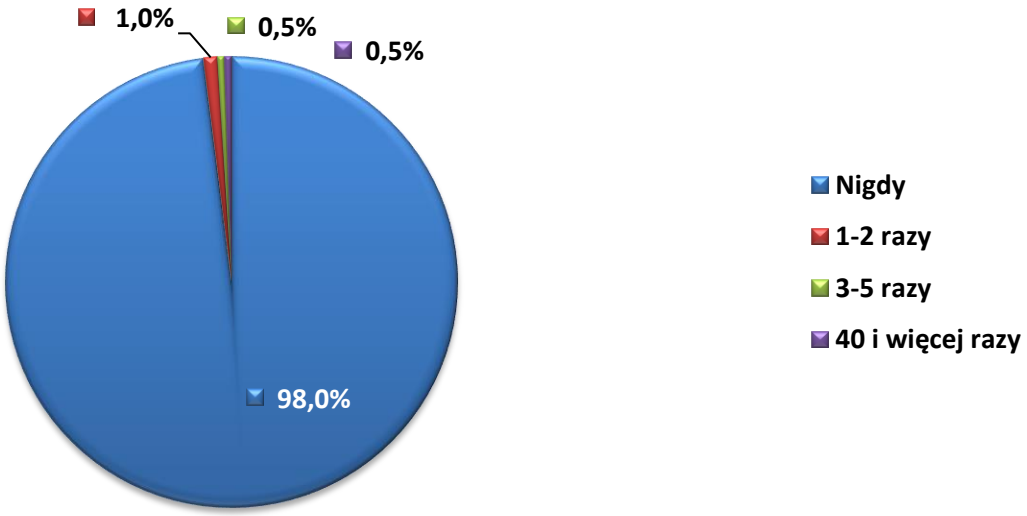

**Rycina 28. Używanie w ciągu ostatnich 30 dni klejów, rozpuszczalników lub innych substancji wziewnych w opinii respondentów**

Jak wynika z danych przedstawionych na Rycinie 29 używanie marihuany lub haszyszu w ciągu ostatnich 30 dni od 1 do 2 razy deklarowało 2,5% respondentów.



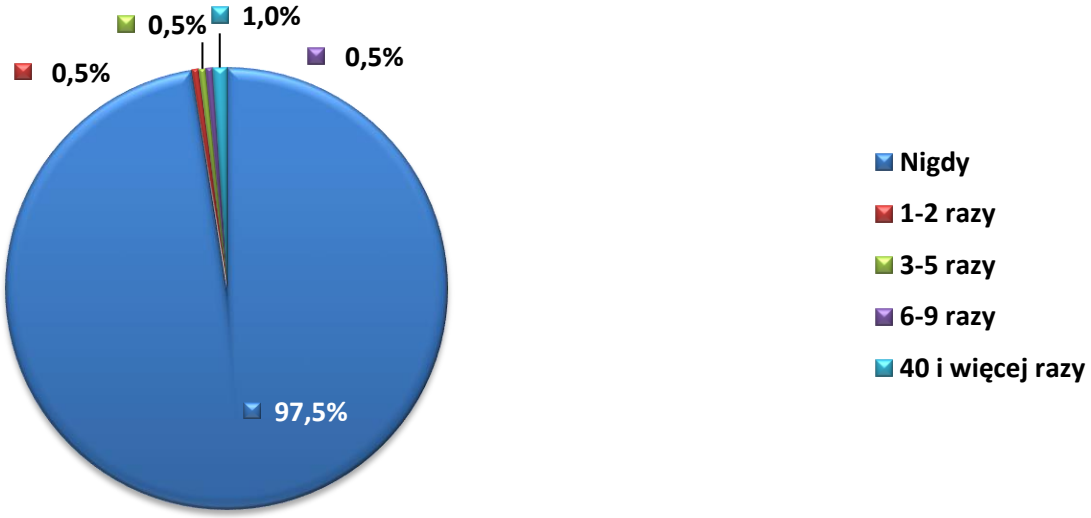

**Rycina 29. Używanie w ciągu ostatnich 30 dni marihuany lub haszyszu w opinii respondentów**

Z danych przedstawionych na Rycinie 30 wynika, że 0,5% respondentów deklarowało używanie amfetaminy 3-5 razy w ciągu ostatniego miesiąca, taki sam odsetek respondentów używał substancji odurzającej powyżej 40 razy w ciągu ostatnich 30 dni.




**Rycina 30. Używanie w ciągu ostatnich 30 dni amfetaminy (speed) w opinii respondentów**

Z danych przedstawionych na Rycinie 31 wynika, iż 1,0 % respondentów podawało używanie ecstasy ponad 40 razy w ciągu ostatniego miesiąca.



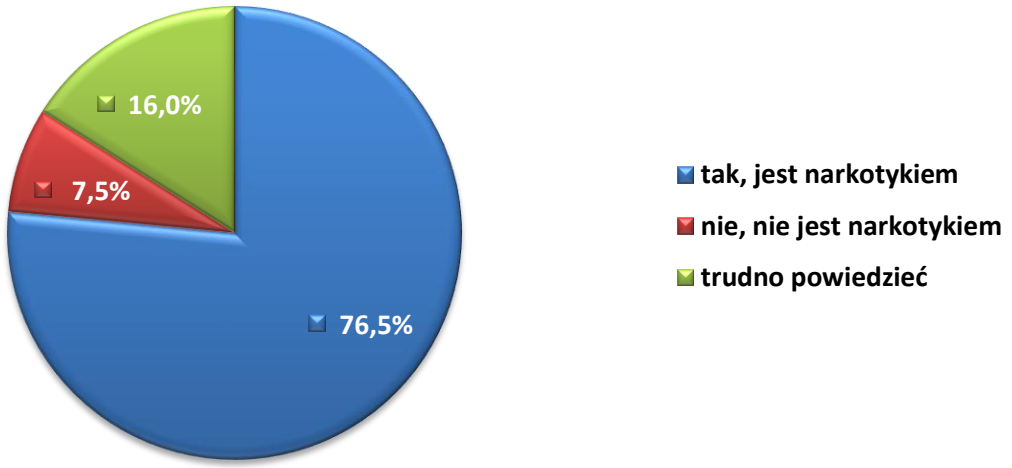

**Rycina 31. Używanie ecstasy w ciągu ostatnich 30 dni w opinii respondentów**

Z danych przedstawionych w Tabeli IX wynika, że dla 14,5% respondentów zdobycie marihuany lub haszyszu byłoby dość łatwe, zaś dla 10,5% bardzo łatwe.
Wykazano, iż zależność pomiędzy łatwością zdobycia marihuany przez respondentów a faktem skontaktowania przez nich innej osoby z osobą, która miała dostęp do środków odurzających jest istotna statystycznie ( $p<0,000001$).

**Tabela IX. Stopień trudności pozyskania marihuany lub haszyszu, amfetaminy (speed) lub ecstasy w opinii respondentów**

| Nazwa substancji | Niemożliwe | Bardzo trudne | Dosyć trudne | Dosyć łatwe | Bardzo łatwe | Nie wiem | Wiersz Razem |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. marihuana lub haszysz | 49 | 30 | 15 | 29 | 21 | 56 | 200 |
| % z wiersza | 24,5% | 15,0% | 7,5% | 14,5% | 10,5% | 28,0% | 100 |
| 2. amfetamina (speed) | 53 | 37 | 16 | 16 | 14 | 64 | 200 |
| % z wiersza | 26,5% | 18,5% | 8,0% | 8,0% | 7,0% | 32,0% | 100 |
| 3. ecstasy | 54 | 37 | 20 | 15 | 7 | 67 | 200 |
| % z wiersza | 27,0% | 18,5% | 10,0% | 7,5% | 3,5% | 33,5% | 1000 |

Jak wynika z danych przedstawionych w Tabeli IX zdobycie amfetaminy byłoby dla 26,5% respondentów niemożliwe, natomiast 8% respondentów twierdziło, że byłoby to dla nich dość łatwe. Natomiast dla 27,0% respondentów zdobycie ecstasy byłoby niemożliwe, zaś dla zaledwie 3,5% bardzo łatwe (Tab. IX).




**Rycina 32. Wiedza respondentów na temat czy marihuana jest narkotykiem?**

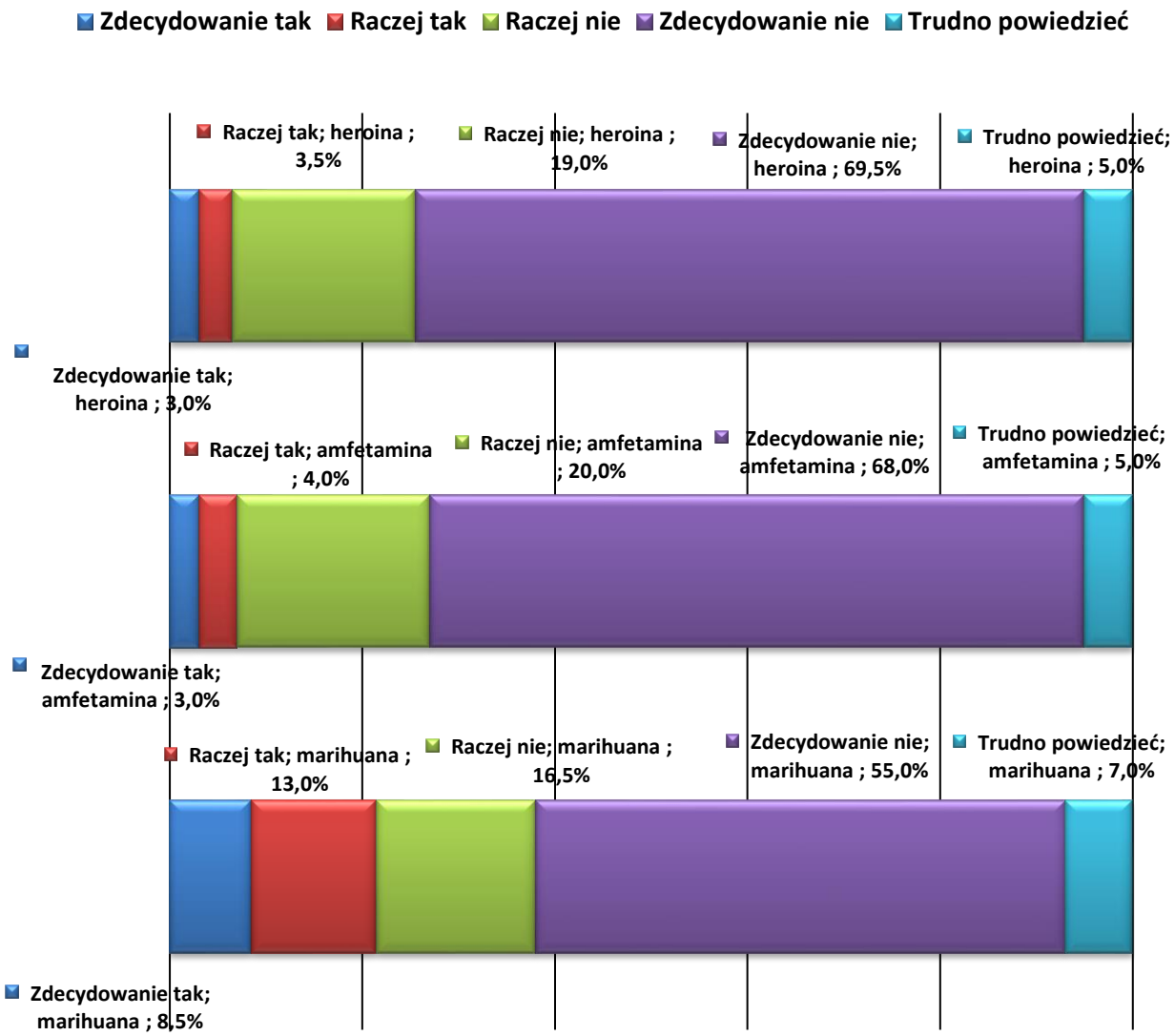
W badanej populacji znacząca większość respondentów (76,5%) była świadoma faktu, iż marihuana jest narkotykiem (Ryc. 32).

**Tabela X. Pozom wiedzy respondentów na temat właściwości uzależniających marihuany, amfetaminy i ecstasy.**

| Nazwa substancji | zdecydowanie tak | raczej tak | raczej nie | zdecydowanie nie | trudno powiedzieć | Wiersz Razem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **marihuana** | 133 | 44 | 6 | 8 | 9 | 200 |
| **% z wiersza** | 66,5% | 22,0% | 3,0% | 4,0% | 4,5% | 100 |
| **amfetamina (speed)** | 146 | 41 | 2 | 2 | 9 | 200 |
| **% z wiersza** | 73,0% | 20,5% | 1,0% | 1,0% | 4,5% | 100 |
| **ecstasy** | 144 | 42 | 2 | 2 | 10 | 200 |
| **% z wiersza** | 72,0% | 21,0% | 1,0% | 1,0% | 5,0% | 100 |

Z danych przedstawionych w Tabeli X wynika, iż zdecydowana większość respondentów uważała, że powyższe środki są uzależniające.

Z danych przedstawionych na Rycinie 33 wynika, iż według 13% respondentów używanie marihuany powinno być dozwolone w Polsce. Około 70% respondentów zdecydowanie jest przeciwna legalizacji używania heroiny i amfetaminy w naszym kraju.




**Rycina 33. Poziom wiedzy respondentów na temat na temat używania środków psychoaktywnych zgodnie z polskim prawem**
*liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

W badanej populacji zdaniem ¼ respondentów palenie papierosów od czasu do czasu stwarza małe ryzyko wyrządzenia sobie szkód zdrowotnych.

Natomiast wypalanie jednej lub więcej paczki papierosów dziennie według 66,5% respondentów pociąga za sobą duże ryzyko wyrządzenia sobie szkód zdrowotnych (Tab. XI).

**Tabela XI. Ryzyko palenia papierosów w różnych okresach czasu w opinii respondentów**

| Częstość: | Nie ma ryzyka | Małe ryzyko | Umiarkowane ryzyko | Duże ryzyko | Trudno powiedzieć | Wiersz Razem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Palenie papierosów od czasu do czasu** | 10 | 51 | 50 | 71 | 18 | 200 |
| **% z wiersza** | 5,0% | 25,5% | 25,0% | 35,5% | 9,0% | 100 |
| **Palenie jednej lub więcej paczek papierosów dziennie** | 5 | 13 | 35 | 133 | 14 | 200 |
| **% z wiersza** | 2,5% | 6,5% | 17,5% | 66,5% | 7,0% | 100 |

Z danych przedstawionych w Tabeli XII wynika, że spróbowanie marihuany lub haszyszu 1-2 razy w życiu według 11,0% respondentów pociąga za sobą małe ryzyko wyrządzenia sobie szkód zdrowotnych.

W badanej populacji zdaniem 6,5% respondentów pojedyncze epizody spróbowania ecstasy stwarzały małe ryzyko wyrządzenia sobie szkód zdrowotnych, zaś ponad połowa respondentów uważała, że ryzyko jest duże (Tab. XII).

Analiza statystyczna wykazała zależność istotną statystycznie ($p<0,05$) pomiędzy przekazywaną wiedzą przez rodziców/opiekunów dotyczącą konsekwencji używania środków odurzających a świadomością respondentów dotyczącą ryzyka wyrządzenia sobie szkód zdrowotnych.

W badanej populacji aż 72,5% respondentów uważało, iż regularne palenie marihuany lub haszyszu niesie ze sobą duże ryzyko wyrządzenia sobie szkód zdrowotnych. (Tab. XIII).

Analiza statystyczna wykazała zależność istotną statystycznie ($p=0,027678$) pomiędzy tym czy rodzice/opiekunowie respondenta rozmawiali z nim na temat środków odurzających i konsekwencji ich używania a ryzykiem jakie niesie regularne używanie narkotyków.

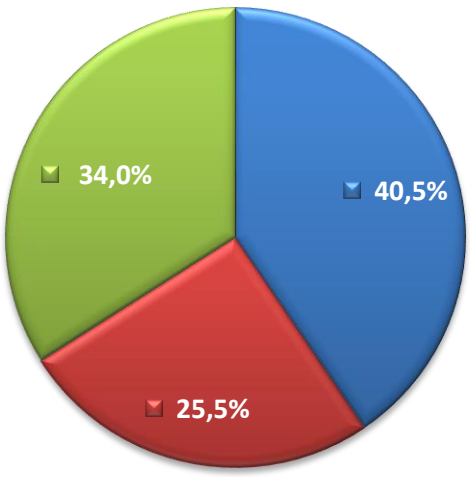
Z danych przedstawionych na Rycinie 34 wynika, że 40,5% respondentów odbyła rozmowę z opiekunami na temat środków odurzających i konsekwencji ich używania, zaś około ¼ respondentów nie uczestniczyła w takiej rozmowie.

**Tabela XII. Ryzyko spróbowania marihuany lub ecstasy w różnym czasie w opinii respondentów**

| Częstość: | Nie ma ryzyka | Małe ryzyko | Umiarkowane ryzyko | Duże ryzyko | Trudno powiedzieć | Wiersz Razem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Próbowanie marihuany lub haszyszu 1 raz lub 2 razy w życiu | 13 | 22 | 49 | 97 | 19 | 200 |
| % z wiersza | 6,5% | 11,0% | 24,5% | 48,5% | 9,5% | 100 |
| Próbowanie ecstasy 1 raz lub 2 razy w życiu | 4 | 13 | 49 | 115 | 19 | 200 |
| % z wiersza | 2,0% | 6,5% | 24,5% | 57,5% | 9,5% | 100 |

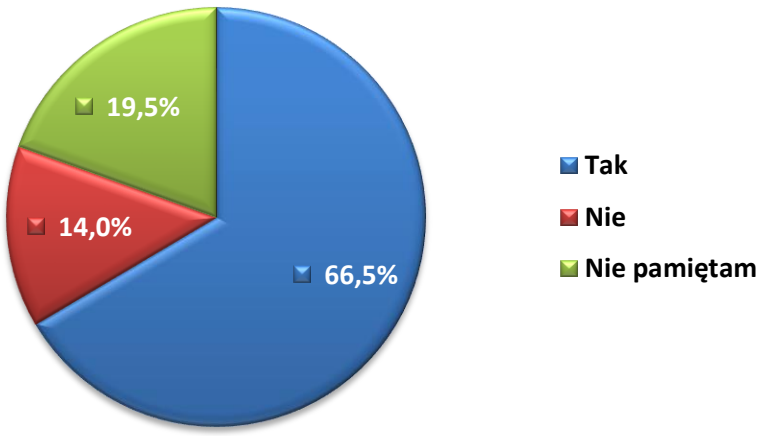
**Tabela XIII. Ryzyko regularnego palenia marihuany lub haszyszu oraz ecstasy w opinii respondentów**

| Częstość: | Nie ma ryzyka | Małe ryzyko | Umiarkowane ryzyko | Duże ryzyko | Trudno powiedzieć | Wiersz Razem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Palenie marihuany lub haszysz regularnie | 4 | 10 | 23 | 145 | 18 | 200 |
| % z wiersza | 2,0% | 5,0% | 11,5% | 72,5% | 9,0% | 100 |
| Używanie ecstasy regularnie | 4 | 6 | 21 | 153 | 16 | 200 |
| % z wiersza | 2,0% | 3,0% | 10,5% | 76,5% | 8,0% | 100 |



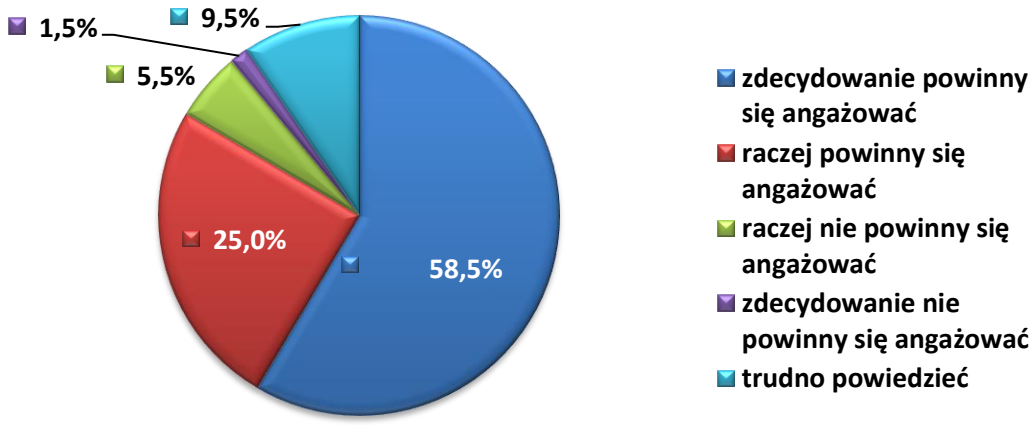

**Rycina 34. Opinia respondentów na temat udziału rodziców w edukacji dotyczącej środków odurzających**

Na podstawie danych zawartych na Rycinie 35 można stwierdzić, że 66,5 % respondentów miało przekazywane informacje w szkole średniej dotyczące środków odurzających i konsekwencjach ich używania.



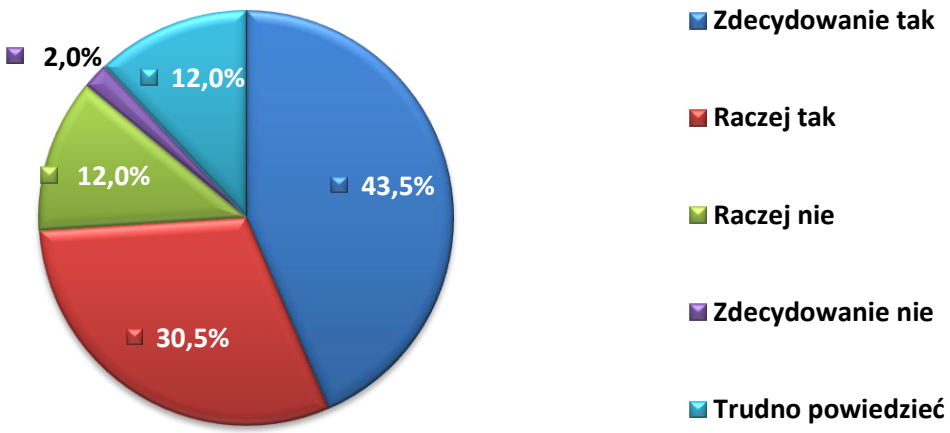

**Rycina 35. Opinia respondentów na temat przekazywania informacji na temat środków odurzających i konsekwencji ich używania w szkole średniej**

Ponad połowa badanej populacji uważa, że uczelnie wyższe powinny angażować się w kampanie dotyczące środków odurzających i konsekwencji ich używania (Ryc.36).



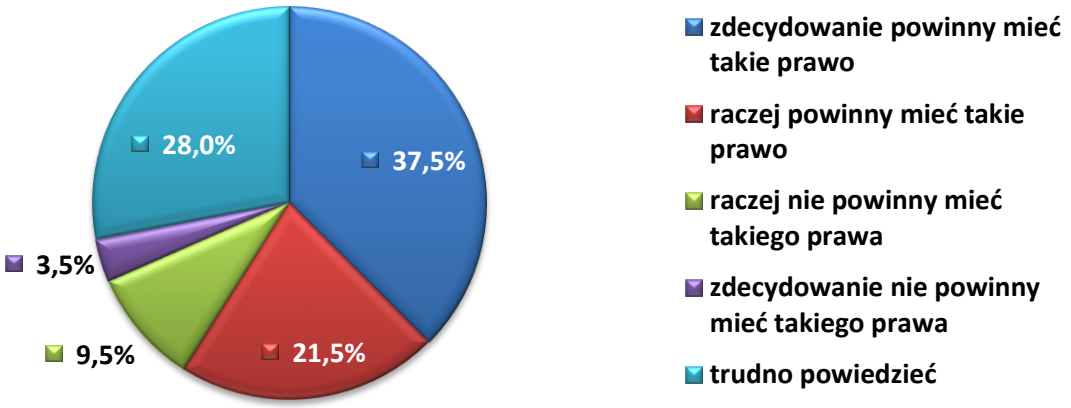

**Rycina 36. Udział uczelni wyższych w kampaniach informujących na temat środków odurzających i konsekwencji ich używania w opinii respondentów**

Z danych przedstawionych na Rycinie 37 wynika, że 43,5% respondentów uważała, że na terenie uczelni powinny zostać zorganizowane punkty, w których udzielano by informacji i pomocy osobom mającym problem ze środkami odurzającymi lub alkoholem.



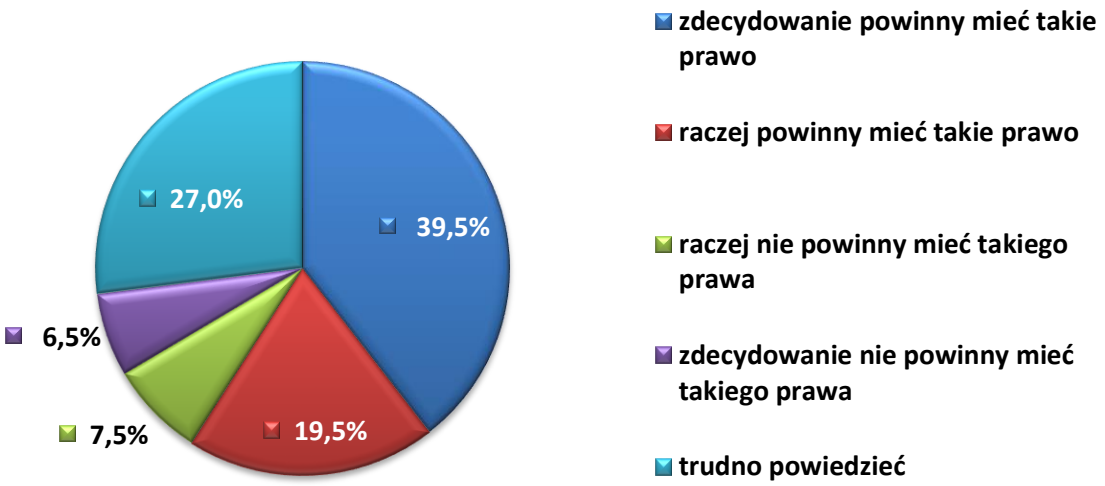

**Rycina 37. Opinia respondentów na temat dostępności na terenie uczelni punktów udzielających informacji i pomocy osobom mającym problem ze środkami odurzającymi lub alkoholem**

Na podstawie danych zawartych na Rycinie 38 można stwierdzić, że 37,5% respondentów uważało, że władze uczelni powinny mieć prawo wyciągania konsekwencji wobec osób, które zażywały na terenie uczelni środki odurzające, zaś 3,5 % respondentów była innego zdania.




**Rycina 38. Opinia respondentów na temat wyciągania konsekwencji wobec osób, które zażywają na terenie uczelni środki odurzające**

. W badanej populacji 39,5% respondentów uważało, że władze uczelni zdecydowanie powinny mieć prawo do skreślenia z listy studentów osoby, która sprzedawała lub rozdawała na terenie uczelni środki odurzające, zaś 6,5% respondentów była innego zdania (Ryc. 39).




**Rycina 39. Opinia respondentów na temat prawa skreślenia z listy studentów osób, które sprzedawały lub rozdawały na terenie uczelni środki odurzające**

## DYSKUSJA

We współczesnym świecie zjawisko uzależnienia od substancji psychoaktywnych i alkoholu jest tematem wielu dyscyplin naukowych, człowiek należy do istoty podatnej na różnego rodzaju uzależnienia. W dobie szybkiego rozwoju cywilizacji charakterystyczne jest poszukiwanie szczęścia na zewnątrz. Jeżeli człowiek odkrywa, że w określonym aspekcie jest niedoskonały, a wady nie pozwalają mu siebie zaakceptować – stara się poszukiwać szczęścia w innych ludziach, rzeczach, substancjach czy sytuacjach [17-20 ].

Badania amerykańskie przeprowadzone przez *Epidemiologic Catchment Area* (ECA) wykazało, iż problem uzależnienia od alkoholu i innych substancji odurzających dotyczy dużej populacji [9].

Podobne badania były przeprowadzane przez *National Comorbidity Survey* (NCS), sondaż brytyjski: Mental Health Survey, National Survey of Mental Health and Well-Being (NSMHWB) [9].

Powyższe badania jednoznacznie wskazały, iż bez względu w jakim kraju zostały przeprowadzone to ryzyko uzależnienia jest większe w przypadku mężczyzn niż kobiet [9].

Z badań wynika również fakt, iż uzależnienie częściej dotyczy młodych ludzi niż osób starszych. Zaś początek rozwoju uzależnienia przypada na wiek młodzieńczy poniżej 30 r.ż. [9].

Na całym świecie zjawisko nadużywania środków psychoaktywnych i alkoholu przez młodzież jest przedmiotem zainteresowania specjalistów wielu dziedzin: psychologów, pedagogów, socjologów, lekarzy, itd. [21-28]. Na podstawie badań epidemiologicznych przeprowadzonych w kraju i na świecie w ostatnich latach zaobserwowano dynamikę tego zjawiska. Odnotowuje się stały wzrost wskaźników rozpowszechniania substancji odurzających wśród młodzieży [29,30, 31]. Dilerzy w coraz bardziej wyszukane i skuteczne sposoby docierają do potencjalnych klientów i oferują nowe substancje i innowacyjne metody ich używania [32- 41].

Badania przeprowadzono w populacji 200 studentów Wyższej Szkoły Administracji Publicznej im. Stanisława Staszica w Białymstoku. Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety 67% zaś mężczyźni stanowili 33%. Badania własne wykazały, że 24,5% ankietowanych stwierdziło, że zjawisko nadużywania środków odurzających stanowi zdecydowanie poważny problem wśród studentów.

Zdaniem Knapik zjawisko handlu narkotykami lub innymi środkami odurzającymi na terenie Uniwersytetu Rolniczego w Krakowie potwierdziło 5,1% badanych zaś 94,6% studentów nie zetknęło się z takim zjawiskiem[1].

W badaniach własnych wykazano, iż 24,0% respondentów znało osobiście osoby, które nadużywają środków odurzających.

Badania Motyki i wsp. wykazały, że 65,0% ankietowanych przyznało, iż w ich najbliższym otoczeniu obecne były osoby używające substancje psychoaktywne [42].

Odmienne dane przedstawiła Knapik, która w swoich badaniach wykazała, że 20% respondentów Uniwersytetu Rolniczego miało kontakt z osobami nadużywającymi alkohol lub narkotyki, natomiast 79,7% nie zetknęło się z taką sytuacją w środowisku studenckim [1].

W 2002 roku spożywanie alkoholu w krajach Unii Europejskiej, a w szczególności regionu Europy środkowo- wschodniej spowodowało około 48 tys. zgonów przedwczesnych wśród osób dorosłych. Według europejskich danych alkohol odpowiada za 33% zgonów na skutek urazu lub wypadku wśród mężczyzn w przedziale wiekowym 20-64 lata. W Polsce współczynnik umieralności wśród mężczyzn na skutek spożywania alkoholu wynosi 102 na 100 000 i jest dwa razy większy niż np. w Wielkiej Brytanii, Belgii i Irlandii [43,44].

W badaniach własnych wykazano, iż w ciągu ostatnich 12 miesięcy wśród badanych studentów 77,0% sięgało po wódkę i wino, natomiast 86,0% spożywało piwo. Powyższe dane wykazały, że piwo było ulubionym trunkiem respondentów.

Anand wykazał, iż najczęściej spożywanym trunkiem było piwo wśród studentów gdańskich uczelni wyższych. Najmniejszym zainteresowanie wśród respondentów cieszyła się wódka [45].

Zdaniem Łaszek i wsp. istotnym elementem stylu życia studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi była konsumpcja alkoholu. Najczęściej spożywanym alkoholem przez studentów obu płci było piwo a następnie wino [46].

Z badań przeprowadzonych przez Bobrowskiego wynika, że 80,0% respondentów piło alkohol w ciągu 30 dni poprzedzających badanie. Wszystkie osoby piły w tym czasie piwo, wódkę spożywało około 50,0%, a około 1/3 respondentów piło wino [47].

Badania własne wykazały, że najczęściej konsumowanym trunkiem w ciągu ostatnich 30 dni było piwo

Wyniki badań własnych znajdują także odzwierciedlenie w danych przedstawionych przez Klimberg i wsp., gdzie do konsumpcji alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni przyznało się 85,1% studentów, a jako najchętniej spożywany alkohol podawano piwo (80,3%) ankietowanych [48].

W badaniach przeprowadzonych przez Anand na Gdańskich Uczelniach Wyższych w latach 2000-2006, autor wykazał obniżenie odsetka ludzi spożywających 1-2 drinki standardowe. Natomiast podwyższenie ilości respondentów spożywających powyżej 3 drinków podczas jednego spotkania [45].

Badania własne wykazały, iż studenci białostockiej uczelni wyższej przy jednej okazji wypijali najczęściej 1-2 typowe butelki lub puszki piwa. Respondenci spożywali najczęściej 1-3 lampki wina i od 3 do 5 kieliszków wódki.

Podobne wyniki uzyskała Łaszek i wsp., która wykazała, iż ponad 60,0% kobiet i ponad 30,0% mężczyzn spożywało najczęściej 2 standardowe porcje alkoholu przy jednej okazji [46].

Na podstawie badań epidemiologicznych można stwierdzić, iż używanie nielegalnych substancji psychoaktywnych stanowi rzadszą przyczynę zgonów, niż nadużywanie alkoholu. Na podstawie literatury można stwierdzić, iż znaczna część osób używająca środków odurzających umiera w młodym wieku (20-30 lat) [9, 47, 48 ]. Według najnowszych danych epidemiologicznych dotyczących populacji osób dorosłych wykazano, iż ok. 23 mln Europejczyków używało przetworów konopi w ostatnim roku. Natomiast używanie kokainy w ciągu ostatniego roku podawało ok. 4 mln dorosłych Europejczyków. Zainteresowanie takimi narkotykami jak ecstasy, czy amfetamina dotyczyło ok. 0,5- 0,7% Europejczyków w skali

roku. Zejścia śmiertelne spowodowane używaniem narkotyków to ok. 7600 zgonów, z czego obecność opiatów stwierdzono u około trzech czwartych przypadków [1,7,49,50].

W Polsce sytuacja jest podobna jak w krajach Europy zachodniej, gdyż przeprowadzone dotychczas badania potwierdzają utrzymujący się wzrost używania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież [1,31,51].

Narkomania w Polsce jest procesem bardzo dynamicznym w szczególności dotyczy wzrostu zainteresowania konsumpcją narkotyków syntetycznych. Dane ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and another Drugs) z 2003 roku jednoznacznie wskazują na wzrost używania prawie wszystkich substancji psychoaktywnych [1,31,51].

Szacuje się, iż ok.1,3% dorosłych przyznało się do zażywania ecstasy, 2,8% dorosłych deklarowało zażywanie amfetaminy. Dużą popularnością cieszyło się spożywanie Konopi Indyjskich, gdyż używanie tych środków deklarowało 5,3% dorosłych ludzi. W Polsce liczbę osób uzależnionych szacuje się na ok. 100-130 tys. osób, gdzie ok.25-27 tys. to uzależnieni od opiatów [6,52].

Badania własne wykazały, iż 22,0% respondentów przyznało się do przynajmniej jednorazowego, w ciągu całego swojego życia kontaktu z środkami odurzającymi. Pierwszą substancją po, którą sięgnęli respondenci była marihuana lub haszysz. Znacznie rzadziej studenci sięgali po kleje rozpuszczalniki i inne substancje wziewne.

Według Kułak i wsp. 70,5% studentów użyło przynajmniej raz w życiu narkotyku. Do palenia marihuany przyznało się 40,0% badanych, wdychania rozpuszczalników i klejów 4,8%, kokainy- 3,8% oraz 5,7% osób używało ecstasy [48].

W badaniach przeprowadzonych przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Pracowni Badań Społecznych oraz Agencji Promocji Studentów Socjologii „PAPSS" wykazano równie wysoki odsetek osób deklarujących użycie przynajmniej raz w życiu narkotyków (67,0%). Największym zainteresowaniem studentów cieszyły się marihuana lub haszysz 35,6% respondentów zażyło któryś z tych narkotyków. Amfetamina była popularna wśród 11,1% studentów, około 4,0% badanych zażywało ecstasy i LSD oraz około 1,0% badanych podała kokainę i substancje wziewne [1].

Zjawisko inicjacji narkotykowej nie we wszystkich badaniach stanowi, aż tak duży odsetek młodych ludzi eksperymentujących z substancjami psychoaktywnymi.

Zdaniem Anand używanie przynajmniej raz w życiu jakiegokolwiek narkotyku dotyczy 42,4% studentów. Wyniki kolejnych badań potwierdzają, że marihuana i haszysz były

pierwszym środkiem odurzającym po jaki sięgali młodzi ludzie. Kontakt z tą substancją zadeklarowało aż około 91,4% badanych studentów [45].

Według Latalskiego i wsp. 34,0% studentów miało kontakt z środkami odurzającymi przynajmniej raz w życiu [53].

Łaszek M. i wsp. również podają, iż co trzeci badany w przeszłości próbował zażywać środków psychoaktywnych [46]. Autorzy w oparciu o wyniki badań zgodnie twierdzą, że pierwszą, najpopularniejszą substancją pobudzającą, której spróbowali studenci była marihuana lub haszysz [46,53].

Badania własne wykazały, iż pierwszy środek odurzający jakiego spróbowali respondenci najczęściej otrzymywali od znajomego.

Zdaniem Anand 89,6% respondentów substancję psychoaktywną otrzymało od człowieka znajomego. Zaledwie co dziesiąty ankietowany (10,4%) zakupił u dealera narkotyków [45].

W badaniach własnych wykazano, iż w ciągu ostatniego roku najpopularniejszą substancją psychoaktywną po, którą sięgali studenci była marihuanę lub haszysz. Kolejnym narkotykiem, którego używali respondenci porównywalnie często w ostatnim roku była amfetamina, zaś niewielka grupa badanych respondentów podawała używanie klejów, rozpuszczalników i innych substancji wziewnych oraz ecstasy.

Badania przeprowadzone przez Borowskiego wykazały, że najczęściej używaną substancja psychoaktywną była marihuana (95,0%), następnie amfetamina (53,0%), ecstasy (35,0%), halucynogeny (29,0%) oraz substancje wziewne ok. 24,0% [47].

Badania własne wykazały, iż wśród osób używających środki psychoaktywne w ciągu ostatniego roku, jako miejsce zaopatrywania się w te substancje najczęściej podawano imprezy lub prywatki. Najrzadziej podawanym miejscem było mieszkanie dealera.

W badaniach przeprowadzonych przez PBS (Pracownia Badań Społecznych) wykazano, że miejscami gdzie studenci zaopatrywali się w narkotyki były głównie imprezy i prywatki (36,6%), również 24,7% respondentów podawało takie miejsca jak ulica park, dworzec, metro, zaś w akademiku, domu/hotelu studenckim w narkotyki zaopatrywało się 17,5% studentów. Porównywalny odsetek studentów zaopatrywał się w substancje odurzające w pubie, dyskotece lub klubie studenckim (16,5%). Dom dealera podało około 12,0% respondentów. Mniej niż 10,0% wymieniało: klatki schodowe (7,1%), uczelnie (5,0%), apteka, sklep (4,1%), miejsce pracy (1,3%) [1].

W badaniach własnych wykazano, iż młodzi ludzie decydujący się na używanie środków psychoaktywnych, jako najczęstszą przyczynę podawali chęć relaksu, odprężenia

wyluzowania się. Studenci robili to również dla przyjemności lub żeby mieć więcej energii do zabawy. Najrzadszą przyczyną sięgania po środki psychoaktywne wśród ankietowanych była nuda.

Na podstawie dostępnych w literaturze badań wyłania się wiele przyczyn, jakimi kierowali się studenci podczas używania środków odurzających [48].

Zdaniem Kułak i wsp. to: ucieczka od problemów życiowych (43,8%), zaspokojenie ciekawości (42,9%), wpływ przyjaciół lub znajomych (38,1%), w pragnienie, aby wyróżnić się wśród rówieśników (30,5%) [48].

Według Knapik dla respondentów zażywanie narkotyków łączyło się przede wszystkim z przyjemnym uczuciem. Dla relaksu, wyluzowania, odprężenia się po narkotyki sięgało około 70,0% ankietowanych. Trzeci pod kątem liczebności powód połączony był z potrzebą przeżycia czegoś niezwykłego (około 34,0%). Z powodu nudy po środki odurzające sięgało około 17,0% respondentów. Z badań autora wynika, że kobiety chętniej brały udział w dobrej zabawie zwłaszcza po zażyciu narkotyków, takiej odpowiedzi udzieliło 29,8% kobiet oraz 15,9% mężczyzn. Bardzo nieliczna grupa wymieniła argumenty, takie jak: mniejsze łaknienie, dodanie sobie odwagi, nieodstawanie od grupy oraz zwrócenie na siebie uwagi [1].

Zdaniem Pietrzak- Michałowskiej i wsp., najczęstszą przyczyną sięgania po środki psychoaktywne był stres- 48,4% w dalszej kolejności spotkania towarzyskie z udziałem alkoholu- 24,7%, niepowodzenia w nauce – 19,4% oraz dla niewielkiej liczby badanych to przyjemność- 7,5% [54].

Badania innych autorów zgonie wykazują, iż głównym powodem spożywania narkotyków była chęć zaspokojenia ciekawości [55].

Według Motyki i wsp. blisko 80,0% studentów jako powód przyjmowania narkotyków podawało ciekawość i chęć spróbowania oraz 13,6% chęć wyluzowania się [42].

Potwierdzają to również wyniki badań przedstawionych przez Anand, w których studenci jako najczęstszą przyczynę sięgania po narkotyki podawali również ciekawość (12,29% kobiet i 12,47% mężczyzn) oraz chęć poprawienia sobie samopoczucia (4,24% kobiet i 5, 18% mężczyzn) [45].

Badania własne wykazały, iż okolicznościami sprzyjającymi paleniu marihuany lub haszyszu przez studentów były głownie imprezy domowe, respondenci zażywali narkotyki również w klubach i dyskotekach. Niewielki odsetek badanych podawało palenie marihuany lub haszyszu w trakcie przebywania na uczelni.

Według Latalskiego i wsp. respondenci zażywali narkotyki przede wszystkim w domu, na dyskotece, w akademiku i na świeżym powietrzu [53].

W przeprowadzonych badaniach własnych pytano również studentów o zachowania ryzykowne mające miejsce pod wpływem środków psychoaktywnych. Wykazano, iż 2,0% studentów przyznało się do prowadzenia samochodu pod wpływem alkoholu. Natomiast pod wpływem działania środków odurzających samochód prowadziło 1,5% respondentów.

Obecność na zajęciach pod wpływem alkoholu wykazano u 3,0% respondentów i 2,0% studentów podawało epizody bywania na zajęciach pod wpływem środków odurzających. Zaś do zdawania kolokwium pod wpływem środków odurzających przyznało się 3,5% badanych studentów.

Według Klimberg i wsp. studenci przyznawali się do wielu zachowań ryzykownych, wśród których wymieniali najczęściej jazdę rowerem pod wpływem alkoholu- 19,4%, jazdę z pijanym kierowcą- 13,4%, jak również prowadzenie samochodu pod wpływem alkoholu (6,9%) [56].

Badania własne wykazały, iż zdobycie marihuany lub haszyszu byłoby dla około ¼ badanych niemożliwe, zaś jedynie niewielki odsetek studentów zdobyłby ten narkotyk z łatwością. Podobnie rozkładają się dane dotyczące trudności w zdobyciu amfetaminy i ecstasy przez studentów.

Według Kułak i wsp. 65,7% respondentów narkotyki kupowało łatwo. Nie wiedziało jak je zdobyć 32,4% osób, a 1,9% uważało, że jest to trudne zadanie [48].

W badaniach przeprowadzonych prze Motykę i wsp. respondenci przyznali, że nie mieli trudności z dostępem do nielegalnych substancji psychoaktywnych [42].

Podobne wyniki uzyskał Latalski, gdzie znaczna część studentów deklarowała łatwy lub bardzo łatwy dostęp zarówno do klejów i rozpuszczalników chemicznych, leków nasennych i uspakajających, jak i innych substancji nielegalnych [53].

Używanie przetworów konopi, w Polsce głownie marihuany doprowadziło do zmian w obszarze zdrowia fizycznego i psychicznego człowieka. Mogą to być zmiany chwilowe, pojawiające się bezpośrednio po użyciu środka odurzającego, jak i trwałe spowodowane regularnym i długotrwałym używaniem marihuany [7].

W badaniach przeprowadzonych przez Mędrela- Kuder prawie wszyscy badani studenci zdawali sobie sprawę, że narkotyki powodują uzależnienie psychiczne i fizyczne. Jednak 13,0% twierdziło, że marihuana nie powoduje uzależnienia. Brak wiedzy z tego zakresu może prowadzić do siegania po marihuanę [57].

W badaniach własnych wykazano, iż znacząca większość respondentów była świadoma tego, że marihuana jest narkotykiem. O właściwościach uzależniających marihuany przekonanych było 66,5% respondentów. Ponad 70,0% studentów wiedziało, że amfetamina i

ecstasy działają uzależniająco na organizm człowieka. Alkohol wśród 62% respondentów był zdecydowanie uważany za substancję uzależniającą, zaś jedynie 1,5% ankietowanych miało inne zdanie.

Według Medrela- Kuder w ostatnich latach po okresie intensywnych przemian można zauważyć kilka niepokojących zjawisk m.in. nadużywanie alkoholu przez ludzi młodych. Niepokojącym zjawiskiem wg autorki jest fakt, że 20,0% badanych studentów twierdzi, iż piwo nie powoduje uzależnienia [57].

Dylematy moralne związane z kupowanie i zażywaniem substancji odurzających są od wielu lat przedmiotem dyskusji społecznej. Usankcjonowanie prawne może spowodować koniec dyskusji nad moralnym aspektem tego zjawiska, gdyż w rozumieniu społeczeństwa to co jest zgodne z prawem jest również moralne i etyczne. Problem nie dotyczy jedynie legalizacji marihuany jako „lekkiego" narkotyku, lecz dążenie do legalizacji zażywania wszystkich narkotyków [1]. W badaniach przeprowadzonych przez PBS( Pracownia Badań Społecznych) w 2004 roku wykazały, że respondenci są zdecydowanie przeciwni legalizacji amfetaminy, heroiny oraz marihuany. W przypadku amfetaminy i heroiny sprzeciw jest kategoryczny (ponad 90,0% respondentów). Z kolei odnośnie marihuany już 29,3% badanych opowiedziało się za legalizacją tego narkotyku [1].

Badania własne wykazały, iż zdaniem 13,0% respondentów używanie marihuany powinno być dozwolone w Polsce. Zdecydowanie przeciwko legalizacji amfetaminy i heroiny jest około 70,0% studentów.

W przeprowadzonych badaniach własnych wykazano iż 40,5% respondentów rozmawiało ze swoimi opiekunami na temat środków odurzających i konsekwencjach ich używania.

Według Kułak i wsp. w okresie zainteresowania środkami uzależniającymi bardzo ważną rolę odgrywają rodzice [48].

Zdaniem Zajączkowskiego i wsp. alkohol i narkotyki nie mogą być traktowane jako temat tabu, gdyż to właśnie rodzice powinni umiejętnie przekazywać podstawowa wiedzę na ten temat [ 8].

W badaniach własny wykazano, iż dla ¼ respondentów palenie papierosów od czasu do czasu wiąże się z małym ryzyko wyrządzenia sobie szkód zdrowotnych. Ponad połowa ankietowanych stwierdziła, iż wypijanie jednego lub dwóch „drinków" prawie codziennie stwarza duże ryzyko negatywnego wpływu substancji odurzającej na organizm człowieka. Natomiast dla większości respondentów regularne używanie środków psychoaktywnych niesie ze sobą duże ryzyko wyrządzenia sobie szkód zdrowotnych.

Według Mędrela- Kuder większość studentów 80,0% deklaruje, że niestosowanie substancji psychoaktywnych jest warunkiem zdrowia [57].

Badania własne wykazały, iż ponad połowa badanych studentów uważała, że uczelnie wyższe powinny angażować się w kampanie dotyczące środków odurzających i profilaktyki ich nadużywania. Zdaniem znacznej większości respondentów na uczelniach wyższych potrzebne są punkty, w których udzielano by informacji i pomocy osobom mającym problem ze środkami odurzającymi lub alkoholem.

Przedstawione wyniki badań wykazały, iż problem zażywania środków odurzających jest obecny wśród młodzieży akademickiej i zasadnym jest wdrażanie na każdym etapie kształcenia profilaktyki zdrowotnej. Głównym celem podjętych działań powinno być przekazanie niezbędnej wiedzy o negatywnych konsekwencjach używania środków psychoaktywnych, co w konsekwencji powinno zmniejszyć ilość osób sięgających po te substancje.

## WNIOSKI

1. W badanej populacji ponad połowa respondentów Wyższej Szkoły Administracji Publicznej im. Stanisława Staszica w Białymstoku przyznała, iż używanie środków odurzających jest dużym problemem wśród studentów.
2. Najczęstszą przyczyną nadużywania substancji psychoaktywnych i alkoholu podawaną przez respondentów Wyższej Szkoły Administracji Publicznej im. Stanisława Staszica w Białymstoku była chęć relaksu, wyluzowania, odprężenia się.
3. Respondenci najczęściej spożywali piwo, a spośród narkotyków marihuanę lub haszysz.
4. Respondenci najczęściej zaopatrywali się w środki odurzające na imprezach i prywatkach.
5. W badanej populacji co czwarta osoba nie miałaby trudności ze zdobyciem marihuany lub haszyszu, natomiast zdobycie innych substancji odurzających dla większości studentów byłaby niemożliwa.
6. Respondenci Wyższej Szkoły Administracji Publicznej im. Stanisława Staszica w Białymstoku w większości byli przeciwni legalizacji heroiny i amfetaminy w Polsce, natomiast przeciwko legalnemu używaniu marihuany opowiedziała się jedynie połowa badanej grupy.

## PIŚMIENNICTWO

1. Knapik W.: Uzależnienia jako problem cywilizacyjny XXI wieku, Kraków, Uniwersytet Rolniczy im. Hugona Kołłątaja w Krakowie; 2010.

2. Wiese M., Kruszewska S., Fabicka B.: Obraz kliniczny i leczenie zatruć wybranymi narkotykami; Nowa Klinika 2000; 7(11/120): 1159-1163.
3. Woronowicz B.T.: Geneza, terapia, powrót do zdrowia; Warszawa, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, 2009.
4. Woronowicz B. T.: Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu; Warszawa, Wydawnictwo Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2001.
5. Pospiszyk I.: Patologie społeczne; Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2008.
6. Marcinkowski J. T., Jabłoński P.: Zarys historii terapii uzależnień w Polsce a współczesny system pomocy osobom uzależnionym; Serwis Informacyjny Narkomania, 2008; 44(50): 18-24.
7. Dąbrowska K., Miturska E., Moskalewicz J., Wieczorek Ł.: Konsekwencje używania i nadużywania marihuany w świetle współczesnej wiedzy; Alkoholizm i Narkomania 2012; 25(2): 167-186.
8. Zajączkowski M., Zajączkowski S., Grzybiak M.: Amfetamina – Lek czy narkotyk?; Annales Academiae Medicae Gedanensis, 2001; 41: 109-114.
9. Tesson M., Degenhardt L., Hall W.: Uzależnienia; Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2005.
10. Durda R.: Alkohol a zdrowie; Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 2000.
11. Borzucka- Sitkiewicz K., Sas- Nowosielski K.: Stosowanie substancji psychoaktywnych przez młodzież szkół śląskich- zasięg, skutki i przeciwdziałanie; Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls", 2007.
12. Stepień E.: Psychospołeczne korelaty używania narkotyków wśród młodzieży; Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2004.
13. Kuntz H.: Narkotyki i uzależnienia. Wszystko o czym należy wiedzieć; Warszawa, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, 2009.
14. Fornal R., Cistak P., Ciota M., Dworzański T., Błaszczyk R.: Nadużywanie alkoholu- problem medyczny, psychologiczny i społeczny; Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin- Polonia, 2004; 59(Suppl. 14,111): 89-93.
15. Włoch K.: Rola lekarza w rozpoznawaniu przyczyn i okoliczności nadużywania alkoholu przez pacjentów poradni ogólnych Wiejskich Ośrodków Zdrowia; Wiadomości Lekarskie 2005; 57: 9-10.

16. Zimakowska M.: O studentach i alkoholu, Terapia uzależnienia i współuzależnienia, 2003; 2: 1-4.
17. Cierpiałowska L.: Alkoholizm. Przyczyny. Leczenie- Profilaktyka; Poznań, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, 2000.
18. Ślósarska M.: Od genów do geografii: wyznaczanie kierunków rozwoju badań nad alkoholizmem; Alkohol i Nauka, 2001; 12: 1-6.
19. Woźny E.: Alkohol. Zagrożenia spowodowane nadużywaniem alkoholu; Żywienie człowieka i metabolizm, 2010; 37(2): 115-127.
20. Lewicka M.: Picie alkoholu przez młodzież: czynniki ryzyka i konsekwencje; Alkohol i Nauka, 1999; 3: 1-8.
21. Kościan A.: Przyczyny i przejawy uzależnienia od alkoholu: Kwartalnik Naukowy Towarzystwa Uniwersyteckiego Fides Et Ratio; 2011; (8)4: 5-13.
22. Nowosielska A.: Genetyka uzależnienia od alkoholu; Alkohol i Nauka, 2004; 60; http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/914-genetyka-uzaleznienia-od-alkoholu.html (data dostępu 15.04.2020).
23. Prajsner B.: Alkohol a młodzi Europejczycy na progu XXI wieku; Alkohol i nauka, 2001; 14, http://ipz.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/247-alkohol-a-mlodzi-europejczycy-u-progu-xxi-wieku.html (data dostępu 15.04.2020).
24. Ślósarska M.: Kryteria rozpoznawania nadużywania alkoholu i uzależnienie od alkoholu; Alkohol i Nauka 2000, 7, http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/281-kryteria-rozpoznawania-naduzywania-alkoholu-i-uzaleznienia-od-alkoholu.html (data dostępu 15.04.2020).
25. Waszkiewicz N., Szulc A.: Diagnoza nadużywania alkoholu; Przegląd Lekarski, 2009; 66: 529-533.
26. Nowosielska A.: Alkohol a wątroba; Alkohol i Nauka 2005; 64, http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/958-alkohol-a-watroba.html, (data dostępu 15.04.2020).
27. Piątosa B.: Alkohol i wątroba: aktualności w dziedzinie badań; Alkohol i Nauka 2000; 6, http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/280-alkohol-i-watroba-aktualnosci-w-dziedzinie-badan.html, (data dostępu 15.04.2020).
28. Kotlicka J.: Alkohol a nowotwory; Alkohol i Nauka 2000; 5, http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/278-alkohol-a-nowotwory.html (data dostępu 15.04.2020).

29. Nowosielska A.: Szkodliwy wpływ alkoholu na mózg; Alkohol i Nauka 2004; 63, http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/915-szkodliwy-wplyw-alkoholu-na-mozg.html, (data dostępu 15.04.2020).
30. Tobaczyńska A.: Alkohol i Aids; Alkohol i nauka 2000; 8, http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/270-alkohol-i-aids.html, (data dostępu 15.04.2020).
31. Stawicka E.: Nadużywanie substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież; Postępy Nauk Medycznych, 2006:19(6), 333-340.
32. Fronczyk K., Sacewicz M.: Alkohol, przemoc i agresja; Alkohol i Nauka 1999; 1, http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/251-alkohol-przemoc-i-agresja.html, (data dostępu 15.04.2020).
33. Ślósarska M.: Alkohol a bezpieczeństwo transportu; Alkohol i Nauka 2001; 13, http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/269-alkohol-a-bezpieczenstwo-transportu.html, (data dostępu 15.04.2020).
34. Udziałło J.: Zaburzenia psychiczne u młodzieży przyjmujących środki psychoaktywne; Biuletyn Informacyjny Problemy Narkomanii, 2005; 3: 11-17.
35. Juczyński Z.: Narkomania; Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2008.
36. Borowiak K., Machoy-Mokrzyńska A.:P roblemy narkomanii w praktyce lekarza rodzinnego; Lekarz Rodzinny, 2004; 9(2): 588-594.
37. Kozubski W.: Narkotyczne środki uzależniające i ich wpływ na układ nerwowy; Przewodnik Lekarza, 2002; 5(7), 8-12.
38. Bętkowska- Korpała B., Gierowski J.K., Rymiak J., Kasprzak J., Nolbrzak- Drozd J., Stanowicz A.: Profile osobowości w modelu Wielkiej Piątki u osób uzależnionych od alkoholu rozpoczynających leczenie; Alkohol i Narkomania, 2012; 25(2): 151-165.
39. Szczepkowski J., Grodzi L., Augustyńska B.: Uzależnienie od alkoholu- diagnoza i terapia (wybrane zagadnienia), Bydgoszcz, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera; 2007.
40. Samochowiec J., Kucharska- Mazur J., Samochowiec A.: Uzależnienie od alkoholu: od neurobiologa do nowoczesnej terapii; Alkoholizm i Narkomania, 2011; 24(2): 117-123.
41. Stępień E.: Psychospołeczne korelaty używania narkotyków wśród młodzieży. Raport dotyczący przygotowania koncepcyjno- metodologicznego badań podłużnych; Warszawa 2005.
42. Motyka A., Leszkiewicz M., Majchrzak A., Majewski M., Adamek R.: Konsumpcja substancji psychoaktywnych- świadomość zdrowotnych konsekwencji wśród studentów poznańskich uczelni; Przegląd Lekarski, 2007; 64(10): 808-810.

43. Wnorowska A., Topolewska- Wochowska A., Bugaj M., Wojnar M.: Aspekty terapii przeciwtytoniowej u osób uzależnionych od alkoholu; Alkoholizm i Narkomania, 2011; 24(4); 315-331.
44. Krzyżanowska A., Głogowski C.: Przewodnik Lekarza, 2004: 3, 98-103.
45. Anand S.J.: Porównanie stosowania wybranych substancji psychoaktywnych przez studentów pierwszego roku sześciu wyższych uczelni Trójmiasta w latach 2000-2006; Annales Academiae Medicae Genanensis 2010; Suppl. 8: 62-223.
46. Łaszek M., Nowacka E., Szatko F.: Negatywne wzorce zachowań studentów. Część I. Konsumpcja alkoholu i stosowanie substancji psychoaktywnych; Problemy Higieny i Epidemiologii, 2011; 92(1): 114-119.
47. Bobrowski K.: Fazy używania nielegalnych substancji psychoaktywnych a picie alkoholu wśród młodzieży i młodych dorosłych; Alkoholizm i Narkomania, 2008, 21(4): 341- 362.
48. Kułak A., Shpakov A., Kułak P.: Wstępna analiza problemu nikotynizmu, alkoholizmu i narkomanii w populacji studentów; Problemy Higieny i Epidemiologii 2011; 92(1): 137-145.
49. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii: Sprawozdanie roczne 2011 i Stan Problemu Narkotykowego w Europie; Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej 2011.
50. Szukalski B.: Narkotyki- Kompedium wiedzy o środkach uzależniających; Wrszawa, Wydawnictwo Psychiatrii i Neurologii, 2005; 15-51.
51. Marcinkowski J. T.: Epidemiologia uzależnień w Polsce- ze szczególnym uwzględnieniem zawodów medycznych; Hygeia Public Health, 2011; 46(3): 334-338.
52. Malczewski A.: Epidemiologia zjawiska narkotyków i narkomanii w Polsce; Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii: Konferencja PAP, 10.11. 2010 .
53. Latalski M., Żołnierczuk- Kieliszek D., Pacian A., Skórzyńska H., Kućmin T., Dyduch A.: Używanie narkotyków przez studentów Akademii Medycznej; Zdrowie Publiczne, 2006; 116(3): 413- 417.
54. Pietrzak- Michałowska E., Wdowiak L., Dreher P.: Zachowania zdrowotne studentów Akademii Medycznej. II Analiza spożycia alkoholu, palenia papierosów, zażywania narkotyków, picia kawy; Zdrowie Publiczne 2014; 114(4): 532-536.
55. Adamek R., Ztsnarska M., Gromadecka- Sutkiewicz M., Kraśniewska B., Jagielska J.: Rozpowszechnienie palenia tytoniu i używania innych substancji psychoaktywnych wśród

studentów Wyższej Szkoły Gospodarki Krajowej w Kutnie; Przegląd Lekarski, 2010; 67(10): 976-978.

56. Klimberg A., Marcinkowski Jerzy T., Przybylski J.: Konsumpcja alkoholu i innych środków psychoaktywnych wśród studentów poszczególnych kierunków uniwersyteckich studiów medycznych. Część IV. Sceneria wokół konsumpcji alkoholu; Problemy Higieny i Epidemiologii, 2009; 90(2): 218-221.
57. Mędrela- Kuder E.: Ocena poziomu wiedzy wśród młodzieży akademickiej na temat substancji psychoaktywnych; Rocznik PZH 2007, 58, Nr 2, 453-458.

# Dopalacze w opinii studentów Państwowej Szkoły Wyższej im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

**Anna Ślifirczyk, Iwona Siwek, Marcin Ślifirczyk, Rafał Komar**

Państwowa Szkoła Wyższa im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu

## WSTĘP

Nowe substancje psychoaktywne (dopalacze) to niejednorodna grupa substancji pochodzenia naturalnego, półsyntetycznego i syntetycznego, które z uwagi na unikalny skład chemiczny nie podlegają kontroli polityki antynarkotykowej [1,2].

Według deklaracji producentów dopalacze miały na celu w bezpieczny sposób zapewnić poprawę sprawności fizycznej i intelektualnej, pamięci, koncentracji uwagi i skrócenie czasu reakcji, bez wywoływania efektów takich, jak napięcie i zdenerwowanie [3]. Zapewnienia te jednak, z uwagi na skład dopalaczy, nie miały pokrycia w rzeczywistości. Jako, że dopalacze zawierają analogi znanych dotychczas narkotyków, wywołują one podobne efekty uboczne oraz mogą być przyczyną zatruć i śmierci [4].

Nowe substancje psychoaktywne są dostępne w różnych formach od tabletek, proszku i suszu po całe rośliny i ich nasiona, sole do kąpieli, suplementy diety i nawozy do roślin [5].

Dopalacze, pojawiły się w Polsce w roku 2008, a w Europie w roku 2000. Pierwszy sklep z dopalaczami w Europie powstał w Irlandii, a jego asortyment stanowiły ziołowe mieszanki do palenia oraz akcesoria służące zażywaniu kanabinoidów [6].

Dopalacze reklamowane i sprzedawane były jako bezpieczny i legalny zamiennik narkotyków, a sam handel nimi opierał się na tym, iż oficjalnie miały to być wyroby kolekcjonerskie, nieprzeznaczone do spożycia [7]. Pojawienie się na rynku dopalaczy wymusiło zmiany w prawie, tak by maksymalnie ograniczyć dostępność tych środków, poprzez wprowadzenie zakazu ich reklamowania, produkcji i sprzedaży. Delegalizacja kolejnych substancji psychoaktywnych nie wyeliminowała jednak obrotu tego typu środkami [8].

Szacuje się bowiem, że co tydzień pojawia się przynajmniej jedna nowa substancja psychoaktywna [9]. Właśnie to sprawia, że dopalacze stanowią tak duże zagrożenie. Ciągle

zmieniający się skład sprawia, że ciężko jest przewidzieć efekty zażycia dopalaczy i wdrożyć odpowiednie leczenie w przypadku zatrucia [10,11].

Zatrucia dopalaczami stanowią jedne z najczęstszych zatruć w Polsce, obok zatruć lekami, alkoholem i „tradycyjnymi" narkotykami. W działaniu dopalaczy kluczowy jest ich wpływ na OUN (Ośrodkowy układ Nerwowy), który jest bardzo zbliżony do działania znanych dotąd narkotyków, jednak z uwagi na bardziej skomplikowany skład dopalacze cechują się często nieprzewidywalnymi efektami ubocznymi [12,13,14].

Szkodliwość dopalaczy nie jest jednak wynikiem samego ich działania, ale stanowi składową trzech czynników [15]:

- działania substancji,
- dawki
- interakcji z innymi substancjami.

Przez postrzeganie dopalaczy jako bezpiecznej formy stymulacji OUN, osoby zażywające te środki są bardziej skłonne do zażywania większych dawek oraz łączenia kilku środków jednocześnie. Z uwagi na fakt, iż skład dopalaczy jest stosunkowo szeroki i ulega ciągłym zmianom, objawy zatrucia mogą być bardzo różnorodne, od nieżytów żołądkowo-jelitowych, przez bóle i zawroty głowy, aż do poważnych zaburzeń świadomości [15].

Dopalacze o działaniu podobnym do amfetaminy mogą być przyczyną agresji, wzrostu ciśnienia tętniczego, bólu dławicowego, a nawet zaburzeń rytmu serca pochodzenia komorowego. Kanabinoidy i ich analogi mogą być przyczyną hipotonii, zaburzeń świadomości i niewydolności oddechowej [6,16].

## CEL

Celem badań było poznanie wiedzy i opinii studentów PSW w Białej Podlaskiej na temat zażywania dopalaczy oraz analiza ich zażywania w badanej grupie.

## MATERIAŁ I METODY

Badanie zostało przeprowadzone w grupie 200 studentów Państwowej Szkoły Wyższej im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej w kwietniu 2020 roku. Metodą przyjętą w badaniu był sondaż diagnostyczny, techniką – ankieta. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, składający się z 20 pytań zamkniętych jedno- i wielokrotnego wyboru. Kwestionariusz składał się z dwóch części: metryczki dotyczącej danych

demograficzno-socjalnych badanych i części właściwej dotyczącej wiedzy i opinii badanych na temat dopalaczy. Ankieta została przeprowadzona za pośrednictwem Internetu.

## WYNIKI

W badaniu wzięło udział 200 studentów PSW w Białej Podlaskiej, wśród których 64% stanowiły kobiety, a 36% mężczyźni.

Największa część badanych była w wieku 20-23 lata (44%), badani poniżej 20. roku życia stanowili 23% grupy, badani w wieku 24-26lat 17% grupy, a badani powyżej 26. roku życia 16% grupy.

Większość badanych stanowili mieszkańcy średniej wielkości miast (41%), mieszkańcy dużych miast stanowili 7% grupy, mieszkańcy małych miast 37% grupy, a mieszkańcy wsi 15% grupy.

Największą część badanych stanowili studenci Wydziału Nauk Społecznych i Humanistycznych oraz Wydziału Nauk o Zdrowiu – po 30%, studenci Wydziału Nauk Ekonomicznych stanowili 17% badanej grupy, a studenci Wydziału Nauk Technicznych – 23%.

Wszyscy badani (100%) wiedzieli, czym są dopalacze. Wśród badanych 5% (n=10) przyznało się do zażywania dopalaczy kiedykolwiek w życiu (w tym 2,34%, n=3 badanych kobiet i 9,72%, n=7 badanych mężczyzn), a wciągu ostatnich 6 miesięcy dopalaczy używało 1,5% badanych (n=3).

Niemal wszyscy badani (80%, n=8), którzy przyznali się do zażycia kiedykolwiek dopalaczy deklarowali, że było to jedynie jednorazowe działanie. Wśród osób, które przyznały, że zażywały dopalacze większość (60%, n=6) deklarowała, że zostali oni poczęstowani przez znajomych, jedynie 4 osoby (40%) nabyło substancje samodzielnie przez Internet.

Jako motywację swojego działania badani podawali ciekawość (80%, n=8), chęć nieodstawania od grupy (30%, n=3), presję otoczenia (20%, n=2) i chęć zabawienia się (70%, n=7). Osoby, które do tej pory nigdy nie zażywały dopalaczy (n=190) zostały zapytane ,czy chciałyby to zrobić.

Większość badanych (83%, n=158) deklarowała, że nie zamierza próbować, 13% (n=25) chciałoby spróbować, ale tylko przy okazji, gdy zostaną poczęstowani, natomiast 3,5% (n=7) badanych przyznało, że chciałoby spróbować i jest gotowych samodzielnie zakupić dopalacze.

Badani zostali również zapytani o to, czy uważają dopalacze za bezpieczne. Większość badanych (67,5%) uznała dopalacze za potencjalne zagrożenie dla zdrowia, 24% badanych uważało dopalacze za niebezpieczne tylko przy niewłaściwym ich stosowaniu, 1,5% badanych sądziło, że są one całkowicie bezpieczne, a 7% nie miało zdania na ten temat.

Większość badanych (76%) uznało zażywanie dopalaczy za negatywne zjawisko społeczne, przeciwnie uważało 21,5% badanych, a 2,5% nie miało zdania na ten temat. Na pytanie czy dopalacze powinny być zakazane 74,5% badanych odpowiedziało twierdząco, przeciwko zakazowi dopalaczy opowiedziało się 13%, a 12,5% nie miało zdania na ten temat.

Badanym zadano także pytanie odnoszące się do leczenia osób, u których wystąpiło zatrucie dopalaczami. Aż 12% badanych uznało, że osoby, które uległy zatruciu dopalaczami, powinny pokrywać koszty hospitalizacji z własnej kieszeni, 73% badanych uważało, że leczenie to powinno pozostać finansowane w ramach ubezpieczenia, a 15% nie miało zdania na ten temat.

## DYSKUSJA

Młodzi ludzie w większości posiadają dostateczną wiedzę na temat substancji zastępczych, ponieważ od 60% do 82% badanych przez Kranza i Marcinkowskiego wiedziało czym są dopalacze [17]. W badaniu własnym było to 100% badanych. Różnica ta wynika prawdopodobnie z odstępu czasowego pomiędzy badaniami Kranza i Marcinkowskiego oraz badania własnego.

W badaniu własnym 5% respondentów przyznało się do zażycia dopalaczy kiedykolwiek w życiu. Biorąc pod uwagę płeć, dopalacze stosowało 2,34% badanych kobiet i 9,72% badanych mężczyzn. Raport przedstawiony przez CBOS oraz KBPN z 2018 roku wskazuje, że wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych odsetek badanych, którzy eksperymentowali z dopalaczami wyniósł 2,6%. Według deklaracji z roku 2008, po nowe substancje psychoaktywne sięgnęło badanych 3,5% uczniów, w 2010 roku odsetek takich deklaracji wzrósł do 11%. Wyniki z 2013 roku wskazywały na spadek używania dopalaczy – do ich zażywania przyznało się 5% badanych uczniów [18]. W badaniu Kruka i wsp. 87,8% respondentów nigdy nie przyjmowało dopalaczy, 1,5% badanych zamierzało to zrobić, a do ich zażywania przyznało się aż 10,7% [19].

Lubecka wsp. przedstawili dane dotyczące liczby podejrzeń zatrucia dopalaczami z podziałem na województwa. Średnia krajowa w 2015 roku wynosiła 18,92 przypadków na 100 tysięcy mieszkańców. Najwięcej zatruć odnotowano (58%) wśród osób w wieku 15-24

lata, a 85% tej grupy to mężczyźni [8]. Również w badaniu własnym wykazano, że w podziale na płeć po dopalacze sięga zdecydowanie wyższy odsetek mężczyzn niż kobiet.

W badaniu Mazurkiewicz i wsp. badani przyznali, że najczęstszymi powodami sięgania po dopalacze są ciekawość i chęć zabawienia się [20]. Odpowiedzi te były najczęściej wskazywane również w badaniach własnych.

## WNIOSKI

1. Większość badanych uważa dopalacze za niebezpieczne i nie zamierza ich zażywać.
2. Wśród badanych, którzy przyznali się do zażywania dopalaczy, większość deklaruje, że było to zdarzenie jednorazowe.
3. Badani postrzegają zażywanie dopalaczy jako negatywne zjawisko społeczne.

## BIBLIOGRAFIA

1. Stańczak A.: Dopalacze – problem zdrowia jednostki i zdrowia publicznego. Przesłanki działań profilaktycznych. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2015; 96: 1.
2. Anderson P.: Streszczenie debaty naukowej - Zwrot w uzależnieniach Udział Nauk biologicznych i społecznych w przeformułowaniu polityki wobec substancji psychoaktywnych. Alcoholism and Drug Addiction 2016; 29, 171-181.
3. Błachut D., Szukalski B.: Dopalacze - właściwości chemiczne, skala zagrożeń i przeciwdziałanie rozpowszechnianiu. Przegląd Bezpieczeństwa Wewnętrznego 2012; 6(4): 111-135.
4. Kranz K., Marcinkowski J.T.: Zagrożenie dopalaczami i możliwość działań prewencyjnych w tym obszarze. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2010; 91: 3.
5. Suska E.: Zagrożenia powodowane przez tzw. Dopalacze. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2015; 96: 3.
6. Kapka-Skrzypczak L., Cyranka M., Kulpa P., Skrzypczak M., Wojtyła A.: Dopalacze-stan aktualny i wytyczne na przyszłość. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2011; 17: 4.
7. Garus-Pakowska A., Moczulski R., Drozdowska M.: Stosowanie dopalaczy przez studentów wybranych łódzkich uczelni. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2012; 9: 3.
8. Lubecka B., Lubecki M., Pudło R.: ”Dopalacze” – co wiemy o nowych substancjach psychoaktywnych? Psychiatria 2018; 15: 2.

9. Wiszejko-Wierzbicka D., Kidawa M., Jabłońska M.: Motywy zażywania i typologia użytkowników nowych substancji psychoaktywnych na podstawie badania sondażowego i analizy forów internetowych w ramach projektu I- TREND. Alcoholism and Drug Addiction 2016; 29(2): 61-74.
10. Krajewski K.: Ocena ryzyka związanego z nowymi substancjami psychotropowymi w świetle procedur unijnych oraz ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Alcoholism and Drug Addiction 2016; 29(2): 49-59.
11. Bauer K., Ładny J.R., Czaban S.L., Wojewódzka-Żelezniakowicz M., Sosada K., Dwivedi A., Poniatowski B.: Dopalacze jako problem medycyny ratunkowej. Postępy Nauk Medycznych 2010; 9: 745-750.
12. Osmałek K., Liniarski M., Kopański Z.: Dopalacze – mechanizm działania, objawy, postępowanie ratownicze. Journal of Clinical Healthcare, 2018; 1: 29-33.
13. Gołębiowska K.: Dopalacze – jak to działa? Wszechświat, 2013; 114: 3.
14. Wrześniewska-Wal I.: Dopalacze w prawie i laboratorium. Journal of Laboratory Diagnostics, 2012; 48: 3.
15. Szczyrba-Maroń B., Bąk-Sosnowska M.: Dopalacze – charakterystyka zjawiska. Forum zaburzeń metabolicznych, 2013; 4: 3.
16. Kalicki B i in.: Dopalacze – problem przeszłości czy zagrożenie dnia dzisiejszego? Pediatria Medycyna Rodzinna, 2011; 7: 2.
17. Kranz K., Marcinkowski J. T., Badania nad konsumpcją dopalaczy przez młodzież – pod kątem optymalizacji działań profilaktycznych. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2012; 93: 3.
18. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Raport o stanie narkomanii w Polsce 2019, Warszawa 2019.
19. Kruk W., Cichocka I., Zając K.: Problem stosowania substancji uzależniających (dopalacze, narkotyki, napoje energetyzujące) wśród studentów wybranych uczelni rzeszowskich. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2014; 95: 4.
20. Mazurkiewicz M., Głogowski M., Mrowińska D., Pakulski M., Matyjaszczyk M., Kardas P.: Ocena rozpowszechnienia, powodów i form użycia "dopalaczy" przez uczestników ankiety internetowej. Psychiatria Polska, 2013; 47: 6.

# Charakterystyka osób biorących udział w terapii substytucyjnej

**Artur Kotwas, Paulina Zabielska, Beata Karakiewcz**

Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego Katedry Medycyny Społecznej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

## WSTĘP

Użytkownicy nielegalnych narkotyków to według obecnych szacunków 230 milionów osób na całym świecie [1-4], z czego 16 mln osób klasyfikuje się jako opioidowców [1,5].

Rozpowszechnienie używania tych substancji w ogólnej populacji waha się od 0,2% w Europie Południowo-Wschodniej oraz Afryce do nawet 1,6% w Europie wschodniej [1,2].

Istnieje wiele powikłań, które wynikają z używania substancji psychoaktywnych, m.in. przedawkowania, zakażenia krwiopochodne, takie jak ludzki wirus niedoboru odporności, wirusowe zapalenie wątroby typu C [1, 6-11].

Obserwuje się również wśród osób uzależnionych wzrost przestępczości, spadek kompetencji społecznych i zawodowych oraz niższą jakość życia indukowaną zdrowiem [1, 6-11].

Zgodnie z Art. 26.1. Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005r. „*leczenie osoby uzależnionej prowadzi zakład opieki zdrowotnej lub lekarz wykonujący praktykę lekarską, w tym w ramach grupowej praktyki lekarskiej*” [8].

W Polsce usługi leczenia uzależnień są wykonywane przez sieć placówek szpitalnych i poradni ambulatoryjnych, obejmujących oddziały detoksykacyjne, oddziały opieki dziennej, średnio- i długoterminowe kliniki rehabilitacyjne, ośrodki leczenia substytucyjnego w lecznictwie otwartym i jednostkach penitencjarnych oraz programy postrehabilitacyjne [12].

Udział w leczeniu farmakologicznym, rehabilitacji oraz programach reintegracji społecznej jest dobrowolny, wyjątek stanowią osoby poniżej 18. roku życia oraz ubezwłasnowolnione, które mogą zostać zobligowane do udziału w leczeniu przez sąd [13].

W Polsce, według ostatnich danych Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii opublikowanych w VIII edycji informatora „Narkomania – gdzie szukać pomocy?“ działa 76 ośrodków stacjonarnych oraz 212 placówek ambulatoryjnych [14].

Ponadto świadczeń dla osób uzależnionych od narkotyków udzielają: oddziały detoksykacyjne, dzienne ośrodki leczenia uzależnień, oddziały leczenia uzależnień w strukturach szpitala, programy redukcji szkód, oddziały terapeutyczne dla osób uzależnionych w zakładach karnych oraz programy reintegracji społecznej. Wybrane ośrodki świadczą także usługi dla pacjentów z podwójną diagnozą [14].

Terapie wspomagane preparatami medycznymi (*ang. medication-assisted treatment 'MAT'*) realizowane są zazwyczaj przy wykorzystaniu opioidowego leczenia substytucyjnego (*ang. opiat substitution treatment 'OST'*) [1,13,15].

Do najbardziej rozpowszechnionych zaliczyć można program terapii substytucyjnej przy wykorzystaniu metadonu (*Methadone Hydrochloride*® $C_{21}H_{27}NO$). W praktycznym zastosowaniu funkcjonuje także buprenorfina [1,13,15].

Kluczowym elementem udziału uzależnionego w terapii metadonowej (*ang. Methadone maintenance treatment 'MMT'*) jest zapobieganie przedawkowaniu oraz ograniczanie i redukcja nielegalnego zażywania środków psychoaktywnych [1,13,15].

Zgodnie rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 01 marca 2013 r. programy leczenia substytucyjnego obejmują: dozowanie leku zastępczego indywidualnie dla każdego pacjenta, kontrolowanie abstynencji oraz somatycznego i psychicznego stanu zdrowia, organizowanie indywidualnych lub grupowych psychoterapii, udzielanie konsultacji specjalistycznych przez pracownika socjalnego, a także funkcjonowanie poradnictwa rodzinnego [16].

Światowa Organizacja Zdrowia wprowadziła szczegółowe wytyczne dla dziennej dawki. Obejmować ona powinna minimum 60 mg metadonu lub 2 mg buprenorfiny dziennie [17,18].

W 2018 roku leczeniem substytucyjnym objęto 2 797 pacjentów. W 2019 roku działało w Polsce 25 programów prowadzonych przez zakłady opieki zdrowotnej, jak również programy prowadzone w więzieniach. Leczenie substytucyjne obejmuje około 18% problemowych użytkowników opioidów [14].

## CEL PRACY

Celem pracy było scharakteryzowanie osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, poznanie uwarunkowań rozwoju ich uzależnienia, jego konsekwencji oraz zmian w nim zachodzących w wyniku udziału w aktualnie realizowanym programie substytucyjnym.

## MATERIAŁ I METODY

Badanie zostało zrealizowane wśród osób uzależnionych, uczestniczących w ambulatoryjnych programach terapii substytucyjnej z wykorzystaniem metadonu. Dobór próby miał charakter wielostopniowy.

W celu określenia wielkości grupy poddanej badaniu wykorzystano aktualne dane dotyczące liczby osób uczestniczących w programach metadonownych w Polsce.

W wyniku przeprowadzonej kalkulacji (opierając się o następujące założenia: poziom ufności – 95%; wielkość frakcji – 0,7; błąd maksymalny 5%), oszacowano wymaganą liczbę respondentów równą 289 osób. Kolejna faza doboru wymagała określenia lokalizacji miejsca uczestniczenia respondentów w programach substytucyjnych.

Posłużono się doborem nieprobabilistycznym - celowym, w wyniku którego subiektywnie postanowiono o przeprowadzeniu badań w trzech ośrodkach w Polsce – szczecińskim, lubelskim i warszawskim; zróżnicowanych pod względem geograficznym (region północno-zachodni, południowo-wschodni i centralny).

Liczebność osób uczestniczących w wybranych Ośrodkach oraz odpowiednio długi czas ich funkcjonowania (co najmniej 10 lat) umożliwił dotarcie do oszacowanej liczby respondentów. Dobór próby w pewnym stopniu także był przypadkowy.

Do badania zostali bowiem włączeni wszyscy pacjenci, którzy spełnili warunek włączenia – czas udziału w aktualnie realizowanej terapii substytucyjnej nie krótszy niż 6 miesięcy oraz świadoma zgoda.

Proces badawczy zbudowany został w oparciu o metodę sondażu diagnostycznego, a wykorzystanym narzędziem były kwestionariusze ankiety. Zastosowano technikę bezpośredniego ankietowania respondentów z zachowaniem zasady anonimowości.

W każdym przypadku pacjent mógł otrzymać wsparcie terapeuty w trakcie pracy z kwestionariuszem.

Budowa sondażu, w tym sformułowanie zagadnień, szczegółowość pytań oraz edycja tekstu była konsultowana z terapeutami uzależnień. Kwestionariusz składał się z pytań, których celem było poznanie charakteru uzależnienia respondenta, okoliczności rozpoczęcia terapii substytucyjnej. Pytania dotyczyły także sfery funkcjonowania społecznego w aspekcie konfliktów z prawem, otrzymywanego wsparcia, źródeł i wysokości dochodów przed rozpoczęciem terapii i aktualnych oraz struktury wydatków. Zamieszczone w kwestionariuszu pytania pozwalały także poddać analizie zmianę stanu posiadania wskazanych aspektów życia z punktu widzenia okresu sprzed uzależnienia, rozwoju uzależnienia oraz chwili prowadzonego

badania. Umożliwiały one również poznanie opinii respondentów na temat skuteczności realizowanej terapii pod kątem wskazanych obszarów ich codziennego funkcjonowania.

Do analizy statystycznej wykorzystano elementy statystyki opisowej oraz wnioskowania statystycznego. Zastosowano techniki opisu tabelarycznego, graficzną prezentację wyników oraz miary rozkładu – klasyczne i pozycyjne. Wybrane zmienne opisane zostały przy użyciu miar tendencji centralnej, rozproszenia oraz wartości percentylowych.

Przeprowadzenie wnioskowania uzależnione było występowaniem rozkładu normalnego analizowanych zmiennych, który weryfikowano testem zgodności Kołmogorowa-Smirnowa, z uzupełnieniem Lillieforsa.

Wykorzystano następujące testy:

- test niezależności Chi2 Pearsona, z poprawką na ciągłość Yates'a dla zmiennych zawierających dwie kategorie (2x2);
- test U Manna-Whitneya – analiza nieparametryczna wykorzystywana dla zmiennych dwuczynnikowych;
- nieparametryczny test Kruskala-Wallisa – zastosowano w celu zbadania występowania ważnych różnic pomiędzy badanymi cechami.

W prezentacji wyników podawano wartość testowania, liczbę stopni swobody (df) oraz poziom istotności *p*. Zastosowano również miary korelacji, informujące o stopniu zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi. Wybór współczynnika uzależniony był od charakteru cech włączonych do analizy. Zmienne interwałowe z potwierdzonym rozkładem normalny oceniane były współczynnikiem korelacji liniowej Pearsona (rp). Zmienne porządkowe i interwałowe niespełniające warunku normalności rozkładu analizowane były przy wykorzystaniu współczynnika korelacji średnich rang Spearmana (rs).

## WYNIKI

Do badania zakwalifikowano 289 osób (100%). Grupę badaną stanowili pacjenci ambulatoryjnych ośrodków leczenia uzależnień, będący uczestnikami programów terapii substytucyjnej w Szczecinie, Warszawie oraz Lublinie. W wyniku weryfikacji materiału zgromadzonego podczas badań, do analizy finalnie włączono 234 (81%) kompletnie wypełnione kwestionariusze (84,80% wydanych narzędzi badawczych) (tabela I).

Rozkład grupy badanej przedstawiał się następująco. Grupę pacjentów Poradni „N" Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Zdroje" w Szczecinie stanowiło 65 (27,78%) osób (24 kobiety i 41 mężczyzn, odpowiednio 10,26%

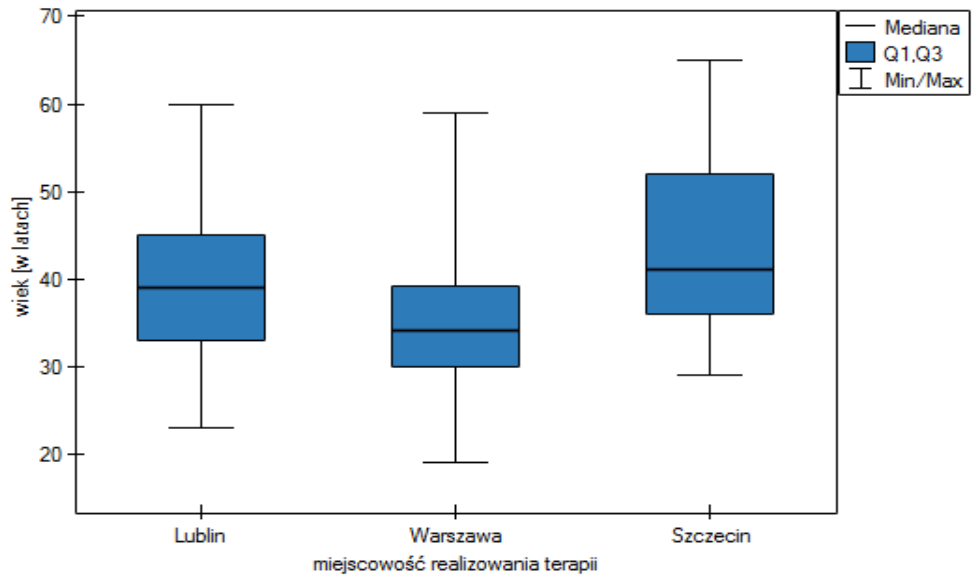
i 17,52% ogółu). Spośród pacjentów leczonych w Poradni Terapii Osób Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych Samodzielnego Wojewódzkiego Zespołu Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie, do analizy zakwalifikowano materiał zebrany od 100 (42,73%) respondentów. W grupie znalazło się 36 (15,38%) kobiet oraz 64 (27,35%) mężczyzn. Trzecią grupę stanowiły osoby uczestniczące w programie realizowanym przez Poradnię Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lublinie. Wśród 69 (29,49%) pacjentów znajdowało się 11 kobiet i 58 mężczyzn (odpowiednio 4,70% i 24,79%).

**Tabela 1. Dane socjodemograficzne badanej grupy**

| **zmienne** | | **n = 234 (100%)** |
|---|---|---|
| **płeć** | kobiety | 71 (30,34) |
| | mężczyźni | 163 (69,66) |
| **wiek** | $\bar{x}$±SD | 38,66±8,85 |
| | Me | 37,00 |
| | D | - [i] |
| | $Q_1 – Q_3$ | 32,00 – 44,00 |
| | min – max | 19 – 65 |
| **wykształcenie** | podstawowe | 55 (23,50) |
| | zawodowe | 53 (22,66) |
| | średnie | 104 (44,44) |
| | wyższe | 22 (9,40) |
| **stan cywilny** | związek małżeński | 192 (82,05) |
| | związek partnerski | 34 (14,53) |
| | wolny | 8 (3,42) |
| **miejscowość realizowania terapii** | Szczecin | 65 (27,78) |
| | Warszawa | 100 (42,74) |
| | Lublin | 69 (29,48) |

[i] Nie wykazano wartości modalnej

W badanej grupie najmłodsza osoba była w wieku 19 lat, zaś najstarsza – 65 lat (mężczyźni). W oparciu o uzyskane informacje ustalono, że średni wiek badanych wynosił ponad 38 lat ($\bar{x}$±SD=38, 66±8,85). Zróżnicowanie wieku pod względem płci badanych było niewielkie. Wyodrębnione podgrupy ze względu na miejsce przeprowadzania badań były istotnie zróżnicowane pod względem wieku (*H=36,339; p<0,001*). Przeciętnie najstarsi byli pacjenci Poradni „N" w Szczecinie, najmłodsi respondenci reprezentowali warszawski ośrodek leczenia uzależnień. Wartości przedstawiono na rycinie 1.



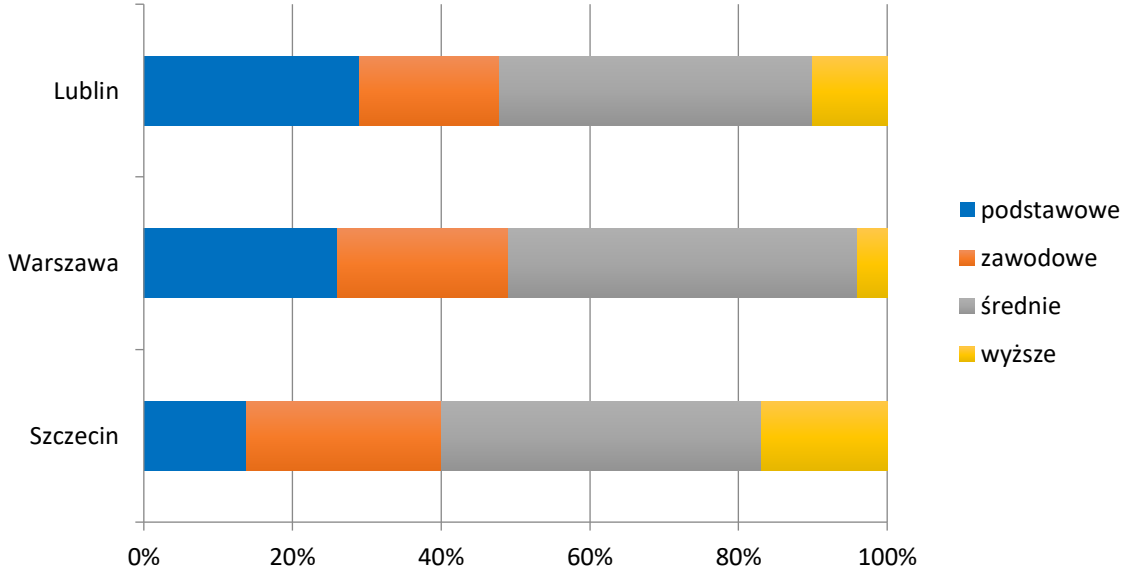

**Rycina 1. Rozkład wieku badanych z uwzględnieniem lokalizacji ośrodka leczenia**

Weryfikacji poddano także stan cywilny respondentów oraz posiadanie potomstwa. Niemal wszyscy badani (226 osób, 96,58% ogółu) wskazali, że posiadali partnera/partnerkę. W tej grupie 192 (84,96%) osoby tworzyły związek małżeński, zaś 34 (15,04%) związek partnerski. Osoby samotne to 8 (3,42%) respondentów. Potomstwo posiadało 104 (44,44%) badanych (41 kobiet i 63 mężczyzn, tj. 17,52% i 26,92%). Zweryfikowany związek między płcią a posiadaniem potomstwa wykazał, że kobiety statystycznie częściej posiadały dzieci niż mężczyźni ($\chi^2=7,300;\ p=0,007$). Respondenci o przeciętnie większej liczbie lat, tj. leczeni w Lublinie i w Szczecinie częściej wskazywali na posiadanie potomstwa, w przeciwieństwie do stosunkowo młodszych pacjentów warszawskiego ośrodka.

Charakterystykę grupy badanej przeprowadzono także w oparciu o wykształcenie, jako zmienną niezależną. Niespełna połowa respondentów (104 osoby, 44,44%) legitymowała się wykształceniem średnim. Mniej liczne grupy, o podobnej proporcji, charakteryzowały osoby z wykształceniem zawodowym (53 badanych, 22,65%) oraz z podstawowym (55 badanych, 23,50%).

Na posiadanie wykształcenia wyższego wskazało 22 (9,41%) respondentów. Na rycinie 2 przedstawiono rozkład wykształcenia badanych, z uwzględnieniem lokalizacji ośrodka leczenia. Ponad połowa pacjentów szczecińskiej poradni (39 osób, 60,00%) legitymowała się wykształceniem co najmniej średnim. Tymczasem warszawscy i lubelscy respondenci w niemal 50% (odpowiednio 49; 49,00% i 34; 49,28% osoby) wskazywali na wykształcenie co najwyżej zawodowe.

Analizie poddano również lokalizację miejsca zamieszkania badanych. Zdecydowana większość to mieszkańcy miast (217 osób; 92,74%). Obszary wiejskie zamieszkiwało 17 (7,27%) respondentów, głównie z Lubelszczyzny.



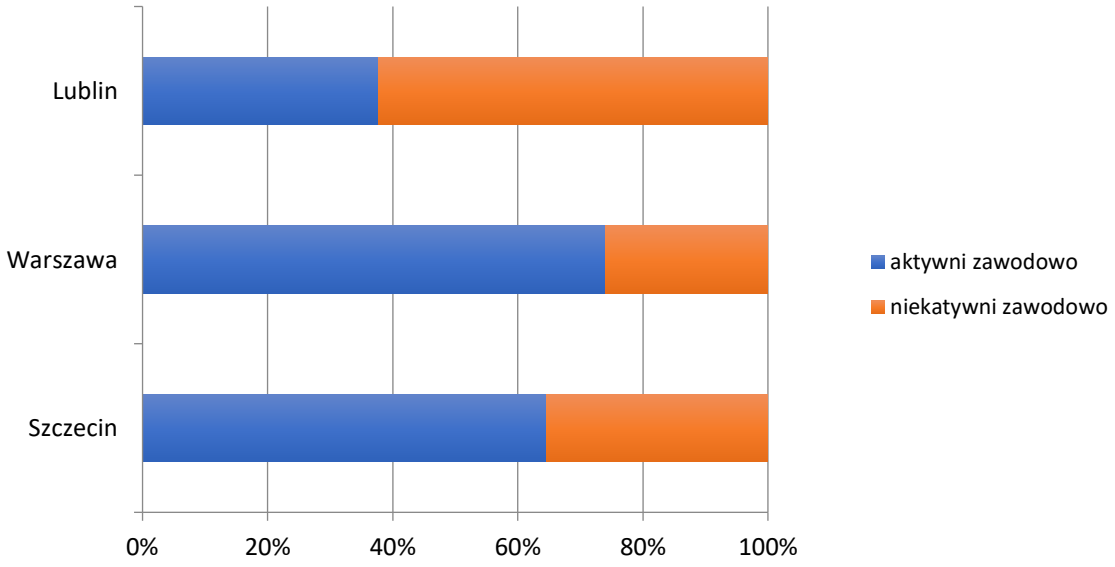

**Rycina 2. Wykształcenie badanych z uwzględnieniem lokalizacji ośrodka leczenia**

Respondentów zapytano o status ich aktywności zawodowej oraz osiąganych z tego tytułu dochodów. Pracą zarobkową, bez względu na jej formę prawną, trudniły się 142 (60,68%) osoby. W tej grupie 24 osoby (16,90% pracujących) wykonywały pracę fizyczną. Wśród nich wyróżnić można było pracowników budowlano-remontowych oraz uczestniczących w procesach produkcyjnych. Podobnie liczna była podgrupa pracowników biurowych (20 osób, 14,08%), do której zaliczono respondentów pracujących w administracji, instytucji finansowych oraz jednostek publicznych. Handlem zajmowało się 16 (11,27%) respondentów. Zajęciem 15 (10,56%) osób było dozorowanie mienia i nadzór gospodarczy. Podobny odsetek badanych wykonywał prace porządkowe. Własną działalność gospodarczą prowadziło 11 (7,75%) osób, a 10 (7,04%) było zatrudnionych w charakterze pracownika wysokowyspecjalizowanego. Respodnenci wykonujący rzadziej występujące zawody pracowali w charakterze kierowcy (7 osób, 4,93%), opiekuna czy kucharza (po 6 osób, 4,23%). Do najmniej licznej zbiorowości zaliczono nauczycieli, rolników i ogrodników oraz osoby pracujące w branży fryzjersko-kosmetycznej. Łącznie 9 badanych (6,34%).

Weryfikacji poddano współzależność miejscowości realizowania terapii substytucyjnej z aktywnością zawodową badanych. Wyniki przeprowadzonej analizy dowiodły, że różnice

pomiędzy miejscowościami wykazywały statystyczną istotność *($\chi^2$=23,156; p<0,001)*. Pacjenci z ośrodków w Warszawie i Szczecinie (42; 64,62% i 74; 74,00%) częściej podejmowali pracę zarobkową niż osoby leczone w Lublinie (26; 37,70%). Zróżnicowanie potwierdzono testem Tukey'a (*p<0,001*) (rycina 3).

Przeprowadzone badania umożliwiły także poznanie struktury osób, które utraciły zdolność do pracy i aktualnie korzystają ze wsparcia finansowego dla osób posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. Spośród 234 badanych, 130 (55,56%) oświadczyło, że aktualnie ma przyznaną rentę z tytułu niezdolności do pracy. W większości było to orzeczenie o II stopniu niepełnosprawności. Większy odsetek pacjentów w Szczecinie i w Lublinie (47; 72,30% i 51; 73,90%) miał przyznaną rentę w przeciwieństwie do warszawskich badanych – 32 (32,00%). Różnice odznaczały się istotnością statyczyczną *($\chi^2$=39,277;p<0,001)*.

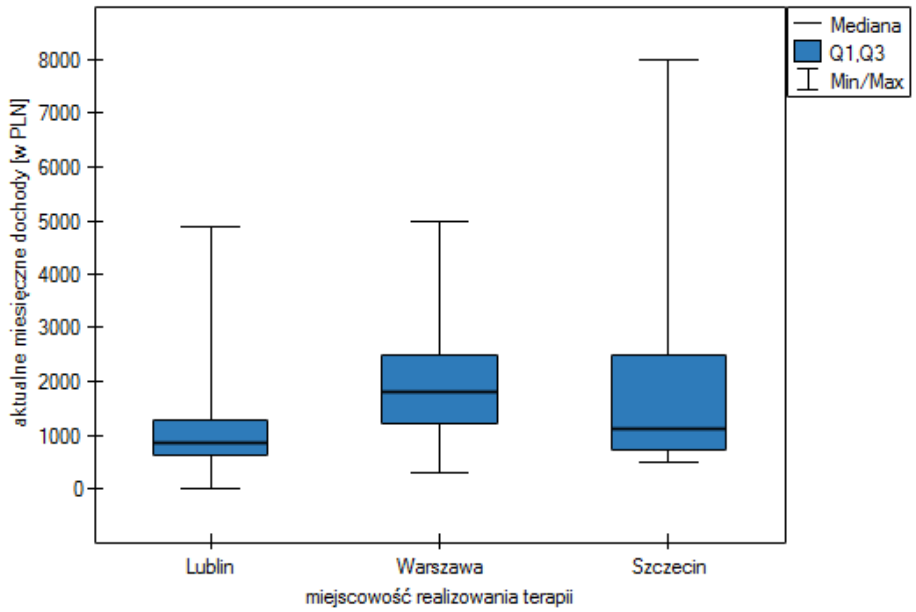



**Rycina 3. Aktywność zawodowa badanych z uwzględnieniem lokalizacji ośrodka leczenia**

Zbadano deklarowane, aktualnie miesięczne dochody badanych. Mimo silnej rozpiętości dochodów uzyskiwanych przez respondentów (0,00 - 8000,00 PLN), to wartość środkowa grupowała się wokół kwoty 1300,00 PLN, niższej niż wartość przeciętna (1657,78 PLN). Uszeregowanie dochodów pozwoliło także określić zróżnicowanie międzykwartylowe ($Q_1$=750,00 PLN; $Q_3$=2325,00 PLN).

Na rycinie 4 przedstawiono strukturę dochodów zróżnicowanych pod względem miejscowości realizowanej terapii. Analizując wartości maksymalne stwierdzono, że

najwyższy dochód uzyskany został przez respondenta ze Szczecina (8000,00 PLN). Wśród szczecińskich pacjentów, dochód środkowy wynosił 1200,00 PLN, najczęstszy zaś 1000,00 PLN. Najwyższą wartość mediany i dominanty dochodu zaobserwowano natomiast wśród pacjentów warszawskiego ośrodka (Me=1800,00 PLN; D=2500,00 PLN). Osoby uczestniczące w lubelskim programie terapeutycznym osiągali najniższe dochody (Me=860,00 PLN, D=1000,00 PLN). Rozbieżności występujące pomiędzy dochodami osób poddanych terapii w analizowanych miejscowościach znalazły potwierdzenie w teście weryfikującym istotność różnic *(H=31,474; p<0,001)*.




**Rycina 4. Struktura deklarowanych miesięcznych dochodów badanych z uwzględnieniem lokalizacji ośrodka leczenia**

Dokładne przedstawienie osób biorących udział w badaniu wymagało uwypuklenia tła związanego z powstaniem i rozwojem uzależnienia oraz przyczyn, które spowodowały podjęcie leczenia. Respondenci, opierając się o pamięć dotyczącą wydarzeń z przeszłości, określali wiek rozpoczęcia regularnego zażywania narkotyku.

Przeciętny wiek rozwoju uzależnienia wynosił niespełna 18 lat. Zdecydowanie niższa była wartość występująca najczęściej w badanej zbiorowości – 16 lat. Tożsamy wynik uzyskano badając wartość środkową rozpoczęcia regularnego zażywania środków psychoaktywnych, przy $Q_1$ i $Q_3$ wynoszących odpowiednio 15 i 19 lat (tabela II). Dokonując rozróżnienia zmiennej względem płci badanych testem Manna-Whitney'a, nie stwierdzono ważnych różnic (*Z= -1,634; p=0,102*).

**Tabela II. Wiek rozpoczęcia regularnego zażywania środków psychoaktywnych**

| Charakterystyka badanej zmiennej (n=234) | | | |
|---|---|---|---|
| | **ogółem** | **kobiety** | **mężczyźni** |
| **min - max** | 12,00 – 56,00 | 13,00 – 56,00 | 12,00 – 49,00 |
| **$\bar{x}$±SD** | 17,70±5,56 | 18,37±6,18 | 17,42±5,27 |
| **D** | 16,00 | 17,00 | 16,00 |
| **Me** | 16,00 | 17,00 | 16,00 |
| **$Q_1$ - $Q_3$** | 15,00 – 19,00 | 16,00 – 19,00 | 15,00 – 18,00 |

Wiek rozpoczęcia zażywania środków psychoaktywnych, wskazywany przez respondentów, podzielony został zgodnie z przyjętą przez autorów klasyfikacją przedziałową. Weryfikacji poddano liczność poszczególnych rozstępów w ośrodkach biorących udział w badaniu (tabela III).

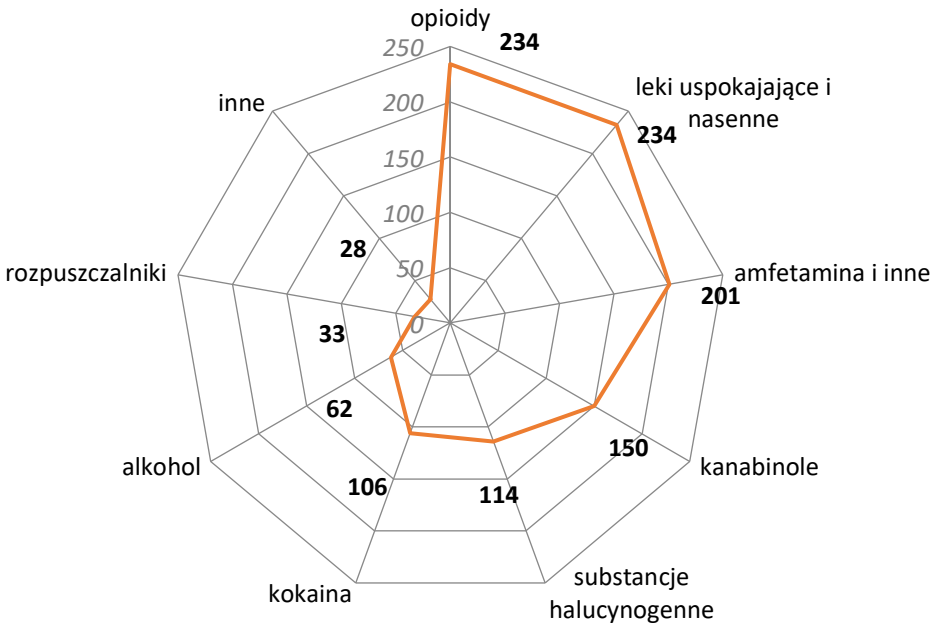
W związku z przeprowadzonym wnioskowaniem, potwierdzono statystycznie istotną zależność pomiędzy wiekiem rozpoczęcia regularnego przyjmowania substancji psychoaktywnych a miejscem realizacji terapii *($\chi^2$=38,117;p<0,001)*. U badanych z Warszawy i Lublina w młodszym wieku rozwinęło się uzależnienie od przyjmowanych substancji, niż w grupie respondentów będących pacjentami ośrodka leczenia w Szczecinie.

**Tabela III. Wiek rozpoczęcia regularnego zażywania środków psychoaktywnych względem miejsca realizacji terapii substytucyjnej**

| **wiek** / **miejsce** | **mniej niż 15 lat** | **15-17 lat** | **18-21 lat** | **22-30 lat** | **więcej niż 30 lat** | **Ogółem** | **Test Chi$^2$** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Szczecin** | 4 | 25 | 25 | 4 | 7 | 65 | $\chi^2$=38,117 df=4 p<0,001 |
| *n (%)* | (6,20) | (38,50) | (38,50) | (6,20) | (10,80) | (100,00) | |
| **Warszawa** | 20 | 57 | 14 | 9 | 0 | 100 | |
| *n (%)* | (20,00) | (57,00) | (14,00) | (9,00) | (0,00) | (100,00) | |
| **Lublin** | 14 | 41 | 10 | 3 | 1 | 69 | |
| *n (%)* | (20,30) | (59,40) | (14,50) | (4,30) | (1,40) | (100,00) | |
| **Ogółem** | 38 | 123 | 49 | 16 | 8 | 234 | |
| *n (%)* | (16,30) | (52,60) | (20,90) | (6,80) | (3,40) | (100,00) | |

*$\chi^2$ –statystyka testu Chi$^2$; p - poziom istotności obliczony dla testu; df – liczba stopni swobody*

W badaniu uwzględniono także pytanie dotyczące kategorii środków psychoaktywnych przyjmowanych przed przystąpieniem do aktualnie realizowanego programu (rycina 5). Odpowiedzi uzyskane od respondentów wskazują na uzależnienie od wielu substancji. Najczęściej wymieniane narkotyki należały do grupy F11 (wg klasyfikacji ICD-10) – opioidy. Wszystkie osoby biorące udział w badaniu zażywały środki z tej grupy. Badani bardzo często wymieniali kompot (174 osoby; 74,36%) oraz czystą heroinę (72; 30,77%). W mniejszym stopniu zaś „brownsugar" i morfinę (15 osób; 6,41%). Jedynie 4 (1,71%) respondentów potwierdziło zażywanie czystego opium. Badani równie często sięgali po stymulanty skategoryzowane jako „leki uspokajające i nasenne" (F13). Benzodiazepiny i barbiturany wskazało odpowiednio 128 (54,79%) i 101 (43,16%) osób. Amfetamina, ujęta w grupie F16 jako inna substancja psychostymulująca, zażywana była przez 185 (79,06%) respondentów. Wśród należących do tej kategorii narkotyków, badani wskazali także na mefedron (10 osób; 4,27%) oraz ecstasy i mefedron. Spośród kanabinoli wyszczególniali stymulanty zawierające THC, tj.: marihuanę i haszysz. Najczęściej wskazywanym narkotykiem z grupy substancji halucynogennych była LSD (106 osób; 45,29%). Podobnie często sięgano po kokainę (104; 44,44%). Alkohol był substancją towarzyszącą uzależnieniu dla 62 (26,49%) respondentów. Jeszcze mniejsza ich liczba (51; 21,79%) sięgała po rozpuszczalniki. Były to zazwyczaj aceton i butapren. Nieliczne były odpowiedzi wskazujące na stosowanie dopalaczy, grzybów psylocybinowych oraz leków przeciwbólowych.

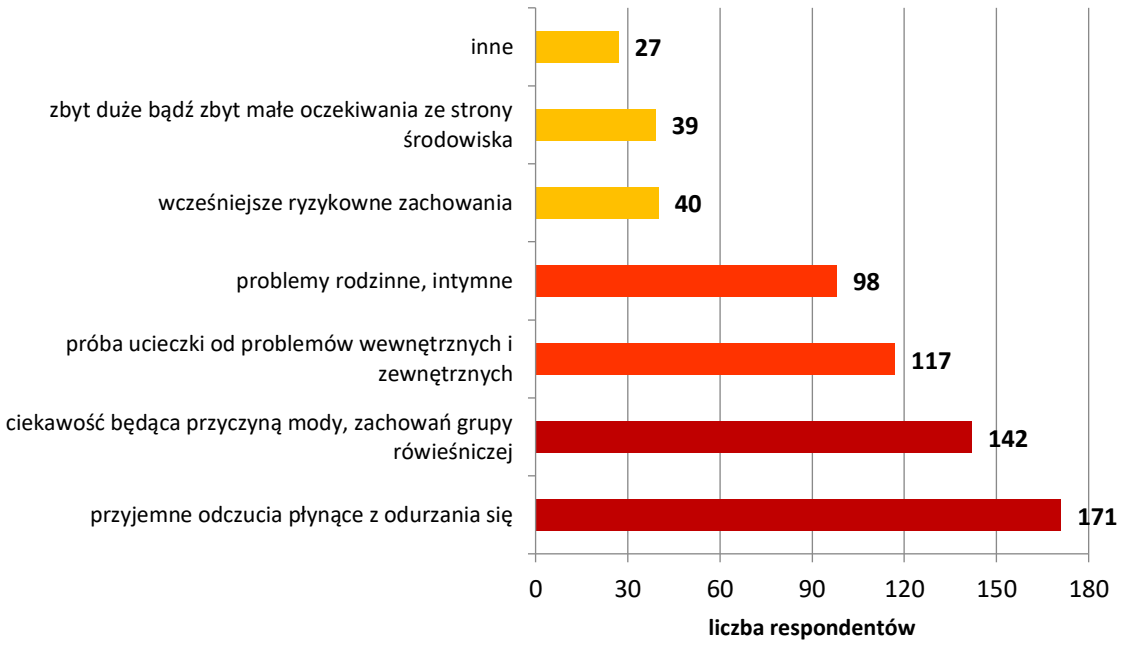



**Rycina 5. Środki psychoaktywne zażywane przed przystąpieniem do programu**

W trakcie realizacji procesu badawczego dokonano próby znalezienia odpowiedzi na pytanie o powody, dla których respondenci sięgnęli po narkotyki. Wyniki przedstawiono na rycinie 6. Najczęściej wskazywanym argumentem były przyjemne odczucia płynące z odurzania się; takiego wyboru dokonało 171 (73,08%) badanych. Nieco rzadziej - 142 wskazania 60,68% - obieraną odpowiedzią była ciekawość. Respondenci przyznawali, że panująca moda oraz chęć dostosowania do zachowań grupy rówieśniczej były ważnymi powodami sięgnięcia po substancje psychoaktywne.

Zdaniem badanych problemy, to ważny czynnik kształtujący negatywne zachowania zdrowotne. U 98 (41,88%) osób problemy rodzinne oraz intymne przyczyniły się do rozwoju uzależnienia, a dla 117 (48,72%) okazały się być ucieczką od codziennych problemów zarówno wewnętrznych, jak i związanych z otoczeniem zewnętrznym.

Oczekiwania ze strony środowiska względem respondentów biorących udział w badaniu zarówno zbyt wygórowane, jak i za małe wskazane zostały przez 39 (16,67%) badanych. Podobna częstość wyboru dotyczyła wcześniejszych ryzykownych zachowań respondenta (40; 17.09%). Wskazywali oni również na inne powody (27; 11,54%), dla których zaczęli sięgać po narkotyki. Wyróżnili m.in. walkę z bólem, alkoholizm występujący w najbliższej rodzinie, brak akceptacji swojej osoby i towarzyszące temu zjawisku próby samobójcze.




**Rycina 6. Powody sięgania przez respondentów po narkotyki**

Zmienną umożliwiającą dokładniejsze przedstawienie badanej grupy był wiek poddania się leczeniu uzależnienia po raz pierwszy. Przeciętny wiek podjęcia leczenia przez uzależnionych wynosił niespełna 22 lata. Uzyskano niższą wartość występująca najczęściej w badanej zbiorowości – 19 lat. Podobny wynik – 20 lat, dotyczył wartości środkowej poddania się leczeniu uzależnienia po raz pierwszy, przy $Q_1$ i $Q_3$ wynoszących odpowiednio 18 i 24 lat (tabela IV). Dokonując rozróżnienia zmiennej względem płci badanych, nie stwierdzono ważnych różnic.

**Taela IV. Wiek poddania się leczeniu uzależnienia po raz pierwszy**

| **Charakterystyka badanej zmiennej (n=234)** | | | |
|---|---|---|---|
| | **ogółem** | **kobiety** | **mężczyźni** |
| **min - max** | 13,00 – 64,00 | 14,00 – 64,00 | 13,00 – 55,00 |
| **$\bar{x}$±SD** | 21,83 ±7,09 | 22,13±7,45 | 21,71±6,95 |
| **D** | 19,00 | 20,00 | 19,00 |
| **Me** | 20,00 | 20,00 | 19,00 |
| **$Q_1$ - $Q_3$** | 18,00 – 24,00 | 19,00 – 26,00 | 18,00 – 23,00 |

Wiek wskazywany przez respondentów podzielony został zgodnie z przyjętą w badaniu klasyfikacją przedziałową. Weryfikacji poddano również częstość występowania poszczególnych zmiennych w ośrodkach biorących udział w badaniu. Zestawione wartości przedstawiono w tabeli V.

W związku z przeprowadzonym wnioskowaniem, potwierdzono statystycznie istotną zależność pomiędzy wiekiem poddania się leczenia uzależnienia po raz pierwszy a miejscem realizacji terapii ($\chi^2=25,564;p=0,001$).

Badani objęci terapią w ośrodkach warszawskim i lubelskim szybciej podejmowali próby leczenia się z uzależnienia od przyjmowanych substancji psychoaktywnych, niż respondenci będący pacjentami ośrodka terapeutycznego w Szczecinie.

Opierając się o uzyskane dane dotyczące rozwoju uzależnienia oraz podjęcia próby leczenia oszacowano liczbę lat trwania respondentów w uzależnieniu bez podejmowania żadnych prób leczenia.

Ustalono, że respondenci bez leczenia pozostawali przeciętnie przez 4 lata ($\bar{x}$±SD=4,12±3,98). Lata trwania w uzależnieniu bez leczenia, podobnie jak przy wcześniejszych zmiennych, podzielono na przyjęte w badaniu przedziały.

Liczności zróżnicowane zostały pod względem miejsce realizacji terapii leczenia substytucyjnego.

Otrzymany wynik testowania nie pozwala stwierdzić, że pomiędzy lokalizacją ośrodka realizującego terapię a przedziałami czasowymi trwania uzależnienia bez podejmowania prób leczenia występuje zależność potwierdzona statystycznie (tabela VI).

**Tabela V. Wiek poddania się leczeniu po raz pierwszy względem miejsca realizacji terapii substytucyjnej**

| wiek / miejsce | mniej niż 18 lat | 18-21 lat | 21-25 lat | 26-30 lat | więcej niż 30 lat | Ogółem | Test Chi$^2$ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Szczecin** *n (%)* | 10 (15,40) | 25 (38,50) | 14 (21,50) | 5 (7,70) | 11 (16,90) | 65 (100,00) | $\chi^2$=25,564 df=4 p=0,001 |
| **Warszawa** *n (%)* | 22 (22,00) | 55 (55,00) | 17 (17,00) | 12 (12,00) | 2 (2,00) | 100 (100,00) | |
| **Lublin** *n (%)* | 22 (31,90) | 27 (39,10) | 12 (17,40) | 3 (4,30) | 5 (7,20) | 69 (100,00) | |
| **Ogółem** *n (%)* | 46 (19,70) | 107 (45,70) | 43 (18,40) | 20 (8,50) | 18 (7,70) | 234 (100,00) | |

*$\chi^2$ –statystyka testu Chi$^2$; p - poziom istotności obliczony dla testu; df – liczba stopni swobody*

**Tabela VI. Lata trwania w uzależnieniu bez podejmowania prób leczenia względem miejsca realizacji terapii substytucyjnej**

| wiek / miejsce | mniej niż 2 lata | 2-4 lata | 5-7 lat | 8 lat i więcej | Ogółem | Test Chi$^2$ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Szczecin** *n (%)* | 18 (27,70) | 28 (43,10) | 11 (16,90) | 8 (12,30) | 65 (100,00) | $\chi^2$=11,780 df=3 p=0,067 |
| **Warszawa** *n (%)* | 12 (12,00) | 52 (52,00) | 25 (25,00) | 11 (11,00) | 100 (100,00) | |
| **Lublin** *n (%)* | 18 (26,10) | 32 (46,40) | 8 (11,60) | 11 (15,90) | 69 (100,00) | |
| **Ogółem** *n (%)* | 48 (20,50) | 112 (47,90) | 44 (18,80) | 30 (12,80) | 234 (100,00) | |

*$\chi^2$ –statystyka testu Chi$^2$; p - poziom istotności obliczony dla testu; df – liczba stopni swobody*

Analizowane zmienne (wiek poddania się przez respondentów leczeniu z uzależnienia po raz pierwszy, wiek rozpoczęcia regularnego zażywania środków psychoaktywnych oraz czas, w którym badany pozostawał w uzależnieniu bez podejmowania prób leczenia) zweryfikowano w procesie testowania mającego na celu wykazanie istnienia związku korelacyjnego.

Uzyskane wyniki świadczyły o silnej i umiarkowanej, dodatniej zależności pomiędzy wiekiem rozpoczęcia regularnego zażywania a poddaniu się leczeniu po raz pierwszy oraz czasem pozostawania w uzależnieniu bez podejmowania leczenia (tabela VII).

Nie wykazano natomiast związku, który wskazywałby, że wiek, w jakim respondent rozpoczął regularne zażywanie narkotyków oddziałuje na czas, w trakcie którego badany nie podejmował próby leczenia ($r_p=0,079; p=0229$).

**Tabela VII. Badanie siły i kierunku związku pomiędzy wybranymi zmiennymi**

| korelacja Pearsona | wiek poddania się leczeniu po raz pierwszy (w latach) | |
|---|---|---|
| | **wiek rozpoczęcia regularnego zażywania (w latach)** | **czas pozostawania w uzależnieniu bez prób leczenia (w latach)** |
| $r_p$ | 0,829 | 0,624 |
| ***p*** | <0,001 | <0,001 |

*$r_p$ –korelacja Pearsona; p - poziom istotności obliczony dla testu;*

Zbadano także, czy uczestnicy terapii substytucyjnej, biorący udział w badaniu, korzystali z programów wymiany igieł i strzykawek.

Poza bezpłatną wymianą jednorazowego sprzętu iniekcyjnego, pracownicy programu prowadzą działania edukacyjno-prewencyjne oraz przybliżają uzależnionym kontakt z placówkami terapeutycznymi zarówno w zakresie wsparcia medycznego i społecznego.

Respondenci potwierdzający udział w tym elemencie programu *harmreduction* stanowili 41,50% grupy badanej (97 osób).

Większość respondentów (173; 73,90%) przebywała przed przystąpieniem do aktualnie realizowanej terapii w innych ośrodkach leczenia narkomanii (tabela VIII).

Najczęściej uczestnicy z ośrodka warszawskiego (80 na 100 osób; 80,00%), najrzadziej zaś z ośrodka szczecińskiego (42 na 65 osób; 64,62%).

Spośród 173 respondentów korzystających z innych form leczenia, jedynie 22 (12,70%) oceniło prowadzone terapie za skuteczne. Dla 151 osób (87,30%) podejmowane wcześniej próby leczenia nie przyniosły oczekiwanych skutków.

Analizie poddano czynniki mające wpływ na udział w aktualnie realizowanej terapii substytucyjnej. Zdecydowanie najczęściej padającym motywem, wskazywanym przez ponad połowę badanych (120 osób; 52,86%), była chęć zerwania z nałogiem.

**Tabela VIII. Wcześniejsze uczestnictwo w terapiach leczenia narkomanii z uwzględnieniem miejscowości realizowania terapii**

| udział / miejsce | udział w innych programach | brak udziału | Ogółem | Test Chi$^2$ |
|---|---|---|---|---|
| **Szczecin** *n (%)* | 42 (64,60) | 23 (35,40) | 65 (100,00) | $\chi^2$=4,838 df=2 p=0,089 |
| **Warszawa** *n (%)* | 80 (80,00) | 20 (20,00) | 100 (100,00) | |
| **Lublin** *n (%)* | 51 (73,90) | 18 (26,10) | 69 (100,00) | |
| **Ogółem** *n (%)* | 97 (73,90) | 137 (26,10) | 234 (100,00) | |

$\chi^2$ *–statystyka testu Chi$^2$; p - poziom istotności obliczony dla testu; df – liczba stopni swobody*

Spośród innych powodów podjęcia tego typu leczenia wyselekcjonowano: sytuacje rodzinne, wsparcie terapeutów, brak środków finansowych, bezdomność, ból/choroba, nieskuteczność innych terapii oraz konflikty z prawem.

Z uwagi na fakt, że respondenci uzasadniali poddanie się terapii wieloma powodami, wyodrębniono dwie grupy główne:

1. wskazanie na chęć zerwania z nałogiem (n=120 osób; 100%);
2. brak wskazania na chęć zerwania z nałogiem (n=107 osób; 100%).

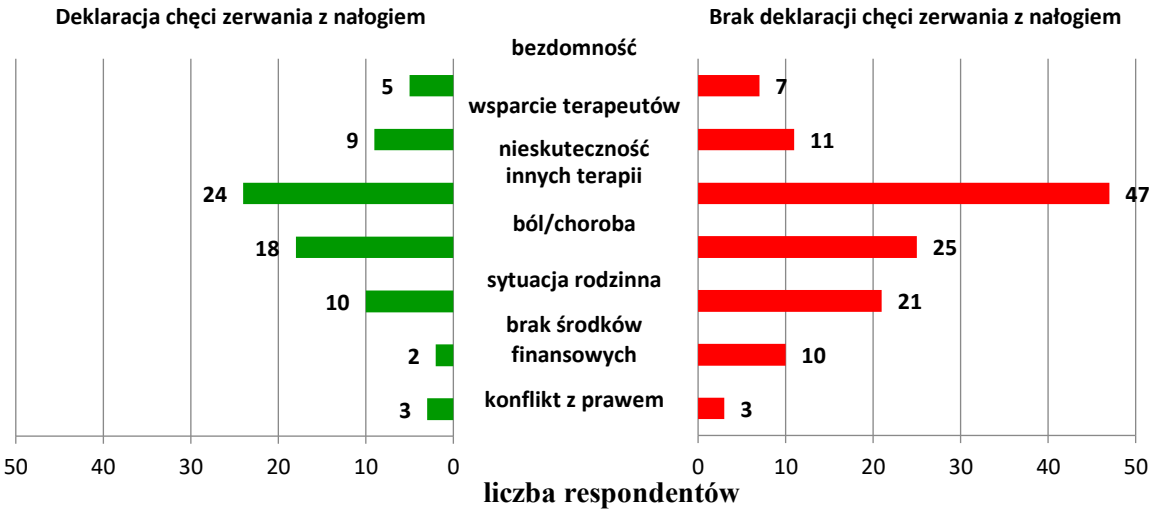
Rycina 7 prezentuje różnice pomiędzy częstością uzasadnień podawanych przez respondentów, w podziale na powyższe grupy.

Analizie poddano także czas trwania aktualnie realizowanego programu substytucyjnego, który był mierzony w miesiącach.

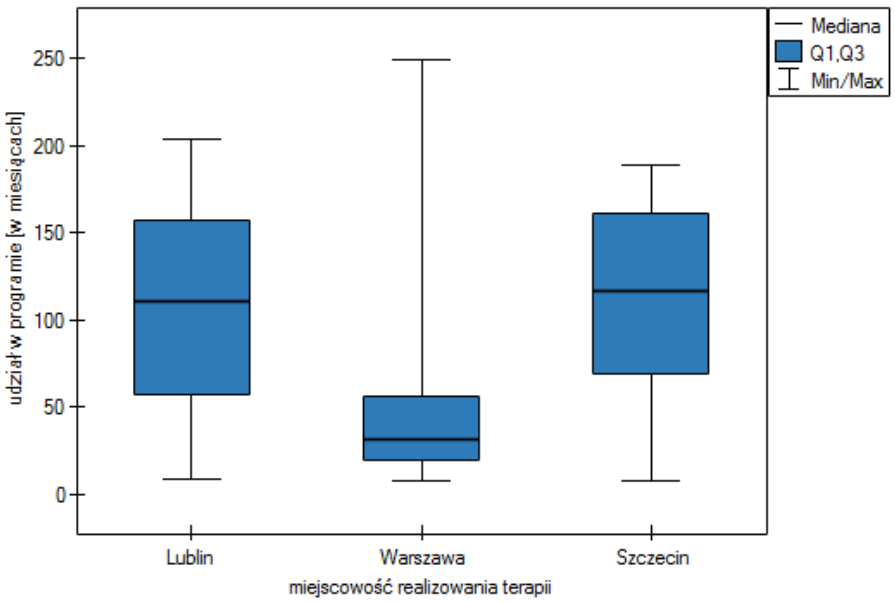
W badanej grupie, najkrótszy czas udziału w terapii wynosił 8 miesięcy, najdłuższy zaś 249 miesięcy. Średni okres leczenia stanowił 80,06 miesięcy.

Zróżnicowanie długości trwania terapii pod względem płci badanych było niewielkie, średnia dla kobiet przyjęła wartość 75,81±59,52 miesięcy, zaś dla mężczyzn 81,90±57,43 miesiące.

Wyodrębniono czas uczestnictwa w terapii ze względu na miejsce przeprowadzania badań (rycina 8).




**Rycina 7. Zróżnicowanie powodów poddania się aktualnie realizowanej terapii substytucyjnej**




**Rycina 8. Rozkład czasu udziału w programie (w miesiącach) z uwzględnieniem lokalizacji ośrodka leczenia**

Uzyskane wyniki wykazywały istotność statystyczną (*H=34,176; p<0,001*). Dodatkowa analiza przy wykorzystaniu testu Tukey'a pozwolił na stwierdzenie, że największe zróżnicowanie występowało między pacjentami ośrodka warszawskiego a osobami uzależnionymi ze Szczecina i Lublina (*p<0,001*).

Przeciętnie najdłuższy „staż" mieli pacjenci Poradni „N" w Szczecinie ($\bar{x}$±SD=106,74±57,56), wartość środkowa wyniosła Me=117 miesięcy. Respondenci z warszawskiego ośrodka leczenia uzależnień uczestniczyli w terapii średnio 48 miesięcy –

($\bar{x}$±SD=47,80±44,46), Me=31,50. Wśród badanych z Lublina graniczne wartości czasu trwania terapii stanowiły odpowiednio: $\bar{x}$±SD=106,67±55,39, i Me=111.

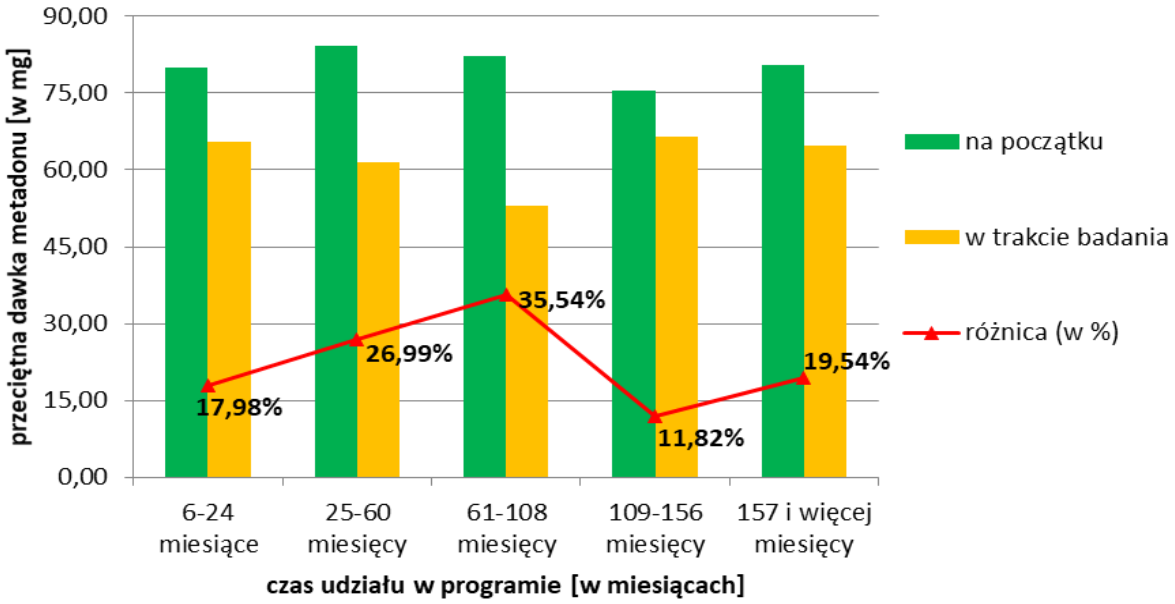
Aktualnie realizowana terapia nie była pierwszą próbą walki z uzależnieniem opartą o program substytucyjny dla 51 osób (21,79%). Niektórzy respondenci byli wykluczani z terapii, w wyniku nierespektowania obowiązujących zasad (28 osób; 11,97%), 10 osób (4,27%) musiało zrezygnować z programu na skutek zmiany miejsca zamieszkania, a 9 (3,85%) ze względu na niewystarczalność środków finansowych na dojazdy z miejsca zamieszkania do miejscowości realizacji programu. W grupie 51 osób wyróżnić można również 4 respondentów, którzy w wyniku całkowitego zredukowania dawki metadonu zakończyli proces terapeutyczny, po czym wrócili do nałogu.

Zapytano badanych o zażywanie środków psychostymulujących w trakcie aktualnego programu. Substancje narkotyczne, mimo udziału w programie i świadomości zasad w nim obowiązujących, zażywało 141 osób (60,30%). Rozpiętość odpowiedzi była znaczna. Od osób, które przyznały się do jednorazowego przyjęcia narkotyku aż do osobę, która mimo udziału w programie substytucyjnym od 9 lat, zażyła je 160 razy. Najczęściej, respondenci deklarowali przyjmowanie środków psychostymulujących 10 razy w ciągu aktualnie trwającej terapii substytucyjnej.

Analizie poddano wielkości dobowych dawek metadonu (w mg), przyjmowanych w momencie rozpoczęcia terapii i w czasie badania. Ustalono, że przeciętnie respondenci przyjmowali na początku procesu leczenia 80,75 mg metadonu, natomiast w momencie przeprowadzania badania średnio 62,27 mg (obniżenie dawki o 18,48 mg). W obu okresach, dotyczących prowadzonego pomiaru, wartość najczęstsza, obrazująca wielkość dawki dobowej wynosiła 70 mg. Natomiast mediana zmniejszyła się z 80 do 67,50 mg.

Opierając się o dane charakteryzujące wielkość dawek dobowych otrzymywanych przez respondentów wraz z rozpoczęciem terapii oraz w trakcie prowadzonego badania, określono poziomy różnic przy wykorzystaniu miar względnych. Na rycinie 9 przedstawiono zróżnicowanie szacowanych wartości w zależności od długości udziału respondenta w programie terapeutycznym (mierzonego w miesiącach). Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzić należy, że wraz z wydłużaniem się czasu uczestnictwa respondenta w programie substytucyjnym obniżyła się wartość średnia przyjmowanej substancji opioidowej z 65,50 mg do 53,05 mg. Spadek widoczny był w okresie od 6 do 108 miesiąca trwania terapii (od pierwszego półrocza do 9. roku trwania terapii). W 10. roku (od 109 miesiąca uczestnictwa w programie) nastąpił znaczy wzrost przyjmowanej dawki (z $\bar{x}$ =53,04 mg do $\bar{x}$ =66,56 mg). Wykazano, że największa różnica w przyjmowanych dawkach (obniżenie się o 35,54%, z $\bar{x}$ =

82,29 mg dawki początkowej do $\bar{x}$ = 53,05 mg dawki aktualnej), wystąpiła w grupie pacjentów uczestniczących w programie od 5 do 9 lat (od 61 do 108 miesięcy).




**Rycina 9. Średnie wartości dawek metadonu (w mg) przyjmowane przez respondentów w chwili rozpoczęcia leczenia substytucyjnego oraz w trakcie prowadzonego badania, w zależności od czasu udziału w programie. Procent (%) wskazuje na różnice pomiędzy dawką początkową i aktualną.**

Badając skutki zdrowotne – konsekwencje zażywania substancji psychoaktywnych, analizie poddano przynależność do poradni niedoborów immunologicznych. W badanej grupie 65 osób (27,80%) było objętych tą opieką. Najliczniejszą podgrupę stanowili pacjenci szczecińskiego ośrodka (31; 47,69%). Wśród osób reprezentujących poradnię lubelską – 18 (26,10%), a warszawską – 17 (17,00%).

Programy terapeutyczne funkcjonujące w oparciu o substytucję opioidową wykorzystują także formy wsparcia behawioralnego. Najczęściej przybierają one formy terapii indywidualnych i grup terapeutycznych prowadzonych przez specjalistów terapii uzależnień.

W związku z powyższym, respondentom zadano pytanie, czy i w jakich formach terapii biorą udział. Spośród badanych, 118 (50,43%) uczestniczyło w spotkaniach terapii behawioralnej, w tym 64 (27,40%) respondentów w indywidualnej, a 54 (23,10%) w grupowej.

Żadną z form terapeutycznych nie było objętych 116 osób (49,60%). Cecha ta była silnie zróżnicowana ze względu na miejsce realizacji programu substytucyjnego (tabela IX).

**Tabela IX. Udział respondentów w innych formach terapeutycznych z uwzględnieniem miejsca realizacji programu substytucyjnego**

| terapia / miejsce | żadna | indywidualna | grupowa | Ogółem | Test Chi$^2$ |
|---|---|---|---|---|---|
| **Szczecin** *n (%)* | 52 (80,00) | 12 (18,50) | 1 (1,50) | 65 (100,00) | $\chi^2$=41,656 df=2 p<0,001 |
| **Warszawa** *n (%)* | 44 (44,00) | 29 (29,00) | 27 (27,00) | 100 (100,00) | |
| **Lublin** *n (%)* | 20 (29,00) | 23 (33,30) | 26 (37,70) | 69 (100,00) | |
| **Ogółem** *n (%)* | 116 (49,60) | 64 (27,40) | 54 (23,10) | 234 (100,00) | |

*$\chi^2$ –statystyka testu Chi$^2$; p - poziom istotności obliczony dla testu; df – liczba stopni swobody*

## DYSKUSJA

Objęta badaniem grupa 234 osób przedstawia typowy obraz uzależnionych od substancji psychoaktywnych, uczestniczących w programie terapii substytucyjnej. Rozwój nałogu przypadał na lata późnej adolescencji, mimo że część badanych popadła w uzależnienie w wieku dojrzałym. Wyniki badań własnych znalazły potwierdzenie w przeglądzie literatury [19,20,21]. Wiek rozpoczęcia regularnego zażywania narkotyków był różny dla ośrodków, w których przeprowadzono badanie. Najmłodsi pacjenci sięgający po psychostymulanty, to respondenci z Warszawy i Lublina. Tożsame różnice występowały w wykształceniu oraz sytuacji zawodowej. Diagnoza społeczna 2013 przeprowadzona przez Kotkowską oraz Diagnoza Czaplińskiego, jak również raport Głównego Urzędu Statystycznego 2013 wskazują na występowanie znacznych różnic w funkcjonowaniu społeczno-gospodarczym Polaków zamieszkujących poszczególne regiony [22,23,24]. Dodatkowym bodźcem, różnicującym uzależnionych, są ich historie, odnoszące się głównie do braku samoakceptacji oraz trudności w znalezieniu i utrzymaniu status quo w życiu społecznym i zawodowym. Respondentów charakteryzowało nałogowe zażywanie wielu substancji. Zjawisko politoksykomanii w badanej grupie często uzupełniane było uzależnieniem krzyżowym, charakteryzujące się możliwością wytłumienia przez jedną substancję symptomów zespołu abstynencyjnego innej. Mimo że respondenci najczęściej wskazywali na zażywanie, przed przystąpieniem do terapii, opioidów (F-11 wg ICD-10), to równie często wskazywali na inne psychostymulanty. Znalazło się wśród nich 10 grup substancji

psychoaktywnych. Łączenie używek przez uzależnionych potwierdza w przeprowadzonych badaniach m.in. Habrat, Karakiewicz i Król-Pakulska [25,26,27,28]. Nasuwa się zatem wniosek wskazujący, że tak szeroki zakres uzależnienia nie wykazuje skuteczności w leczeniu abstynencyjnym. Prezentowane przez wspomnianych autorów wyniki potwierdzają również, że przyjemne odczucia płynące z uzależnienia oraz ciekawość i moda, to główne powody sięgania po narkotyki. Nieco inne powody przedstawia Maeyer i wsp. oraz Trafton i wsp. [19,29]. Uzyskane przezeń wyniki wskazują na problemy związane z życiem rodzinnym i niemożność ich rozwiązania jako główne powody ucieczki w substancje odurzające. W podobnym świetle osoby uzależnione przedstawia w badaniach Jones i wsp. [30], co potwierdzono także w badaniach własnych.

Znając powody sięgnięcia po narkotyk, autorzy chcieli sprawdzić, co kierowało respondentami podczas podejmowania decyzji o poddaniu się terapii, będącej przedmiotem niniejszego badania. Pytanie, o charakterze otwartym, dawało szanse na szczerą i otwartą odpowiedź. Najczęściej wskazywanym powodem była chęć zerwania z nałogiem. Także w badaniach europejskich, amerykańskich i azjatyckich walka z uzależnieniem, chęć powrotu do funkcjonowania wśród społeczeństwa to główne powody rozpoczęcia terapii substytucyjnej [31-35]. We wspomnianych pracach, tożsamo do wyników badań własnych, ważnym postulatem jest również nieskuteczność wcześniej podejmowanych terapii. W oparciu o przedstawione opinie nie należy jednak wysuwać tezy, o nieskuteczności terapii typu *drugfree* [19].

W badaniu udział brały osoby, które przebywają w programie co najmniej 6 miesięcy. Nie ustalono górnych limitów uczestniczenia w terapii. Średni czas udziału pacjenta w programie wynosił 80 miesięcy (ok. 6 i pół roku) i był zróżnicowany w miejscowościach jego realizacji. W międzynarodowym piśmiennictwie trudno o aktualne badania dotyczące czasu trwania terapii metadonowych. Informacje na ten temat przedstawione zostały przez Maeyer i wsp. – 8,96±4,54 lat. W większości analizy dotyczą badań katamnestycznych, w których odgórnie ustalono warunki włączenia i wyłączenia osób w badanych grupach. Warto podkreślić jednak, że zgodnie z dostępnym piśmiennictwem, ponad 70% respondentów przebywało w programie dłużej niż 12 miesięcy – podobnie, jak w zrealizowanym badaniu [28,36,37,38].

Poza analizą czasu trwania terapii, ważnym zagadnieniem była także wysokość dziennej dawki metadonu, przeciętnie 62,27 mg. Między innymi, w badaniach *Chou i wsp.* przeprowadzonych na Tajwanie (n=285), ustalono wartość średniej dawki równej 39,19±20,86 mg, zaś w publikacji Zhou podano rozstęp międzykwartylowy, który mieścił się

w przedziale $Q_1$=21; $Q_3$=60 (w badaniu autorskim $Q_1$=40; $Q_3$=85) [38,36,17]. Analizowane badania z randomizacją wskazują, że przepisywanie wyższych dawek metadonu prowadzi do zwiększenia efektów terapii [29,39-42]. Skuteczność zapewniać powinny dawki na poziomie ponad 60 mg nadzień [43]. Jednak niektórzy badacze poddają pod dyskusję prezentowane zalecenia. Dowodzą, opierając się o doświadczenie kliniczne, wielu pacjentów osiąga pozytywne rezultaty przy niższych dawkach [44,45,46]. Badania zrealizowane przez Trafton'a i wsp. na grupie 222 osób formułują także doniesienia o braku wpływu liczby wcześniejszych działań terapeutycznych i relacjach rodzinnych na wysokość dawki uznanej za skuteczną dla danego pacjenta [29].

Autorzy zauważają także, że różnice pomiędzy przyjmowanymi dawkami substytutu a dawkowaniem aktualnym, wykazują tendencję rosnącą do 108. miesiąca, tj. 9. roku udziału w terapii (zmniejszenie się dawki o 17,89% w ciągu pierwszych 24 miesięcy vs. 35% zmniejszenia wśród uczestniczących w terapii 61-108 miesięcy). Począwszy od 10. roku udziału w programie metadonowym respondentom towarzyszy znaczny spadek poziomu różnic pomiędzy dawką bazową a otrzymywaną w trakcie realizacji badania. Spostrzeżenie to można rozważać wieloaspektowo. Mimo że autorom nie udało się odnaleźć potwierdzenia w literaturze, przypuszczać można, że terapia wykazuje skuteczność do pewnego momentu jej trwania – w analizowanym przypadku 9 lat. Dalsze, rzec można uporczywe trwanie pacjenta w programie nie daje już spodziewanych efektów. Szczegółowej analizie nie poddano jednak osób przebywających w programie powyżej 10 lat, zatem nie ma podstaw do wysuwania stanowczych wniosków o nieskuteczności terapii w analizowanej podgrupie.

Występują także grupy pacjentów próbujących redukować dawkę metadonu do minimum w szybkim tempie. Niestety, nie udaje im się zakończyć terapii z sukcesem. Zdaniem *Nosyk'a* efektywność terapii wiąże się ze stopniową redukcją dawki wraz z okresami stabilizacji jej poziomu [17].

Mimo, że respondenci w autorskim badaniu otrzymywali przeciętne dawkowanie metadonu na poziomie zgodnym z rekomendacjami, 60,30% z nich przyznawało się do ciągłego zażywania nielegalnych substancji psychoaktywnych. Wskazany problem nie jest zjawiskiem odosobnionym. Podobne informacje przekazywane są zarówno przez polskich badaczy, jak i międzynarodowych. Dąbrowska, Habrat i wsp. określają problem na poziomie 45-70%, w zależności od grupy i realizowanego badania [25,28,47,48]. Natomiast w badaniach zrealizowanych w Ameryce Północnej przez Nosyk'a i wsp., Feelemyer'a i wsp., Hser'a i wsp. i Hill'a wyniki są silnie zróżnicowane, co jest warunkowane metodologią przeprowadzanych badań. Można zatem przypuszczać, że zgodnie z polityką *harm reduction,* udział w terapii

substytucyjnej dla części uzależnionych miał na celu jedynie zmniejszenie problemu narkomanii i jej skutków, a nie pełne jej wyeliminowanie [49].

## WNIOSKI

Uczestnikami terapii substytucyjnej są najczęściej mężczyźni, w średnim wieku, żyjący w związkach. Wykazują oni umiarkowaną aktywność zawodową, która przekłada się na dochody poniżej kwoty dochodu minimalnego.

Dla wielu, wiek nastoletni stał się początkiem kontaktu z narkotykami, w zdecydowanej większości charakteryzowanego jako politoksykomania (m.in. opioidy, leki, amfetamina).

Wśród badanych najczęściej wskazywanym powodem sięgania po psychostymulanty było przyjemne odczucia płynące z ich zażywania, ciekawość oraz panująca moda.

Pacjentami ośrodków leczenia uzależnień stają się najczęściej po 3 latach od rozpoczęcia problemowego przyjmowania narkotyków, tj. po około 20. roku życia. Dla zdecydowanej większości respondentów terapia substytucyjna to kolejny program, w którym biorą udział. Niestety, traktowany jest często jako półśrodek, ponieważ część badanych nie widzi możliwości zupełnego zerwania z nałogiem. Wynikiem tego jest długi czas uczestnictwa w terapii, przeciętnie 7 lat.

Lata spędzone na terapii zdecydowanej większości pozwalają na powolne wychodzenie z uzależnienia, o czym świadczy zmniejszająca się przeciętna dawka przyjmowanej substancji terapeutycznej. W przypadku pacjentów, z ponad 10-letnim udziałem w programie, tendencja jest przeciwna.

## PIŚMIENNICTWO

1. Feelemyer J., Jarlais D., Arasteh K., Abu S.: Retention of participants in medication-assisted programs in low- and middle-income countries: an international systematic review. Addiction, 2012; 36: 521-529.
2. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report. Vienna: United Nations 2012.
3. Raport World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime: Opioid overdose: preventing and reducing opioid overdose mortality, 2010.
4. Raport Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Europejski raport narkotykowy. Tendencje i Osiągnięcia, 2013.

5. Habrat B., Chmielewska K., Baran-Furga H.: Regulacje prawne i praktyka kliniczna w zakresie wydawania środków substytucyjnych do domu. Alkoholizm i Narkomania, 2003; 16(3-4): 139-146.
6. National Bureau for Drug Prevention: National Report To the EMCDDA by the Reitox Polish Reitox Focal Point "Poland New Development, Trends and in-depth information on selected issues". Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012.
7. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2005 Nr 179 poz. 1485).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne (Dz. U. z 2010 r. Nr 191, poz. 1282).
9. Sprawozdanie Merytoryczne i Finansowe CPES Parasol 2012.
10. Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz.U.2003.122.1143).
11. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia (2009). Rocznik Statystyczny 2009.
12. Informacja o przeznaczeniu zakładów karnych i aresztów śledczych według stanu na dzień 1 maja 2014 r.
13. Chojecki D.: Social correlates and social reintegration. Warszawa, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2012.
14. Raport o stanie narkomanii w Polsce – 2019. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii 2019.
15. Gryn K., Chojecki D., Struzik M., Sollich K., Malczewski A.: Drug treatment: treatment demand and treatment availability. Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012.
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2013 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. z 2012 r. poz. 124).
17. Nosyk B., Sun H., Evans E.: Defining dosing pattern characteristics of successful tapers following methadone maintenance treatment: results from a population-based retrospective cohort study. Addiction, 2012; 107: 1621-1629.
18. Brooner R., Kidorf M., Peirce J., Neufeld K.: Managing psychiatric comorbidity within versus outside of methadone treatment settings: a randomized and controlled evaluation. Addiction, 2013; 108: 1942-1951.

19. De Maeyer J.: Profiles of quality of life in opiate-dependent individuals after starting methadone treatment: A latent class analysis. International Journal of Drug Policy, 2012; 10: 16-25.
20. Bridge J., Hunter B., Atun R., Lazarus J.: Global Fund investments in harm reduction from 2002 to 2009. International Journal of Drug Policy, 2012; 23: 279-285.
21. Trujolsa J., Garijo I., Sinol N., Pozo J., Portella M., Pérez de los Cobos J.: Patient satisfaction with methadone maintenance treatment: The relevance of participation in treatment and social functioning. Drug and Alcohol Dependence, 2012; 123: 41-47.
22. Jakość życia, kapitał społeczny, ubóstwo i wykluczenie w Polsce. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013.
23. Kotkowska I. (red.): Rynek pracy i wykluczenie społeczne w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza społeczna 2013. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2014.
24. Czapiński J., Panek T.: Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków. Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2013.
25. Habrat B., Chmielewska K., Baran-Furga H.: Stan zdrowia osób uzależnionych od opiatów przed i po roku leczenia w programie metadonowym. Przegląd Lekarski, 2001; 58: 4.
26. Szczepańska Ł., Chrostek- Maj J., Jenner B.: Kompetencje społeczne w ocenie pacjentów w terapii metadonowej na tle zróżnicowanych uwarunkowań. Przegląd Lekarski, 2005; 62: 6.
27. Karakiewicz B., Zubczewska-Ślusarek B., Kozielec T., Rotter I.: Methadone substitution treatment programmes in Poland. International Journal of Drug Policy, 2004; 15: 217-218.
28. Król-Pakulska E.: Replacement Therapy as a Method to Promote Social and Professional Re-Adaptation. Gesundheitswesen, 2013; 75(08/09): 500-502.
29. Trafton J.A., Minkel J., Humphreys K.: Determining effective methadone doses for individual opioid-dependent patients. PLoS Med, 2012; 3(3): e80.
30. Jones A.A., Vila-Rodriguez F., Panenka W.J., Leonova O., Strehlau V., Lang D.J., Thornton A.E., Wong H., Barr A.M., Procyshyn R.M., Smith G.N., Buchanan T., Krajden M., Krausz M., Montaner J.S., Macewan G.W., Nutt D.J., Honer W.G.: Personalized Risk Assessment of Drug-Related Harm Is Associated with Health Outcomes. PLoS ON, 2012; 8(11): 79754.
31. Dhawan A., Chopra A.: Does buprenorphine maintenance improve the quality of life of opioid users? Indian Journal of Medical Research, 2013; 137: 130-135.

32. Padaiga Z., Subata E., Vanagas G.: Outpatient methadone maintenance treatment program Quality of life and health of opioid-dependent persons in Lithuania. Medicina (Kaunas), 2007; 43(3): 235-241.
33. Wang L., Wei X., Wang X., Li J., Li H., Jia W.: Long-Term Effects of Methadone Maintenance Treatment with Different Psychosocial Intervention Models. PLoS ONE, 2009; 9(2): e87931.
34. Liao D-L., Huang C-Y., Hu S., Fang S-C., Wu C-S., Chen W-T., Lee T. SH., Chen P-Ch., Li R. Ch-S.: Cognitive Control in Opioid Dependence and Methadone Maintenance Treatment. PLoS ONE, 2010; 9(4): e94589.
35. Maremmani I., Pani P., Pacini W., Perugi G.: Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. Journal of Substance Abuse Treatment, 2007; 33: 91– 98.
36. Zhou K., Zhuang G., Zhang H., Liang P., Yin J., Kou L., Hao M., You L.: Psychometrics of the Short Form 36 Health Survey Version 2 (SF-36v2) and the Quality of Life; Scale for Drug Addicts (QOL-DAv2.0) in Chinese Mainland Patients with Methadone Maintenance Treatment. PLoS ONE, 2013; 8(11): e79828.
37. Hser Y., Saxon A., Huang D., Hasson A., Thomas Ch., Hillhouse M., Jacobs P., Teruya Ch., McLaughlin P., Wiest K., Cohen A., Ling W.: Treatment retention among patients randomized to buprenorphine/naloxone compared to methadone in a multi-site trial. Addiction, 2014; 109(1): 79-87.
38. Chou Y., Shih Sh., Tsai W.: Improvement of quality of life in methadone treatment patients in northern Taiwan: a follow-up study. BMC Psychiatry, 2013; 13: 190.
39. Kosten T.R., Schottenfeld R., Ziedonis D., Falcioni J.: Buprenorphine versus methadone maintenance for opioid dependence. Journal of Nervous and Mental Disease, 2008; 181: 358–364.
40. Strain E.C., Stitzer M.L., Liebson I.A., Bigelow G.E.: Methadone dose and treatment outcome. Drug and Alcohol Dependenc,e 2011; 33: 105–117.
41. Ling W., Wesson D.R., Charuvastra C., Klett C.J.: A controlled trial comparing buprenorphine and methadone maintenance in opioid dependence. Archives Of General Psychiatry, 2012; 53: 401–407.
42. Maxwell S., Shinderman M.: Optimizing response to methadone maintenance treatment: Use of higher dose methadone. Journal of Psychoactive Drugs, 1999; 31: 95–102.

43. US Department of Veterans Affairs: Management of substance use disorders in primary and specialty care, v 1.0. http://www.oqp.med.va.gov/cpg/SUD/SUD_Base.html (data dostępu: 10.04.2014).
44. Maremmani I., Pacini M., Lubrano S., Lovrecic M.: When “enough” is still not “enough”: Effectiveness of high-dose methadone in the treatment of heroin addiction. Heroin Addiction And Related Clinical Problems, 2010; 5: 17–32.
45. D’Aunno T., Pollack H.A.: Changes in methadone treatment practices: Results from a national panel study, 1988–2000. JAMA, 2003; 288: 850–856.
46. D’Aunno T., Vaughn T.E.: Variations in methadone treatment practices: Results from a national study. JAMA, 2005; 267: 253–258.
47. Dąbrowska K.: Ocena funkcjonowania programów metadonowych z perspektywy ich klientów i personelu. Alkoholizm i Narkomania, 2010; 23(2): 109-125.
48. Moskalewicz J., Sierosławski J., Dąbrowska K.: Ocena systemu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w Polsce. Alkoholizm i Narkomania, 2006; 19(4): 327-355.
49. Kooyman M.: Społeczność terapeutyczna dla uzależnionych. Warszawa, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2002.

# UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE



# Zagrożenie uzależnieniem od Internetu i telefonu komórkowego w zbiorowościach studentów kierunków medycznych w Polsce i na Białorusi

**Agnieszka Kułak-Bejda[1], Napoleon Waszkiewicz[1], Andrei Shpakou[2], Aliaksandr Shpakau[2], Magdalena Lech[1,3], Grzegorz Bejda[4]**

1. Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Yanka Kupala State University of Grodno, Belarus
3. Zakład Dietetyki i Żywienia Klinicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

## WPROWADZENIE

W społeczeństwie problem uzależnień jest dobrze znany od dawna i dzieli się je na uzależnienia: fizyczne, psychiczne i społeczne, z których każde ma pewne cechy wyróżniające je od innych, ale także wiele cech wspólnych [1,2].

Warto także nadmienić, że często uzależnienie psychologiczne wywodzi się ze społecznego, a te z kolei ma wpływ na uzależnienie psychiczne, prowadzące do uzależnienia fizycznego [1,2].

Powszechnie termin *uzależnienie, uzależniony* używany jest głównie w stosunku do osób używających alkoholu, narkotyków (narkomani), leków (lekomani), papierosów (nałogowi palacze), a także uzależnienionych od hazardu (hazardziści) [1].

Pod pojęciem uzależnienie niektórzy autorzy rozumieją silną chęć podjęcia się jakiejś czynności lub zażycia substancji. Nie biorąc pod uwagę objawów można przyrównać uzależnienie do przymusu zaspokojenia aktualnej potrzeby [1].

Powyższe zachowanie jest aktywowane pod wpływem środowiska lub czynników psychologicznych, a w momencie niemożności zastąpienia ważnych wartości, innymi równie ważnymi, występuje frustracja [1].

Goodman sprecyzował kryteria definiujące uzależnienie jako: powtarzające się niepowodzenia, w oparciu się pokusie do podjęcia określonego zachowania, zwiększone

poczucie napięcia bezpośrednio przed, przyjemność lub ulga podczas wykonywania, poczucie braku kontroli danego zachowania i utrzymywanie się niektórych objawów co najmniej miesiąc lub kilkakrotne ich występowanie w ciągu długiego okresu czasu [3].

Uzależnienie od Internetu, komputera [4,5,6], określane także jako siecioholizm (*nataholics*), sieciozależność (*netaddiction*), cyberzależność (*cyberaddiction*), internetoholizm, cybernałóg, internetozależność, uzależnienie od Internetu (*Internet addiction*), uzależnienie internetowe, zaburzenie w wyniku zależności od Internetu (*Internet Addiction Disorder – IAD*), infozależność (*information addiction*) oraz infoholizm i zaliczane do uzależnień behawioralnych, czyli tzw. zachowań przymusowych (kompulsywnych), z tej samej kategorii, co hackerstwo oraz uzależnienie od telewizji, gier komputerowych i wideo, automatów do gier, telefonów komórkowych itp.

Shapira podkreśla, że uzależnienie od Internetu, tak jak inne nałogi, związane jest ściśle z utratą kontroli nad własnym zachowaniem, a siecioholik odczuwa przymus korzystania z Internetu i nie ma zdolności kontroli nad tym zachowaniem [7].

Do nowej grupy uzależnień należą uzależnienia od telefonu komórkowego**.** Block uważa nadmierne wysyłanie wiadomości tekstowych (SMS), za chorobę psychiczną, która może poczynić ogromne zniszczenia w ludzkiej psychice [8]. W jego opinii nadmierne pisanie sms-ów to jak rodzaj używki, a odebranie telefonu na kilka godzin zaskutkuje tym, iż dana osoba stanie się agresywna, rozkojarzona, niespokojna, a nawet popadnie w depresję [8].

Celem głównym pracy była ocena narażenia na uzależnienie od Internetu i telefonu komórkowego w grupie studentów kierunków medycznych.

Za cele szczegółowe uznano ocenę czasu spędzanego przed komputerem, częstości korzystania z Internetu, liczby posiadanych telefonów komórkowych, preferencji co do opcji ich wyposażenia i zasad używania, ocenę, czy młodzież zdaje sobie sprawę ze szkodliwości długotrwałego korzystania z telefonu komórkowego, ocenę siły własnej woli i samooceny przez studentów, i czy w powyższym różnice pomiędzy studentami z Grodna i z Białegostoku.

## MATERIAŁ I METODYKA

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMB R-I-002/448/2015 oraz Kierownika Katedry Medycyny Sportowej i Rehabilitacji, Państwowego Uniwersytetu

im. Janka Kupały w Grodnie i Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

W badaniu uczestniczyło ogółem 677 osób, w tym 338 studentów kierunków medycznych z Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i 339 studentów kierunków medycznych Państwowego Uniwersytetu im. Janka Kupały w Grodnie.

Dobór grup był celowy - student kierunku medycznego. W obu grupach rozdano po 350 ankiet. Zwrotnie otrzymano 338 polskich ankiet oraz 339 białoruskich i wszystkie użyto do badania.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankietowego (w języku polskim i rosyjskim).

- Autorski kwestionariusz ankietowy specjalnie skonstruowany do obecnych badań, składający się z pierwsze pytania dotyczyły: wieku, płci, kierunku, roku studiów, w następnych pytaniach zapytano badanych miedzy innymi o to, czy posiadają komputer, jak często korzystają z Internetu, ile godzin dziennie i tygodniowo spędzają przy komputerze, a kolejne pytania związane były z użytkowaniem telefonu komórkowego.
- Test uzależnienia od Internetu wg Kimberly Young - opracowany przez amerykańską psycholog Kimberly Young, uznaną specjalistkę od uzależnień behawioralnych i służący do wstępnej identyfikacji uzależnienia od Internetu [6]. Test ocenia zdarzenia z okresu ostatniego roku i zawiera osiem pytań, potwierdzających zagrożenie uzależnieniem od komputera: 5 odpowiedzi „tak" prawdopodobnie świadczy o uzależnieniu od Internetu, 4 odpowiedzi „tak" świadczy to o zagrożeniu uzależnieniem [6].
- Test uzależnienia od telefonu komórkowego Guerreschiego - pozwalający ocenić zagrożenie uzależnieniem od telefonu komórkowego [6]. Test składa się z 10 pytań. Wybranie przez badanego większości wskazań: „a" świadczy o tym, iż telefon komórkowy nie jest dla niego niezbędny, „b" - że ankietowany posługuje się telefonem komórkowym we właściwy sposób, "c", iż badany jest fanatykiem telefonu komórkowego [6].
- Test oceny siły własnej woli wg Bielak - pozwalający na sprawdzenie, jaką wolę (słabą, silną, średnią) posiada badany [9]. Test zawiera piętnaście pytań, a badany mógł otrzymać maksymalnie 30 punktów. 0-12 pkt. - świadczyło o tym, iż badany posiada

słabą wolę, 13–19 pkt. – iż badany posiada średnią siłę woli, a 22–30 pkt. –iż badany ma silną wolę [9].

- Test samooceny własnej osoby wg Bielak - pozwalający dokonać przez badanych samooceny własnej osoby, czy jest ona zawyżona, adekwatna, czy zaniżona [9]. Test składa się z trzydziestu dwóch pytań, a badany mógł uzyskać od 0 do 128 punktów: 0-25 punktów – samoocena zawyżona, 26-45 punktów – adekwatna, 46-128 punktów – zaniżona [9].

Wśród ankietowanych generalnie przeważały osoby z grupy wiekowej od 20 do 30 lat (56,1%), w tym w grupie studentów z Białorusi - osoby w wieku do 20 lat (60,2%), a w grupie ankietowanych - osoby od 21 do 30 lat stanowiły aż 72,9% badanych. Wyniki obrazuje Tabela I.

W przypadku zbiorowości polskiej struktura ankietowanych studentów według roku studiów była dość zrównoważona – w badanej grupie było relatywnie mało osób z I roku studiów, zaś relatywnie dużo z II roku studiów licencjackich. W zbiorowości białoruskiej bardzo niewiele osób z II lub III roku studiów, większość z IV lub V rok (Tabela I).

**Tabela I. Wiek i rok studiów badanych studentów**

| | **Kraj** | | **Razem** |
|---|---|---|---|
| | **Polska** | **Białoruś** | |
| **WIEK** | | | |
| **18-20 lat** | 93 (27.5%) | **204 (60.2%)** | 297 (43.9%) |
| **21-30 lat** | **245 (72.9%)** | 135 (39.8%) | **380 (56.1%)** |
| **ROK STUDIÓW** | | | |
| **I** | 20 (5.9%) | 64 (18.9%) | 84 (12.4%) |
| **II** | **132 (39.1%)** | 6 (1.8%) | 138 (20.4%) |
| **III** | 59 (17.5%) | 11 (3.2%) | 70 (10.3%) |
| **IV (I mgr )** | 76 (22.5%) | 123 (36.3%) | **199 (29.3%)** |
| **V (II mgr)** | 51 (15.1%) | **135 (39.8%)** | 186 (27.5%) |
| **Razem** | 338 | 339 | 677 |

W badanej zbiorowości występowała znacząca nadreprezentacja kobiet (519-76,7%), w tym 79,3% z Polski (268 osób) i 74% (251 osób) z Białorusi. Mężczyźni stanowili zaledwie 23,3% (158 osób), w tym 20,7% (70 osób) w grupie polskiej i 26% (88 osób) w grupie białoruskiej.

W grupie dominowali mieszkańcy miast (69,1% - 468 osób), w tym 53,8% (182 osoby) w Polsce i 84,4% (286 osób) na Białorusi. Na wsi mieszkało 30,9% (209 osób) badanych, w tym 46,2% (156 osób) w Polsce i 15,6% (53 osoby) na Białorusi.

Zastosowane w analizie testy statystyczne posłużyły do oceny, czy zależności i relacje zaobserwowane w próbie są efektem ogólniejszej prawidłowości panującej w całej populacji, czy tylko przypadkowym rezultatem. Wykorzystano Test niezależności chi-kwadrat, testem *t* dla prób niezależnych, analizę wariancji (ang. ANOVA), test nieparametryczny (test Kruskala-Wallisa), współczynnik korelacji rang Spearmana, testu Manna-Whitneya.

## WYNIKI

Uzyskane wyniki wykazały, iż posiadanie komputera jest obecnie niemal „obowiązkowe" (95,9% - 649 osób) i jest to sprzęt dostępny dla każdego – zarówno w Polsce (98,8% - 334 osoby), jak i na Białorusi (92,9% - 315 osób). Okazało się, że nieco więcej osób nie posiadających komputera było wśród studentów białoruskich (7,1% - 24 osoby) niż polskich (1,2% - 4 osoby) i była to różnica istotna statystycznie ($p$ = 0,0001), ale z merytorycznego punktu widzenia można raczej stwierdzić, iż posiadanie komputera nie było żadnym wyróżnikiem we współczesnych czasach.

Wykazano bardzo wyraźne różnice w częstości korzystania z Internetu wśród polskich i białoruskich studentów – wśród tych pierwszych niemalże nie było osób nie korzystających z sieci codziennie (93,8%), podczas gdy w grupie białoruskiej udział takich odpowiedzi był mniejszy (38,6%). Wyniki obrazuje Tabela II.

**Tabela II. Częstość korzystania z Internetu**

| Częstość | Kraj ($p$ = 0,0000***) | | Razem |
|---|---|---|---|
| | Polska | Białoruś | |
| **codziennie** | **317 (93.8%)** | **131 (38.6%)** | **448 (66.2%)** |
| **kilka razy w tygodniu** | 20 (5.9%) | 116 (34.2%) | 136 (20.1%) |
| **raz w tygodniu** | 1 (0.3%) | 21 (6.2%) | 22 (3.2%) |
| **kilka razy w miesiącu** | 0 (0.0%) | 39 (11.5%) | 39 (5.8%) |
| **raz w miesiącu** | 0 (0.0%) | 14 (4.1%) | 14 (2.1%) |
| **rzadziej** | 0 (0.0%) | 18 (2.4%) | 18 (2.7%) |
| **Razem** | 338 | 339 | 677 |

Ocena czasu korzystania z Internetu wypadła na „niekorzyść" grupy białoruskiej, w której 37,8% (128 osób) respondentów miało poczucie niedosytu w tej kwestii vs 0,9% (3

osoby) studentów z Polski. Generalnie takie odczucie dotyczyło 19,4% (131 osób) badanych. Dla odmiany, w grupie polskiej było ponad dwa razy więcej (37,9% - 128 osób vs. 15,3% - 52 osoby) studentów, które uważały, iż korzystają z Internetu w zbyt dużym stopniu. Dotyczyło powyższe 26,6% (180 osób) ogółu badanych. O tym, że czas spędzany przy komputerze jest wystarczający przekonanych było 45,1% (305 osób) respondentów, w tym 51,2% (173 osoby) z Polki i 38,9% (132 osoby) z Białorusi. Problem z deklaracją miało 9% badanych (61 osób), w tym 10,1% (34 osoby) z Polski i 8% (27 osób) z Białorusi.

Różnica w powyższej kwestii pomiędzy grupami była istotna statystycznie ($p$ = 0,0000).

Porównanie dziennej liczby godzin spędzonych przed komputerem również pokazało, że różnica pomiędzy grupami była istotna statystycznie ($p$ = 0,0000). Generalnie studenci najczęściej (25,4%) deklarowali, iż spędzali przed komputerem ok. 2 godzin. Aż 16,5% ogółu studentów, w tym 19,2% z Polski i 13,9% z Białorusi, spędzało przy komputerze 5 lub więcej godzin. Wyniki obrazuje Tabela III.

**Tabela III. Deklaracja przez badanych dziennej liczby godzin spędzanych przed komputerem**

| Dzienna liczba godzin spędzanych przed komputerem | Kraj ($p$ = 0,0000***) | | Razem |
|---|---|---|---|
| | Polska | Białoruś | |
| **0** | 0 (0.0%) | 2 (0.6%) | 2 (0.3%) |
| **0,5-1** | 60 (17.8%) | **97 (28.6%)** | 157 (23.2%) |
| **2** | **86 (25.4%)** | 86 (25.4%) | **172 (25.4%)** |
| **3** | 66 (19.5%) | 67 (19.8%) | 133 (19.6%) |
| **4** | 61 (18%) | 40 (11.8%) | 101 (14.9%) |
| **5** | 30 (8.9%) | 23 (6.8%) | 53 (7.8%) |
| **6** | 14 (4.1%) | 10 (2.9%) | 24 (3.5%) |
| **7** | 9 (2.7%) | 5 (1.5%) | 14 (2.1%) |
| **8** | 7 (2.1%) | 3 (0.9%) | 10 (1.5%) |
| **9** | 2 (0.6%) | 0 (0.0%) | 2 (0.3%) |
| **10** | 2 (0.6%) | 2 (0.6%) | 4 (0.6%) |
| **>12** | 1 (0.3%) | 4 (1.2%) | 5 (0.7%) |
| **Razem** | 338 | 339 | 677 |

Z uwagi na wybitnie porządkowy charakter rozważanej zmiennej, oceny różnic pomiędzy grupami dokonano za pomocą testu Manna-Whitneya. W konsekwencji rozkładu odpowiedzi na poprzednie pytanie, domyślać się można było dużych różnic w tygodniowej liczby godzin korzystania z komputera pomiędzy grupą polską (24,6% - od 21 do 30 godz. tygodniowo) i białoruską (35,1% - do 10 godz. tygodniowo). Poniższe zestawienie pokazuje,

że faktycznie tak było i były to różnice istotne statystycznie ($p$ = 0,0000). Wyniki Obrazuje Tabela IV.

**Tabela IV. Deklaracja przez badanych tygodniowej liczby godzin spędzanych przed komputerem**

| Tygodniowa liczba godzin spędzanych przed komputerem | Kraj ($p$ = 0,0000***) | | Razem |
|---|---|---|---|
| | Polska | Białoruś | |
| **0-10** | 74 (21.9%) | **119 (35.1%)** | **193 (28.5%)** |
| **11-20** | 79 (23.4%) | 88 (26.0%) | 167 (24.7%) |
| **21-30** | **83 (24.6%)** | 61 (18.0%) | 144 (21.3%) |
| **31-40** | 47 (13.9%) | 37 (10.9%) | 84 (12.4%) |
| **41-50** | 29 (8.6%) | 14 (4.2%) | 43 (6.4%) |
| **51-60** | 7 (2.1%) | 9 (2.7%) | 16 (2.4%) |
| **61-70** | 10 (3.0%) | 3 (0.9%) | 13 (1.9%) |
| **71-80** | 5 (1.5%) | 2 (0.6%) | 7 (1.0%) |
| **81-90** | 1 (0.3%) | 3 (0.9%) | 4 (0.6%) |
| **91-100** | 0 (0.0%) | 2 (0.6%) | 2 (0.3%) |
| **>100** | 3 (0.9%) | 1 (0.3%) | 4 (0.6%) |
| **Razem** | 338 | 339 | 677 |

Poziom uzależnienia od Internetu badano za pomocą testu Kimberly Young, który zawiera 8 stwierdzeń sugerujących uzależnienie od Internetu.

Miarę sumaryczną wyznacza się jako ilość odpowiedzi twierdzących i wynik może przyjąć wartości od 0 do 8 pkt, przy czym im większa liczba punktów, tym większy poziom uzależnienia od Internetu.

Oceny istotności różnic rozkładu wartości dla miary punktowej testu Kimberly Young, jak i klasyfikacji do trzech poziomów uzależnienia od Internetu (z uwagi na bardzo wyraźną asymetrię rozkładu miary punktowej) dokonano nie za pomocą testu *t*, ale za pomocą testu Manna-Whitneya.

Różnica w wynikach dla grupy polskiej i białoruskiej była na granicy istotności statystycznej ($p$ = 0,0696), przy czym widać, iż w grupie polskiej było mniej osób z wysokimi wartościami punktowymi, czyli niższym poziomem uzależnienia od Internetu. Wyniki obrazuje Tabela V.

Oceny istotności różnic w rozkładzie poszczególnych kategorii w obrębie grupy polskiej i białoruskiej dokonano za pomocą testu niezależności chi-kwadrat.

Generalnie 84,9% (575 osób) nie było zagrożonych uzależnieniem od Internetu, w tym 87,6% (296 osób) z Polski i 82,3% (279 osób) z Białorusi.

Zagrożonych uzależnieniem było 7,8% (53 osoby), w tym 6,8% (23 osoby) z Polski i 8,8% (30 osób) z Białorusi.

Uzależnionych od Internetu było 7,2% (49 osób), w tym 5,6% (19 osób) z Polski i 8,8% (30 osób) z Białorusi.

**Tabela V. Poziom uzależnienia od Internetu wg Kimberly Young w badanych krajach**

| Poziom uzależnienia od Internetu wg Kimberly Young (pkt) | Kraj ($p$ = 0,0696) | | Razem |
|---|---|---|---|
| | Polska | Białoruś | |
| **0** | 115 (34%) | 102 (30.1%) | 217 (32.1%) |
| **1** | 91 (26.9%) | 83 (24.5%) | 174 (10.9%) |
| **2** | 56 (16.6%) | 57 (16.8%) | 113 (16.7%) |
| **3** | 34 (10.1%) | 37 (10.9%) | 71 (10.5%) |
| **4** | 23 (6.8%) | 30 (8.8%) | 53 (7.8%) |
| **5** | 11 (3.3%) | 17 (5%) | 28 (4.1%) |
| **6** | 3 (0.9%) | 5 (1.5%) | 8 (1.2%) |
| **7** | 5 (1.5%) | 5 (1.5%) | 10 (1.5%) |
| **8** | 0 (0.0%) | 3 (0.9%) | 3 (0.5%) |
| **Razem** | 338 | 339 | 677 |

$p$ – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Manna-Whitneya

Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic ($p$ = 0,1641), aczkolwiek warto zwrócić uwagę na fakt, iż to wśród studentów z Białorusi było nieco więcej osób zagrożonych uzależnieniem lub już uzależnionych od Internetu.

Rok studiów, w obu zbiorowościach, nie różnicował występowania uzależnienia od Internetu – większość osób była klasyfikowana jako nieuzależnione, bez względu na rok studiów- Tabela VI.

W dalszej części pracy dokonano szczegółowej analizy porównawczej zachowania studentów związane z posiadaniem telefonu komórkowego.

Okazało się, że większość badanych (675 osób -99,7%) z obu grup, w tym 100% (338 osób) z Polski i 99,4% (337 osób) z Białorusi, posiadało telefon komórkowy ($p$ = 0,1573). Nie miało go i nie chciało posiadać jedynie 0,6% (2 osoby) z Białorusi.

Czas posiadania telefonu komórkowego przez badanych studentów analizowany był tylko w grupie studentów posiadających telefon komórkowy. Istotne statystycznie różnice ($p$ = 0,0000) pomiędzy badanymi grupami studentów pojawiły w kwestii czasu posiadania

telefonu komórkowego. W grupie białoruskiej dominował przedział czasowy od 2 do 5 lat (55,5%), zaś w polskiej od 6 do 10 lat (57,7%). Uwzględniono tylko posiadaczy telefonów.

Wyniki obrazuje Tabela VII.

**Tabela VI. Uzależnienie od Internetu w zależności od roku studiów**

| Uzależnienie od Internetu | Rok studiów | | | | | Razem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | I | II | III | IV (I mgr) | V (II mgr) | |
| **zbiorowość polska ($p$ = 0.1576)** | | | | | | |
| **nie** | 17 (85.0%) | 115 (87.1%) | 50 (84.7%) | 68 (89.5%) | 46 (92.0%) | 296 (87.6%) |
| **zagrożenie** | 0 | 10 (7.6%) | 3 (5.1%) | 5 (6.6%) | 5 (9.8%) | 23 (6.8%) |
| **tak** | 3 (15.0%) | 7 (5.3%) | 6 (10.2%) | 3 (3.9%) | 0 | 19 (5.6%) |
| **Razem** | 20 | 132 | 59 | 76 | 51 | 338 |
| **zbiorowość białoruska ($p$ = 0.2542)** | | | | | | |
| **nie** | 20 (31.3%) | 3 (50%) | **9 (81.8%)** | **117 (95.1%)** | **130 (96.3%)** | **279 (82.3%)** |
| **zagrożenie** | 20 (31.3%) | 1 (16.7%) | **1 (54.5%)** | 4 (3.2%) | 4 (3.0%) | 30 (8.8%) |
| **tak** | **24 (37.5%)** | 2 (33.3%) | 1 (9.1%) | 2 (1.6%) | 1 (0.7%) | 30 (8.8%) |
| **Razem** | 64 | 6 | 11 | 123 | 135 | 339 |

**Tabela VII. Czas posiadania telefonu komórkowego przez badanych studentów**

| Telefon (od kiedy?) | Kraj ($p$ = 0.0000***) | | Razem |
|---|---|---|---|
| | Polska | Białoruś | |
| **kilka miesięcy** | 1 (0.3%) | 0 (0.0%) | 1 (0.1%) |
| **rok** | 1 (0.3%) | 3 (0,9%) | 4 (0.6%) |
| **2-5 lat** | 22 (6.5%) | **187 (55,5%)** | 209 (31%) |
| **6-10 lat** | **195 (57.7%)** | 142 (42,1%) | 337 (49.9%) |
| **11 i więcej lat** | 119 (35.2%) | 5 (1,5%) | 124 (18.4%) |
| **Razem** | 338 | 337 | 675 |

Generalnie największa liczba badanych posiadała jeden telefon komórkowy (80,7% - 545 osób), w tym 88,5% (299 osób) z Polski i 73% (246 osób) z Białorusi. Dwa telefony miało 17,8% badanych (120 osób), w tym 9,8% (33 osoby) z Polski i 25,8% (87 osób) z

Białorusi. Posiadaczami więcej niż dwóch telefonów było 1,5% (10 osób), w tym 1,8% (6 osób) z Polski i 1,2% (4 osoby) z Białorusi - różnica w tej kwestii pomiędzy grupami była istotna statystycznie ($p$ = 0,0000).

W Polsce (36,4% -123 osoby) relatywnie częściej, niż na Białorusi (15,5% - 52 osoby) studenci kupowali telefon osobiście ($p$ = 0,0000). Generalnie dotyczyło to 175 osób (25,9%). Telefon 471 badanym (69,8%) zakupili rodzice, w tym dla 59,8% (202 osoby) z Polski i 79,8% (269 osób) z Białorusi. Dziadkowie byli ofiarodawcami telefonów dla 11 osób (1,6%), w tym dla 1,2% (4 osoby) z Polski i 2,1% (7 osób) z Białorusi.

Nabywcami telefonów w inny sposób niż powyżej podane, stało się 18 studentów (2,7%), po 2,7% (9 osób) z Polski i Białorusi.

Wszystkich ankietowanych studentów poproszono o ocenę kosztów korzystania z telefonów komórkowych i nieporozumień z tym związanych. Częste nieporozumienia związane ze zbyt dużymi kosztami korzystania z telefonów komórkowych w rodzinie zgłaszało 14 osób (2,1%), w tym 2,4% (8 osób) z Polski i 1,8% (6 osób) z Białorusi. Czasami występowały one u 133 osób (19,6%), w tym 15,4% (52 osoby) z Polski i 23,9% (81 osób) z Białorusi. Takich kłopotów nie doświadczyło 70,6% (479 badanych), w tym 75,1% (254 osób) z Polski i 66,4% (225 osób) z Białorusi. Problem z deklaracją miało 7,5% (24 osoby) badanych z Polski i 8% (27 osób) z Białorusi. Różnice w powyższym pomiędzy krajami były istotne statystycznie ($p$ = 0,0361).

Częste nieporozumienia związane ze zbyt dużymi kosztami korzystania z telefonów komórkowych na Uczelni zgłaszało 17 osób (2,5%), w tym 1,2% (4 osoby) z Polski i 3,8% (13 osób) z Białorusi. Czasami występowały one u 100 osób (14,8%), w tym 3,3% (11 osób) z Polski i 26,3% (89 osób) z Białorusi. Takich kłopotów nie doświadczyło 6,1% (410 osób), w tym 76,3% (258 osób) z Polski i 44,8% (152 osoby) z Białorusi. Problem z deklaracją miało 19,2% (65 osób) badanych z Polski i 25,1% (85 osób) z Białorusi. Różnice w powyższym pomiędzy krajami były istotne statystycznie ($p$ = 0,0000).

Kolejna Tabela VIII zawiera informacje o wyposażeniu telefonów komórkowych. Różnic znamiennych nie wykazano jedynie odnośnie wyposażenia telefonów komórkowych w dyktafon, kalkulator, budzik i notes.

Oddzielnie zliczono odpowiedzi dla 675 badanych będących posiadaczami telefonu komórkowego. Korzystanie z telefonu komórkowego nie jest kosztowne według 60,7% (410 osób) respondentów, w tym 76,3% (258 osób) z Polski i 45,7% (154 osoby) z Białorusi. Za kosztownym utrzymaniem telefonów opowiedziało się 117 osób (17,3%), w tym 4,4% (15

osób) z Polski i 30,3% (102 osoby) z Białorusi. Nie wyraziło swojej jednoznacznej opinii w tej kwestii 21,6% (146 osób) badanych, w tym 19,2% (65 osób) z Polski i 24% (81 osób) z Białorusi. Różnice w powyższej kwestii były znamienne statystyczne pomiędzy krajami (p=0,0000).

**Tabela VIII. Wyposażenie telefonów komórkowych badanych studentów**

| Wyposażenie telefonu komórkowego | Kraj | | | | *p* |
|---|---|---|---|---|---|
| | Polska | | Białoruś | | |
| | *N* | % | *N* | % | |
| **aparat fotograficzny** | 329 | 97,3% | 312 | 92.6% | 0.0047** |
| **internet** | 317 | 93.8% | 232 | 68.8% | 0.0000*** |
| **poczta głosowa** | 272 | 80.5% | 211 | 62.6% | 0.0000*** |
| **gry** | 288 | 85.2% | 315 | 93.5% | 0.0005*** |
| **dyktafon** | 301 | 89.1% | 304 | 90.2% | 0.6228 |
| **radio** | 311 | 92.0% | 280 | 83.1% | 0.0004*** |
| **mp3** | 322 | 95.3% | 306 | 90.8% | 0.0227* |
| **kalkulator** | 331 | 97.9% | 326 | 96.7% | 0.3361 |
| **budzik** | 331 | 97.9% | 330 | 97.9% | 0.9955 |
| **notes** | 312 | 92.3% | 310 | 92.0% | 0.8774 |
| **gps** | 291 | 86.1% | 169 | 50.1% | 0.0000*** |
| **kamera** | 323 | 95.6% | 293 | 86.9% | 0.0001*** |
| **inne** | 16 | 4.7% | 36 | 10.7% | 0.0038** |

Analizując deklaracje, w jakim celu studenci używali swojego telefonu komórkowego stwierdzono znamienne różnice, jeśli chodzi o sposoby korzystania z telefonu komórkowego w zakresie wykorzystania go do wysyłania sms (p =0,0001), robienia zdjęć (p=0,0000), korzystania z Internetu (p=0,0000) i odbierania poczty głosowej (p=0,0000). Wyniki obrazuje Tabela IX.

Wykazano znamienne statystycznie różnice (p=0,0000) w częstości włączania i wyłączania telefonu komórkowego. Zawsze miało go włączonego 79,9% (539 osób) badanych, w tym 79,9% (270 osób) z Polski (15,1%) i 79,6% (269 osób) z Białorusi. Tylko w ciągu dnia włączało telefon 6,3% (43 osoby) studentów, w tym 3,8% (13 osób) z Polski i 8,9% (30 osób) z Białorusi. Wyłącznie w określonych porach lub sytuacjach miało włączony telefon 13,8% ankietowanych (93 osoby), w tym 16,3% (55 osób) z Polski i 11,3% (38 osób) z Białorusi. Studenci generalnie uważali, że w dzisiejszych czasach nie można nie korzystać z telefonu komórkowego. Tak uważało 52% (351 osób badanych, w tym 56,5% (191 osób) z Polski i 47,5% (160 osób) z Białorusi. Odmienną opinię wyraziło 40,6%

(274 osoby) respondentów, w tym 30,5% (103 osoby) z Polski i 12,1% (171 osób) z Białorusi. W tej kwestii jednoznacznej opinii nie miało 7,4% (50 osób) ankietowanych, w tym 13% (44 osoby) z Polski i 1,8% (6 osób) z Białorusi. Różnice te były znamienne istotnie statystycznie (p=0,0000).

**Tabela IX. Sposoby wykorzystania telefonu komórkowego przez badanych studentów**

| Wykorzystanie telefonu komórkowego | Kraj | | | | *p* |
|---|---|---|---|---|---|
| | Polska | | Białoruś | | |
| | *N* | % | *N* | % | |
| **Do rozmów** | 337 | 99.7% | 333 | 98.8% | 0.1770 |
| **Do SMS-ów** | 321 | 95.0% | 289 | 85.,8% | 0.0001*** |
| **Aparat fotograficzny** | 296 | 87.6% | 209 | 62.0% | 0.0000*** |
| **Korzystanie z Internetu** | 287 | 84.9% | 109 | 32.3% | 0.0000*** |
| **Zegarek** | 297 | 87.9% | 274 | 81.3% | 0.0182* |
| **Do gier** | 113 | 33.4% | 95 | 28.2% | 0.1403 |
| **Do notatek** | 100 | 29.6% | 107 | 31.8% | 0.5419 |
| **Odbierania poczty głosowej** | 53 | 15.7% | 17 | 5,0% | 0.0000*** |

Wykazano także (Tab. X) istotne statystycznie różnice w opiniach studentów z Polski i z Białorusi w zakresie opinii o dawaniu przez telefon komórkowy poczucia bezpieczeństwa (p=0,0000), ułatwianiu kontaktu z ludźmi (p=0,0000), umożliwieniu rodzicom kontroli nad dziećmi (p=0,0030) oraz dawaniu poczucia ważności i pewności siebie (p=0,0073).

**Tabela X. Opinie badanych studentów na temat tego, co daje im posiadanie telefonu komórkowego**

| Co daje telefon komórkowy? | Kraj | | | | *p* |
|---|---|---|---|---|---|
| | Polska | | Białoruś | | |
| | *N* | % | *N* | % | |
| **daje poczucie bezpieczeństwa** | 291 | 86.1% | 229 | 68.0% | 0.0000*** |
| **ułatwia kontakt z ludźmi** | 292 | 86.4% | 246 | 73.0% | 0.0000*** |
| **jest narzędziem pracy** | 255 | 75.4% | 239 | 70.9% | 0.1847 |
| **umożliwia rodzicom kontrolę nad dziećmi** | 136 | 40.2% | 174 | 51.6% | 0.0030** |
| **daje poczucie ważności i pewności siebie** | 11 | 3.3% | 27 | 8.0% | 0.0073** |
| **nic nie daje, tylko naraża na koszty** | 4 | 1.2% | 11 | 3.3% | 0.0667 |

Większość ankietowanych (58,2% - 393 osoby), zdecydowanie więcej na Białorusi (67,7% -228 osób), niż w Polsce (48,8% -165 osób), uważało, iż korzystanie z telefonu komórkowego może być szkodliwe. O tym, że może być szkodliwe, ale tylko dla

dzieci przekonanych było 10,5% (71 osób) studentów, w tym 11,2% (38 osób) z Polski i 9,8% (33 osoby) z Białorusi. 95 osób (14,1%) badanych, w tym 8% (27 osób) z Polski i 20,2% (68 osób) z Białorusi nie było przekonanych o szkodliwości telefonów, a 17,2% (116 osób), w tym 32% (108 osób) z Polski i 2,4% (8 osób) z Białorusi, nie potrafiło się jednoznacznie wypowiedzieć w tej kwestii.

Różnice w wypowiedziach były znamienne istotnie statystycznie pomiędzy krajami (p=0,0000).

Ankietowani z Białorusi (31,2% - 105 osób) istotnie statystycznie rzadziej (p=0,0000), niż studenci z Polski (10,4% - 35 osób), zwracali uwagę na krępujące i denerwujące zachowania właścicieli telefonów komórkowych. Dotyczyło to generalnie 20,7% (140 osób) badanych. Często takie odczucia miało 17,3% (117 osób) badanych, w tym 22,2% (75 osób) z Polski i 12,5% (42 osoby) z Białorusi, a czasami 48,6% (328 osób) studentów, w tym 42% (142 osoby) z Polski i 55,2% (186 osób) z Białorusi. Jednoznacznie nie zadeklarowało się 13,3% (90 osób) respondentów, w tym 25,4% (86 osób) z Polski i 1,2% (4 osoby) z Białorusi.

Ciekawą kwestią wydają się być zachowania właścicieli komórek w różnych sytuacjach życiowych. Ankietowane osoby zapytano, w jakich sytuacjach prowadzą normalnie rozmowę przez telefon komórkowy, kiedy starają się czynić to dyskretnie, kiedy w ogóle nie odbierają telefonu lub wyłączają go wcześniej, a kiedy nie wyłączają wcale.

Wyniki zebrano w zbiorczej Tabeli XI, w której zaprezentowano procentowy rozkład odpowiedzi dla każdej hipotetycznej sytuacji życiowej w grupie polskiej i białoruskiej.

Dokonano także oceny istotności różnic pomiędzy grupami za pomocą testu niezależności chi-kwadrat. Jak widać, istniały znamienne statystycznie różnice w obyczajach dotyczących korzystania z telefonów komórkowych w miejscach publicznych.

Trudno o jednoznaczną globalną ocenę, ale wydaje się, że studenci z Białorusi, byli nieco bardziej liberalni w powyższych kwestiach niż studenci z Polski, choćby odnośnie rozmów prowadzonych przez telefon komórkowy w pociągu, w pracy, w sklepie, w kawiarni, czy na randce. Były jednakże wskazane miejsca (jak na przykład urząd, czy przyjęcie), gdzie to studenci z Polski mniej „obawiali się" korzystania z telefonu komórkowego niż ich koledzy z Białorusi.

W Tabeli XII szczegółowo przedstawiono przegląd opinii i zachowań związanych z korzystaniem z telefonu komórkowego. Studenci z Polski najczęściej (87%) deklarowali, że

telefon komórkowy daje im poczucie bezpieczeństwa (wezwanie pogotowia, policji), a studenci z Białorusi (72,7%), że najważniejsze jest aby telefon miał odpowiednią stylistykę.

**Tab. XI. Zasady korzystania z telefonu komórkowego w miejscach publicznych**

| Zasady korzystania | Kraj | | | | | | | | | | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Polska | | | | | Białoruś | | | | | |
| | swobodna rozmowa | dyskretna rozmowa | nie odbieranie | wyłączenie telefonu | trudno powiedzieć | swobodna rozmowa | dyskretna rozmowa | nie odbieranie | wyłączenie telefonu | trudno powiedzieć | |
| **na cmentarzu** | 1% | 22% | 33% | 39% | 4% | 5% | 25% | 39% | 23% | 9% | 0.0000*** |
| **na przyjęciu** | 4% | 63% | 19% | 8% | 6% | 1% | 10% | 52% | 35% | 3% | 0.0000*** |
| **na randce** | 3% | 12% | 48% | 24% | 14% | 35% | 28% | 23% | 6% | 8% | 0.0000*** |
| **u lekarza** | 1% | 9% | 37% | 50% | 3% | 4% | 10% | 55% | 27% | 4% | 0.0000*** |
| **w kawiarni, restauracji** | 10% | 64% | 17% | 5% | 4% | 27% | 60% | 7% | 4% | 2% | 0.0000*** |
| **w kinie** | 1% | 5% | 26% | 63% | 4% | 1% | 30% | 42% | 24% | 3% | 0.0000*** |
| **w kościele** | 1% | 3% | 19% | 74% | 4% | 3% | 4% | 54% | 35% | 4% | 0.0000*** |
| **w pociągu/ autobusie** | 20% | 68% | 9% | 2% | 1% | 44% | 50% | 2% | 1% | 2% | 0.0000*** |
| **w pracy** | 6% | 51% | 24% | 12% | 8% | 29% | 53% | 9% | 5% | 4% | 0.0000*** |
| **w sklepie** | 29% | 58% | 8% | 2% | 2% | 59% | 37% | 2% | 1% | 2% | 0.0000*** |
| **w szpitalu podczas odwiedzin** | 2% | 33% | 38% | 19% | 7% | 10% | 49% | 29% | 7% | 5% | 0.0000*** |
| **w teatrze** | 0% | 3% | 22% | 71% | 4% | 2% | 11% | 54% | 31% | 2% | 0.0000*** |
| **w trakcie zajęć** | 1% | 7% | 34% | 53% | 4% | 1% | 16% | 53% | 25% | 5% | 0.0000*** |
| **w urzędzie** | 4% | 21% | 38% | 33% | 6% | 2% | 5% | 53% | 34% | 6% | 0.0000*** |

Respondenci generalnie w 80,5% (545 osób) byli przekonani, iż od telefonu komórkowego można się uzależnić, w tym 91,4% (309 osób) z Polski i 69,6% (236 osób) z Białorusi. Odmiennie uważało 11,7% (79 osób) badanych, w tym 2,7% (9 osób) z Polski i 20,6% (70 osób) z Białorusi. Problem z odpowiedzią miało 7,8% (53 osoby) badanych, w tym 5,9% (20 osób) z Polski i 9,7% (33 osoby) z Białorusi.

Wykazano w tej kwestii istotne statystycznie różnice pomiędzy opiniami studentów z obu krajów (p=0,0000). Pewne różnice występowały także w kwestii określenia „grup ryzyka", jeśli chodzi o uzależnienie się od telefonu komórkowego.

**Tabela XII. Wybrane zachowania studentów związane z używaniem telefonu komórkowego**

| Wybrane zachowania | Kraj | | | | *p* |
|---|---|---|---|---|---|
| | Polska | | Białoruś | | |
| | *N* | % | *N* | % | |
| **Telefon komórkowy daje poczucie bezpieczeństwa (wezwanie pogotowia, policji)** | 294 | 87.0% | 218 | 64.7% | 0.0000*** |
| **Szukam własnej komórki, gdy w pobliżu rozlega się dzwonek telefonu** | 65 | 19.2% | 46 | 13.6% | 0.0505 |
| **Telefon jest najważniejszym narzędziem i pośrednikiem w kontaktach z innymi** | 165 | 48.8% | 176 | 52.2% | 0.3758 |
| **Niepokoję się, gdy długo nikt do mnie nie dzwoni lub nie przychodzi SMS** | 31 | 9.2% | 50 | 14.8% | 0.0235* |
| **Odczuwam dyskomfort, kiedy nie mam do dyspozycji naładowanego aparatu** | 93 | 27.5% | 177 | 52.5% | 0.0000*** |
| **Klawiatura mojego aparatu jest mocno zużyta** | 9 | 2.7% | 32 | 9.5% | 0.0002*** |
| **Zdarza się, iż budzę się w nocy, aby czytać SMS lub na nie odpowiadać** | 52 | 15.4% | 13 | 3.9% | 0.0000*** |
| **Mój nastrój w danym dniu zależy od ilości otrzymanych SMS-ów** | 5 | 1.5% | 9 | 2.7% | 0.2775 |
| **Mój nastrój w danym dniu zależy od ilości przeprowadzonych rozmów** | 9 | 2.7% | 12 | 3.6% | 0.5016 |
| **Zdarza mi się wysyłać wiadomości również do siebie samego** | 7 | 2.1% | 5 | 1.5% | 0.5637 |
| **Zdarza mi się wysyłać wiadomości do osób znajdujących się w pobliżu** | 72 | 21.3% | 28 | 8.3% | 0.0000*** |
| **Nabywam coraz to nowe modele aparatów komórkowych** | 43 | 12.7% | 42 | 12.5% | 0.9192 |
| **Przy wyborze aparatu przywiązuję szczególną wagę do jego koloru** | 57 | 16.9% | 52 | 15.4% | 0.6128 |
| **Przy wyborze aparatu przywiązuję szczególną wagę do jego stylistyki** | 82 | 24.3% | 245 | **72.7%** | 0.0000*** |
| **Przy wyborze aparatu przywiązuję szczególną wagę do jego ceny** | 182 | 53.8% | 160 | 47.5% | 0.0980 |
| **Często chwalę się innym funkcjami, w jakie jest wyposażony mój aparat** | 12 | 3.6% | 9 | 2.7% | 0.5104 |
| **Prowadzę bardzo głośne rozmowy** | 11 | 3.3% | 5 | 1.5% | 0.1305 |
| **Pozwalam na długie dzwonienie aparatu przed odebraniem połączenia** | 5 | 1.5% | 11 | 3.3% | 0.1275 |
| **Przejawiam nadmierne zainteresowanie grami znajdującymi się w telefonie** | 8 | 2.4% | 14 | 4.2% | 0.1910 |
| **Traktuję telefon, jako konsolę do gry** | 18 | 5.3% | 29 | 8.6% | 0.0941 |
| **Gram do momentu, gdy nie pobiję nowego rekordu w danej grze** | 12 | 3.6% | 22 | 6.5% | 0.0769 |
| **Wolę rozmawiać przez telefon niż w cztery oczy** | 11 | 3.3% | 16 | 4.7% | 0.3222 |

Generalnie większość badanych - 82,1% (556 osób), w tym 91,7% (310 osób) z Polski i 72,6% (246 osób) z Białorusi, uważała od telefonu komórkowego mogą być uzależnieni wszyscy. W tej grupie wyłącznie dzieci widziało 5% (34 osoby) badanych, w tym 0,6% (2

osoby) z Polski i 9,4% (32 osoby) z Białorusi, a tylko dorosłych - 1% (7 osób) badanych, w tym 0,9% (3 osoby) z Polski i 1,2% (4 osoby) z Białorusi. Problem z odpowiedzią miało 11,9% (80 osób) badanych, w tym 6,8% (23 osoby) z Polski i 16,8% (57 osób) z Białorusi. Różnice w powyższej kwestii pomiędzy krajami były istotne statystycznie (p=0,0000).

Za kluczowy wynik, który był przedmiotem dalszych szczegółowych analiz, uznano pomiar poziomu uzależnienia od telefonu komórkowego za pomocą standaryzowanego kwestionariusza Guerreschiego.

Na podstawie 10 składowych pytań, w których ankietowani mogli wybrać jeden z trzech wariantów odpowiedzi, wyznaczono miarę sumaryczną (od 10 do 30 pkt.), która określała poziom uzależnienia od telefonu komórkowego, przy czym wartość najniższa oznaczała zupełny brak uzależnienia od telefonu, zaś wartość najwyższa - uzależnienie na maksymalnym możliwym poziomie.

W Tabeli XIII przedstawiono informacje o rozkładzie wyników testu Guerreschiego wśród ankietowanych z obu krajów, którzy posiadali telefon komórkowy.

**Tabela XIII. Uzależnienie od telefonu komórkowego oceniane za pomocą testu Guerreschiego**

| **Kraj** | **Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (pkt.)** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{x}$ | Me | $s$ | $c_{25}$ | $c_{75}$ | min | max |
| Polska | 21.1 | 21 | 2.4 | 19 | 23 | 15 | 28 |
| Białoruś | 20.2 | 20 | 2.2 | 19 | 22 | 14 | 28 |
| $p$ | **0,0000*** ** | | | | | | |

| **Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (pkt.)** | **Kraj** | | **Razem** |
|---|---|---|---|
| | **Polska** | **Białoruś** | |
| **10-13** | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 |
| **14-17** | 22 (6.5%) | 33 (9.8%) | 55 (8.1%) |
| **18-21** | 173 (51.2%) | 219 (65.0%) | 392 (58.1%) |
| **22-25** | 127 (37.6%) | 78 (23.1%) | 205 (30.4%) |
| **26-30** | 16 (4.7%) | 7 (2.1%) | 23 (3.4%) |
| **Razem** | 338 | 337 | 675 |

Poziom uzależnienia w obu grupach można określić jako przeciętny, ponieważ wartości średnie sytuowały się mniej więcej pośrodku zakresu od 20 do 30 punktów.

Nieco wyższy poziom uzależnienia wykazywali respondenci z Polski niż z Białorusi (średnio 21,1 pkt. vs. 20,2 pkt). Jednak ta relatywnie niewielka różnica nie była kwestią przypadku i na podstawie niskiej wartości prawdopodobieństwa testowego $p$ można

wnioskować o znamiennej różnicy w poziomie uzależnienia od telefonu komórkowego pomiędzy studentami z Polski i z Białorusi – była to różnica na niekorzyść zbiorowości polskiej.

Rozkład wartości miary uzależnienia od telefonu komórkowego przedstawiono także w formie rozkładu procentowego w przedziałach o rozpiętości 4 pkt.

W zbiorowości polskiej nie wykazano statystycznie istotnej zależności pomiędzy rokiem studiów a poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego.

Wynik testu Kruskala-Wallisa to $p = 0{,}5936$. W zbiorowości białoruskiej poziom uzależnienia od telefonu komórkowego był nieco mniejszy na starszych latach studiów, nie było jednak podstaw do tego, by uznać tę zależność za wiarygodną.

Wynik testu Kruskala-Wallisa to $p = 0{,}1272$, co oznacza brak istotności statystycznej różnic pomiędzy poszczególnymi latami studiów w poziomie uzależnienia od telefonu komórkowego. Wyniki obrazuje Tabela XIV.

**Tabela XIV. Uzależnienie od telefonu komórkowego w zależności od roku studiów**

| Rok studiów | Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{x}$ | Me | $s$ | $c_{25}$ | $c_{75}$ |
| **zbiorowość polska ($p$ = 0,5936)** | | | | | |
| **I** | 56.5 | 45.0 | 19.6 | 45.0 | 72.5 |
| **II** | 56.4 | 55.0 | 12.5 | 50.0 | 65.0 |
| **III** | 56.0 | 55.0 | 10.8 | 50.0 | 65.0 |
| **IV (I mgr)** | 53.9 | 55.0 | 10.1 | 47.5 | 60.0 |
| **V (II mgr)** | 54.6 | 55.0 | 10.8 | 45.0 | 60.0 |
| **zbiorowość białoruska ($p$=0,1272)** | | | | | |
| **I** | 53.6 | 55.0 | 12.3 | 45.0 | 60.0 |
| **II** | 53.5 | 55.0 | 12.1 | 45.0 | 60.0 |
| **III** | 50.2 | 50.0 | 11.2 | 45.0 | 55.0 |
| **IV (I mgr)** | 50.6 | 50.0 | 10.4 | 45.0 | 55.0 |
| **V (II mgr)** | 50.5 | 50.0 | 10.6 | 46.0 | 55.0 |

Kolejna analizowana skala dotyczyła oceny siły własnej woli, z zastosowaniem testu ocena siły własnej woli wg Bielak, składającego się z 15 pytań, na które odpowiedzi były punktowane w skali od 0 do 2 pkt. Maksymalna możliwa wartość wynosząca 30 pkt. oznaczała osobę o silnej woli, podczas gdy wartości niskie - o słabej woli. Dokonano także

kategoryzacji uzyskanych wartości miar oceny własnej woli do trzech rozłącznych grup – osób ze słabą, średnią i silną wolą.

Na podstawie uzyskanych wyników, tak dla miary liczbowej, jak i dla podziału na trzy kategorie wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy zbiorowością polską i białoruską ($p$ = 0,0000). Okazało się, że ankietowani studenci z Polski wykazywali się silniejszą własną wolą (średnia 20,0±3,7), niż studenci z Białorusi (średnia 18,4.±3,8). Wyniki obrazują Tabela XV.

Generalnie 64,8% badanych (439 osób) wykazywało średni poziom silnej woli, w tym 57,7% (195 osób) z Polski i 72% (244 osoby) z Białorusi. Silną wolę posiadało 30,3% badanych (205 osób), w tym 39,1% (132 osoby) z Polski i 21,5% (73 osoby) z Białorusi, a słabą wole - 4,9% (33 osoby) badanych, w tym 3,3% (11 osób) z Polski i 6,5% (22 osoby) z Białorusi. Były to zależności istotne statystycznie ($p$ = 0,0000).

W badaniu zastosowano także Test samooceny własnej osoby wg Bielak, składający się z 32 pytań, na podstawie których wyznaczano liczbową miarę samooceny (od 0 do 128 punktów), przy czym niskie wartości świadczyły o samoocenie zawyżonej, a wysokie – o zaniżonej. Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, iż większość ankietowanych studentów posiadało zaniżoną samoocenę. Średnia liczba punktów uzyskanych przez studentów z Polski wynosiła 53,1±19,1, zaś studentów z Białorusi - 56,7±17). Różnice pomiędzy obiema zbiorowościami były istotne statystycznie (p=0,0101). Wyniki obrazuje Tabela XV.

**Tabela XV. Średnia ocena siły własnej woli i samooceny w obu badanych grupach**

| | **Kraj** | | | | | | | | | | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Polska** | | | | | **Białoruś** | | | | | |
| | $\bar{x}$ | Me | *s* | min | max | $\bar{x}$ | Me | *s* | min | max | |
| **Siła własnej woli** | | | | | | | | | | | |
| **Ocena w punktach** | 20.0 | 20.5 | 3.7 | 8 | 30 | 18.4 | 18.0 | 3.8 | 9 | 30 | 0.0000*** |
| **Samoocena** | | | | | | | | | | | |
| **Ocena w punktach** | 53.1 | 51.0 | 19.1 | 6 | 112 | 56.7 | 55.0 | 17.0 | 10 | 121 | 0.0101* |

Generalnie (70,2% - 475 osób) badani wykazywali zaniżony poziom samooceny, w tym 65,7% (222 osoby) z Polski i 74,6% (253 osoby) z Białorusi.

Zawyżona samoocena dotyczyła 4,6% studentów (31 osób), w tym 5,9% (20 osób) z Polski i 3,2% (11 osób) z Białorusi, a ocena adekwatna - 25,3% (171 osób) - w tym 28,4%

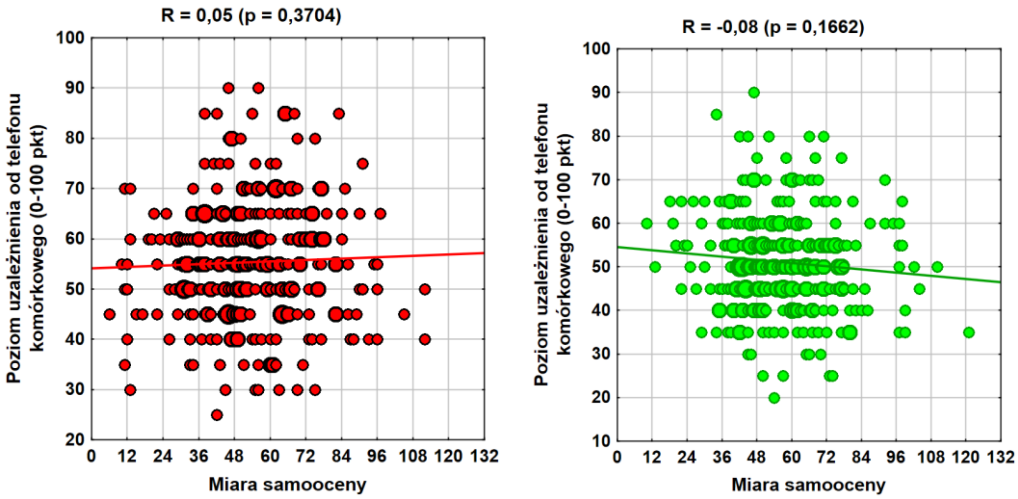
(96 osób) z Polski i 22,1% (75 osób) z Białorusi. Różnice pomiędzy obiema zbiorowościami były istotne statystycznie (p=0,0488).

Samoocena własnej osoby nie była także w żadnym stopniu powiązana z poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego, co obrazują wyniki zawarte w Tabeli XVI.

**Tabela XVI. Ocena punktowa zależności pomiędzy samooceną własnej woli a poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego**

| Samoocena własnej osoby | Kraj | |
|---|---|---|
| | Polska | Białoruś |
| | **Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt)** | |
| **Miara samooceny** | 0,05 ($p$ = 0,3704) | -0,08 ($p$ = 0,1662) |

Brak zależności jest także doskonale uwidoczniony na poniższych wykresach rozrzutu (Ryc. 1).




**Rycina 1. Ocena zależności pomiędzy samooceną własnej woli a poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego**

Również porównanie poziomu uzależnienia od telefonu komórkowego w grupach wydzielonych według poziomu samooceny nie wykazało statystycznie istotnych zależności – ani w zbiorowości polskiej (p=0,4797), ani w zbiorowości białoruskiej (p=0,3042). Wyniki obrazuje Tabela XVII.

Nie stwierdzono występowania zależności pomiędzy opinią na temat kosztów korzystania z telefonów komórkowych a uzależnieniem od tych urządzeń. Na potrzeby

analizy połączono nieliczną grupę osób uważających, że korzystanie z komórek jest „często" kosztowne z grupą wskazującą odpowiedź „czasami".

**Tabela XVII. Ocena zależności pomiędzy samooceną własnej woli a poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego**

| Poziom samooceny | Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt.) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kraj | | | | | | | |
| | Polska | | | | Białoruś | | | |
| | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* |
| zawyżona | 20 | 53,0 | 55,0 | 11,2 | 11 | 56,0 | 55,0 | 6,6 |
| adekwatna | 96 | 54,6 | 55,0 | 10,8 | 75 | 51,6 | 50,0 | 11,5 |
| zaniżona | 222 | 55,8 | 55,0 | 12,5 | 253 | 50,8 | 50,0 | 11,0 |
| *p* | 0,4797 | | | | 0,3042 | | | |

Wyniki oceny zależności przekonania o kosztowności generalnie korzystania z telefonu komórkowego a poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego obrazuje Tabela XVIII, a oceny zależności przekonania o kosztowności korzystania z własnego telefonu komórkowego a poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego - Tabela XIX .

**Tabela XVIII. Ocena zależności przekonania o kosztowności korzystania z telefonu komórkowego a poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego**

| Czy korzystanie z telefonu komórkowego bywa zbyt kosztowne? | Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt.) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kraj | | | | | | | |
| | Polska | | | | Białoruś | | | |
| | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* |
| **często/czasami** | 15 | 57,7 | 55,0 | 13,5 | 102 | 51,7 | 50,0 | 12,1 |
| **trudno powiedzieć** | 65 | 54,3 | 55,0 | 12,1 | 85 | 50,7 | 50,0 | 10,3 |
| **nie** | 258 | 55,6 | 55,0 | 11,9 | 152 | 51,1 | 50,0 | 10,8 |
| ***p*** | 0,5605 | | | | 0,8402 | | | |

**Tabela XIX. Ocena zależności przekonania o kosztowności korzystania z <u>własnego</u> telefonu komórkowego a poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego**

| Czy korzystanie z telefonu komórkowego bywa zbyt kosztowne (osobiście)? | Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kraj | | | | | | | |
| | Polska | | | | Białoruś | | | |
| | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* |
| **często/czasami** | 60 | 56,5 | 55,0 | 11,7 | 87 | 51,1 | 50,0 | 11,5 |
| **trudno powiedzieć** | 24 | 53,1 | 50,0 | 10,7 | 27 | 52,2 | 50,0 | 11,1 |
| **nie** | 254 | 55,5 | 55,0 | 12,2 | 225 | 51,1 | 50,0 | 10,9 |
| ***p*** | 0,5085 | | | | 0,8905 | | | |

Zbadano także, czy fakt posiadania własnego komputera wpływał na poziom uzależnienia od telefonu komórkowego. Analizę przeprowadzono raczej *pro forma*, bowiem grupa „kontrolna", czyli osoby nieposiadające komputera, była bardzo nieliczna i trudno mówić tu o wiarygodnych porównaniach (szczególnie w zbiorowości polskiej).

Jak można było w takiej sytuacji przypuszczać, nie udało się stwierdzić statystycznie istotnej zależności faktu posiadania komputera i poziomu uzależnienia od telefonu komórkowego, ani w zbiorowości polskiej (p= 0,7732), ani białoruskiej (p=0,8766). Wyniki zamieszczono w poniższej zbiorczej Tabeli XX.

**Tab. XX. Ocena zależności pomiędzy poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego a posiadaniem własnego komputera**

| Posiadanie własnego komputera | Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kraj | | | | | | | |
| | Polska | | | | Białoruś | | | |
| | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* | *N* | $\bar{x}$ | Me | *s* |
| **tak** | 334 | 55,5 | 55,0 | 11,9 | 313 | 51,2 | 50,0 | 11,2 |
| **nie** | 4 | 53,8 | 47,5 | 21,7 | 24 | 50,8 | 50,0 | 9,4 |
| ***p*** | 0,7732 | | | | 0,8766 | | | |

## DYSKUSJA

Castells twierdzi, że *„Internet jest globalną siecią komunikacyjną, lecz sposób jego wykorzystania i jego ewolucyjna natura są produktem ludzkiego działania w określonych warunkach. Od czytelnika zależy, jak zinterpretuje i wykorzysta zaproponowane mu opublikowane teksty, teorie, obserwacje"* [10].

Majchrzak i Ogińska-Bulik badaniem objęli 400 osób. Ponad połowa ankietowanych użytkowała Internet więcej niż 3 lata i spędzała w sieci od 1 do 100 godzin tygodniowo, średnio 14 godzin. Najwięcej osób korzystało z komputera od 1 do 10 godzin w tygodniu (odpowiednio 43,3% mężczyźni i 74 % kobiety) [11].

Marcinkowski i wsp. badaniem objęli 976 studentów [12]. Okazało się, iż 7 i więcej godzin dziennie w sieci spędzało w sieci - 12% studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Kaliszu i 7% z Uniwersytetu Adama Mickiewicza w ciągu tygodnia oraz 15% Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Kaliszu i 9% z Uniwersytetu Adama Mickiewicza. Do intensywnego myślenia o Internecie i jego możliwościach przyznało się

25% z Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Kaliszu i 14% z Uniwersytetu Adama Mickiewicza. 13% z Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Kaliszu i 8% z Uniwersytetu Adama Mickiewicza twierdziło, że Internet pomaga im w redukowaniu negatywnych uczuć i złego samopoczucia. Pragnienie codziennego surfowania w Internecie wskazało 11% studentów z Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Kaliszu i 7% z Uniwersytetu Adama Mickiewicza [12].

W obecnym badaniu studenci najczęściej (25,4%) deklarowali, iż spędzali przed komputerem ok. 2 godzin dziennie, a 16,5% ogółu studentów, w tym 19,2% z Polski i 13,9% z Białorusi, aż po 5 lub więcej godzin.

Sugeruje się, że od 6% do 30% użytkowników jest uzależnionych od Internetu, głównie młodych mężczyzn oraz mieszkańców wielkich miast [13].

W badaniach Majchrzaka do grupy niskiego ryzyka uzależnienia od Internetu zaliczono ponad 18% kobiet i 25% mężczyzn, do grupy umiarkowanego ryzyka - ponad połowę studentów obu płci, a do osób zagrożonych wysokim ryzykiem uzależnienia od sieci - 23% kobiet i 25% mężczyzn [11].

Barłóg i wsp. badaniem objął 536 studentów, pięciu dużych ośrodków akademickich Polski (Lublin, Szczecin, Opole, Wrocław i Kraków). 31% badanych przejawiało symptomy uzależnienia o Internetu [14]. W grupie 976 studentów badanych przez Marcinkowskiego i wsp.z powodu nadaktywności w sieci występowały problemy z rodziną, szkołą, pracą, ze zdrowiem (bóle głowy, kręgosłupa, mdłości, niepewność siebie, uczucie strachu, poczucie beznadziejności, przygnębienie, wewnętrzna pustka) [12].

W obecnym badaniu w obu zbiorowościach rok studiów nie różnicował występowania uzależnienia od Internetu, ale wśród studentów z Białorusi było nieco więcej osób zagrożonych uzależnieniem lub już uzależnionych od Internetu. Wyniki te można uznać za ciekawe z racji na fakt, iż studenci białoruscy byli posiadaczami mniejszej liczby komputerów. Potwierdzają to wyniki badań Barłoga i wsp., który weryfikując relacje poziomu objawów uzależnienia z rodzajem studiowanego kierunku wykazał, że studenci kierunków medycznych cechowali się wyższym poziomem objawów uzależnienia od Internetu, w porównaniu ze studentami kierunków humanistycznych i ścisłych, a mogło by się wydawać, że to właśnie osoby studiujące na kierunkach ścisłych/ informatycznych, będą wykazywały wyższy poziom uzależnienia [14]. Tym bardziej studenci kierunków medycznych powinni znać negatywne skutki wielogodzinnego przebywania w sieci począwszy od wad postawy, dolegliwości bólowych kręgosłupa, ramion, przedramion,

przegubów, dłoni, nadwyrężenia mięśni karku i nadgarstka, bólu, zmęczenia oczu, pogorszenia widzenia, po objawy odstawienia [15,16]. Niestety obecnie bezprzewodowy Internet jest tak popularny i łatwy w użyciu, jak jego wersja kablowa, liczba telefonów i smartfonów stale wzrasta, co także sprzyja rozwojowi kolejnego uzależnienia - nomofobii [17].

W obecnym badaniu większość badanych z obu grup - 100% z Polski i 99,4% z Białorusi posiadało telefon komórkowy, w tym w grupie białoruskiej najczęściej od 2 do 5 lat (55,5%), zaś w polskiej od 6 do 10 lat (57,7%). W grupie białoruskiej 25,8% studentów, w porównaniu z 9,8% polskich posiadało aż dwa telefony. Wydaje się to zgodne z duchem czasów, ponieważ telefony komórkowe ułatwiają studentom kontakt z prowadzącymi zajęcia, odczytywać wyniki egzaminów, plan zajęć i posiadają wiele dodatkowych funkcji, które ułatwiają im studiowanie. Ponadto personalizacja telefonów komórkowych (możliwość ustawienia wybranych przez siebie dzwonków, wygaszaczy ekranów, własnej grafiki, wymarzonego modelu i różnych jego opcji funkcjonalnych typu zegar, notes, kalkulator, organizator, czy mobilnych typu radio, dyktafon, GPS, odtwarzacz MP3, kamera, aparat fotograficzny, Internet, gry, akceptacja kart płatniczych) stwarza ich właścicielom możliwości pokazania własnej tożsamości, poczucia własnej wartości i statusu społecznego.

Warto jednak pamiętać, że w dobie tak szybkiego postępu technologicznego, gdy nowoczesne telefony komórkowe (smartfony) to miniaturowe komputery z nieograniczonym dostępem do Internetu, nie można mówić o problematycznym korzystaniu z telefonu komórkowego, nie biorąc pod uwagę korzystania z Internetu z jego pomocą.

Według Bloca nadmierne wysyłanie SMS daje się zakwalifikować jako problem, który powoduje ogromne zniszczenia w ludzkiej psychice [8].

Powyższą teorię popiera argumentem, że osoby nierozstające się nawet na chwilę z telefonem komórkowym, nadmierne pisanie SMS-ów traktują jako rodzaj używki, a odebranie im np. na kilka godzin komórki, może sprowokować napad agresji, niepokoju, rozkojarzenia lub nawet depresję. Jego zdaniem dorośli, w przeciwieństwie do dzieci, reagują bardziej agresywnym zachowaniem i silniej wyrażają chęć szukania innego telefonu, z którego mogliby skorzystać [8].

Studenci z obecnego badania używali swojego telefonu komórkowego do wysyłania SMS (95% z Polski i 85,8% z Białorusi), robienia zdjęć (87,6% z Polski i 62% z Białorusi), korzystania z Internetu (84,9% z Polski, 32,2% z Białorusi) i odbierania poczty głosowej

(15,7% z Polski i 5% z Białorusi). Ankietowanym z Polski trudniej (56,5%), niż studentom z Białorusi (47,4%) było wyobrazić sobie życie we współczesnym świecie bez korzystania z telefonu komórkowego. Wykazano także, że telefon był zawsze włączony u 79,9% badanych z Polski i 79,6% z Białorusi. Powyższe być może wynika z faktu, iż osoby posiadające telefon komórkowy czują się bezpieczniej w różnych sytuacjach, takich jak np. wzywanie pomocy, potrzeba kontaktu z najbliższymi. Młodzi wykorzystują telefony także do wyszukiwania promocji, zakupów, przeliczania kalorii, słuchania ulubionej muzyki, ściąganie aplikacji wspomagającej przyswajanie wiedzy, jak np. Graphing Calculator by Mathlab, World Countries All-In-One, Aldikoebook leader, SuperMemo World, SuperMemo 98 9.3 itp. [17,18].

Obendorf przytacza badanie Codaconsa przeprowadzone we Włoszech w grupie 300 wolontariuszy, w wieku od 20. do 30. roku życia przy braku swojego telefonu zmieniało swoje zachowanie (70%), nie mogło się obejść bez niego (70%), obserwowało reakcje wcześniej nie występujące np. ciągłe zerkanie na zegarek, szukanie telefonu, gdy w pobliżu usłyszeli dzwonek, ciągłe wkładanie i wyjmowanie rąk z kieszeni (35%), traciło panowanie nad sobą, podnosiło głos, kłóciło się (25%) a 10% wykazywało nawet objawy depresyjne [cyt. za 19].

Zdecydowanie więcej studentów z Białorusi (67,7%) niż z Polski (48,8%), uważało, iż korzystanie z telefonu komórkowego może być szkodliwe, a większa cześć (91,4%) respondentów z Polski, niż z Białorusi (69,6%) - że od telefonu komórkowego można się uzależnić. Termin nomofobia był nieco lepiej rozpoznawalny przez respondentów z Polski niż z Białorusi, a zastosowany Test Guerreschiego wykazał, że poziom uzależnienia w obu grupach był przeciętny. Nieco wyższy poziom uzależnienia wykazywali respondenci z Polski (średnio: 21,1 vs. 20,2 pkt).

Powyższe być może wynika z faktu, iż we współczesnych czasach nie ma problemu z zakupem telefonów komórkowych/smart fonów, z racji intensywnego rozwoju technik komputerowych oraz telekomunikacyjnych, w związku gwałtownym spadkiem cen telefonów komórkowych. To z kolei sprzyja rozwojowi uzależnienia od nich i narastaniu problemów zdrowotnych z tym związanych.

W przezwyciężaniu sytuacji trudnych, w tym uzależnień może być przydatne to, jak postrzega się własną osobę (samoocena) i jak wolę (silna, słaba, średnia) się posiad [20]. Silna wola dodaje ludziom energii i determinacji do przezwyciężania trudności, jakie pojawiają się na drodze do celu. Pozwala przezwyciężyć stres i wątpliwości, które zazwyczaj

wystarczają do tego, żeby porzucić dążenie do wytyczonych celów. Podobnie jak stres, jest reakcją organizmu i umysłu na pewne szczególne okoliczności, w których człowiek się znalazł. „*W przypadku silnej woli reakcja, o której mówimy, pojawia się w warunkach wewnętrznego konfliktu, jakiego człowiek doświadcza wtedy, gdy chce zrobić coś, czego robić nie powinien, albo wie, że coś zrobić powinien, a tego nie robi. Manifestacja silnej woli przyjmuje wtedy postać procesów, które mają za zadanie oparcie się pokusie czy przezwyciężenie autodestrukcyjnych impulsów"* [20]. O silnej woli mówimy wówczas, gdy występuje zgodność między podjętym zamiarem a jego realizacją [21]. Siła woli czy siła charakteru nie pomogą wyjść z nałogu i wytrwać w abstynencji. Do tego potrzebna jest motywacja i choćby odrobina wiary w siebie.

Uważa się, iż wola pojawia się często w formie wewnętrznego głosu, który podpowiada nie tylko optymalne rozwiązanie wszelkich życiowych kwestii, ale także wytycza pragnienia wykonania określonych ruchów. Istnienie woli jest równoważne z istnieniem wyboru [22,23]. Według Kuhla, wyróżnia się dwa deficyty woli. Pierwszy - związany z orientacją na stan, (niemożność rozpoczęcia już sformułowanego zamiaru, pobudzenia się do działania), a drugi - powiązany z orientacją na zmienność (niemożność kontynuacji, sfinalizowania już realizowanego zamiaru, przedwczesne jego porzucenie i podejmowanie nowych zadań pod wpływem pokus wewnętrznych lub zewnętrznych). Te deficyty ściśle powiązane są z dwiema podstawowymi funkcjami silnej woli: rozpoczęciem działania pomimo istniejących przeciwności oraz podtrzymywaniem i ochroną realizacji zamiaru wbrew pojawiającym się pokusom. O silnej woli można mówić wtedy, gdy człowiek wybiera pomiędzy pewną liczbą możliwych form przyszłego zachowania, ale jednocześnie nie podlega żadnym przymusom i zniewoleniu. Koncepcja wolnej woli dotyczy osoby aktywnie odpowiadającej na to, co na nią oddziałuje, a nie biernie ulegającej tym czynnikom [22,23].

Podkreśla się także, że u dzieci i młodzieży podejmującej zachowania ryzykowne częściej niż u ich rówieśników, niepodejmujących tego typu zachowań, występuje brak umiejętności rozwiązywania problemów, radzenia sobie z emocjami oraz niska samoocena [24].

W obecnym badaniu silną wolę posiadało 39,1% osób z Polski i 21,5% z Białorusi. Studenci z Polski wykazywali się silniejszą własną wolą (średnia 20,0), niż studenci z Białorusi (średnia 18,4). Większość ankietowanych studentów posiadało zaniżoną samoocenę, przy czym niższa dotyczyła studentów z Polski (śr. 53,1), niż studentów z Białorusi (śr. 56,7).

W obu zbiorowościach rok studiów nie różnicował występowania uzależnienia od telefonu komórkowego. Jest to dość zaskakujący wynik, ponieważ wydaje się, iż studenci, a zwłaszcza kierunków medycznych, w czasie studiów powinni zmienić swoje zachowania zdrowotne. Uzyskane wyniki badań wskazują na potrzebę zwiększenia liczby zajęć dotyczących zachowań ryzykownych i skuteczności działań profilaktycznych skierowanych do studentów kierunków medycznych.

## WNIOSKI

1. Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic poziomu uzależnienia od Internetu w badanych krajach, aczkolwiek wśród studentów z Białorusi było nieco więcej osób zagrożonych uzależnieniem lub już uzależnionych od Internetu.
2. Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego był w obu grupach przeciętny, nieznacznie istotnie statystycznie wyższy w zbiorowości polskiej.
3. Poziom siły własnej woli był istotnie statystycznie wyższy w grupie studentów polskich, a i samooceny własnej osoby w grupie białoruskiej.
4. Nie wykazano powiązania z poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego pomiędzy samooceną własnej osoby, faktem posiadania własnego komputera opinią na temat kosztów korzystania z telefonów komórkowych a uzależnieniem od tych urządzeń

## PIŚMIENNICTWO

1. Becelewska D.: Hobby, przyzwyczajenie czy uzależnienie? Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze 2000; 3: 42-48.
2. Carnes P.: Od nałogu do miłości: jak wyzwolić się z uzależnienia od seksu i odnaleźć prawdziwe uczucie. Poznań, Wydawnictwo Media Rodzina, 2001.
3. Goodman A.: Addiction: definition and implications. British Journal of Addiction to alcohol and other drugs 1990: 1403-1408.
4. Orzechowska A.: Siecioholizm i fonoholizm zagrożeniem współczesnej młodzieży [w:] Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe u młodzieży, Teoria, diagnoza, profilaktyka, terapia. Jarczyńska J. (red.). Bydgoszcz, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, 2014.

5. Jakubik A., Popławska J.: Zespół uzależnienia od Internetu (ZUI) – Internet Addiction Syndrome (IAS). Studia Psychologica, 2003; 4(4): 123-131.
6. Guerreschi C.: Nowe uzależnienia. Wydawnictwo Salwador, Kraków 2006.
7. Shapira N. A., Lessig M. C., Goldsmith T. D., Szabo S.T.: Problematic internet use: Proposed classification and diagnostic criteria. Depression & Anxiety 2003; 17: 207-216.
8. Block J.J.: Issues for DSM-V: Internet Addiction. Journal of the American Psychiatric Association 2008; 165: 306-307.
9. Bielak B.: Jak pomóc uczniom w wyborze zawodu. Warszawa, Wydawnictwo WSIP, 2009.
10. Castells M.: Społeczeństwo sieci. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
11. Majchrzak P., Ogińska-Bulik N.: Uzależnienie od Internetu. Łódź, Wydawnictwo WSHE, 2010.
12. Marcinkowski J.T., Bajek A., Galewska I.: Aktywność studentów w Internecie - oceniana pod kątem uzależnienia od Internetu. Hygeia Public Health 2010; 45(2): 135-142.
13. Pospiszyl I.: Patologie społeczne. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2008.
14. Barłóg M.J.: Uzależnienie od Internetu i jego osobowościowe determinanty. Hygeia Public Health 2015; 50(1): 197-202.
15. Pawłowska B., Potembska E.: Uzależnienie od telefonu komórkowego u gimnazjalistów zagrożonych uzależnieniem od Internetu. Journal Family Medicine & Primary Care Review 2010; 12: 803-804.
16. Potembska E., Pawłowska B.: Właściwości psychometryczne Kwestionariusza do Badania Uzależnienia od Telefonu Komórkowego (KBUTK). Badania nad Schizofrenią 2009; 10: 322-329.
17. King A.L., Valenca A.M., Nardi A.E.: Nomophobia: the mobile phone in panic disorder with agoraphobia: reducing phobias or worsening of dependence? Cognitive and Behavioral Neurology 2010; 23: 52-54.
18. Karpowicz J., Gryż K.: Telefonia bezprzewodowa w naszym życiu. Bezpieczeństwo Pracy – Nauka i Praktyka, 2005; 6: 26-29.
19. Obendorf H.: Minimalism: Designing Simplicity. Springer, Hamburg 2009.
20. http://www.psychologia-spoleczna.pl/kulbat/1774-silna-wola-nie-tylko-dla-orlow.html (data dostępu 20.05.2020).

21. Marszal-Wiśniewska M.: Siła woli u osób uzależnionych od alkoholu, Terapia Uzależnieniai Współuzależnienia, 1999,3, http://www.tuiw.pl/html/1999/wola6d. htm (data dostępu 05.05.2020).
22. Golińska L. Tajemnica silnej woli czyli o tym jak zacząć i dojść do celu. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa, 1996.
23. Kadzikowska-Wrzosek R.: Wolna wola w świetle badań współczesnej psychologii nad procesami samoregulacji i samokontroli. Psychologia Społeczna 2010; 54(15): 330-344
24. Ogińska-Bulik N.: Prężność psychiczna a zadowolenie z życia osób uzależnionych od alkoholu. Alcoholism and Drug Addiction 2014; 27(4): 319-324.

# Zachowania ryzykowne związane z użytkowaniem telefonu komórkowego w grupie studentów kierunków medycznych z Polski i Białorusi a ich samoocena zdrowia, orientacja życiowa i satysfakcja z życia

**Agnieszka Kułak-Bejda[1], Napoleon Waszkiewicz[1], Andrei Shpakou[2], Aliaksandr Shpakau[2], Magdalena Lech[1,3], Grzegorz Bejda[4]**

1. Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Yanka Kupala State University of Grodno, Belarus
3. Zakład Dietetyki i Żywienia Klinicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

## WPROWADZENIE

W naukach społecznych istnieje szereg pojęć określających całe spektrum podobnych do siebie, odbiegających od społecznych standardów zachowań (swoisty rodzaj negatywnych zjawisk z obszaru społecznego życia), w tym „zachowania ryzykowne", „zachowania problemowe", "zachowania dewiacyjne", „zaburzenia zachowania", „niedostosowanie społeczne", „wykolejenie społeczne", „patologia zachowania", „trudności wychowawcze", czy też pierwotnie stosowany termin „zaniedbanie moralne" [1].

Na przestrzeni dziesięcioleci pojawiały się liczne teorie naukowe, które skupiały się na biologicznych, psychicznych, kulturowo-społecznych i ekonomicznych uwarunkowaniach zachowań człowieka i w związku z tym uległo zmianie postrzeganie źródeł zachowań powszechnie nieakceptowanych w społeczeństwie [2].

Koncepcje te wywodzą się od kręgu teorii poznawczych Alberta Bandury oraz koncepcji Iceka Ajzena i Martina Fishbeina, poprzez ujęcie interakcyjne Jessorow, do koncepcji biologicznych (np. teorii Marvina Zuckermana), teorii społecznych (np. koncepcja Ann Caroll), czy też koncepcji socjologicznych (np. teoria Roberta K. Mertona) [1].

Koncepcja Alberta Bandury z roku 1977 opiera się na teorii społecznego uczenia się, zakładającej, iż proces uczenia się zachowań, także tych z kręgu ryzyka, zachodzi na podstawie procesu „*modelowania*", wskutek obserwacji oraz uczenia się, poprzez działania podejmowane przez innych ludzi, pełniących w danym momencie rolę „modela", a także jako

konsekwencje tychże działań [3]. Istotne jest to, że proces nabywania nowych zachowań ma charakter niewymuszony i jest ściśle związany z atrakcyjnością modela [3].

Uważa się, iż w procesie uczenia się kluczową rolę pełnią wzmocnienia pozytywne i negatywne [4].

Fakt ten ma istotne znaczenie w wyjaśnianiu występowania zachowań ryzykownych zwłaszcza u osób młodych, ponieważ w tym okresie jest najbardziej wyrażona potrzeba poszukiwania atrakcyjnych modeli (wzorców) zachowań, nie zawsze mających charakter pozytywny [5].

Obserwowanie różnych zachowań, w tym ryzykownych wśród grupie młodych dorosłych ma ogromne znaczenie dla całego społeczeństwa, zwłaszcza z uwagi na fakt, że młodzież akademicka, stanowiąca główny segment populacji osób młodych, cieszący się dużym prestiżem, może kształtować społeczne potrzeby oraz prezentować racjonalne wzorce zachowań prozdrowotnych.

W licznych doniesieniach różnych autorów [6-19] zwraca się uwagę na niepokojące zjawiska, takie jak rozpowszechnienie spożycia alkoholu (prowadzące do rozwoju np. choroby wrzodowej żołądka, marskości wątroby, niewydolności wewnątrzwydzielniczej trzustki, osteoporozy, osłabienia odporności organizmu, spadku płodności u kobiet, impotencji), palenia papierosów, czy nieprawidłowe nawyki żywieniowe, czy brak aktywności ruchowej. W ostatnich latach coraz częściej zwraca się uwagę na fakt, iż zachowania ryzykowne młodzieży są problemem wielowymiarowym i złożonym. Stad tak ważna wydaje się ocena stanu zdrowia młodzieży oraz poziomu ich zadowolenia życia i koherencji (globalnej orientacji życiowej).

Uważa się, iż pomiędzy zdrowiem a chorobą istnieje kontinuum stanów, które należy rozumieć całościowo, jako dynamiczny proces równoważenia wymagań i zasobów w toku konfrontacji ze stresem [20].

Osoby o silnym poczuciu koherencji mają tendencję do zachowań prozdrowotnych, stąd uwzględniając pojęcie poczucia koherencji, można wykryć zasady rządzące odpornością człowieka na chorobę [20].

## CEL PRACY

Celem pracy była samoocena stanu zdrowia w ostatnich dwóch tygodniach przed badaniem oraz ocena orientacji życiowej i satysfakcji z życia w grupie studentów kierunków medycznych z Polski i Białorusi, w aspekcie uzależnienia od telefonu komórkowego.

## MATERIAŁ I METODYKA

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMB R-I-002/448/2015 oraz Kierownika Katedry Medycyny Sportowej i Rehabilitacji, Państwowego Uniwersytetu im. Janka Kupały w Grodnie i Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Badania przeprowadzono w grupie 338 studentów kierunków medycznych z Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i 339 studentów kierunków medycznych Państwowego Uniwersytetu im. Janka Kupały w Grodnie. Dobór grup był celowy - student kierunku medycznego. W obu grupach rozdano po 350 ankiet. Zwrotnie otrzymano 338 polskich ankiet oraz 339 białoruskich i wszystkie użyto do badania.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankietowego (w języku polskim i rosyjskim) zawierającego:

- Autorski kwestionariusz ankietowy specjalnie skonstruowany do obecnych badań pierwsze pytania dotyczyły: wieku, płci, kierunku, roku studiów, a w następnych pytaniach badanych poproszono o samoocenę stanu ich zdrowia w ostatnich dwóch tygodniach przed badaniem.
- Kwestionariusz orientacji życiowej SOC-29, wg. Aarona Antonovsky'go - pozwalający na ocenę stopnia poczucia koherencji, zakładający że osoby o silnym poczuciu koherencji mają tendencję do zachowań prozdrowotnych, czyli globalnej orientacji człowieka, wyrażającej stopień, w jakim człowiek ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wytłumaczalny oraz że dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce, a także że wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania [20,21,22]. Kwestionariusz składa się z dwudziestu dziewięciu pytań, a na każde z nich możliwych jest siedem odpowiedzi, w tym trzy podskale, odpowiadające konkretnym komponentom poczucia koherencji: PZR - zrozumiałości; PZ - zaradności– sterowalności oraz PS - sensowności. Uważa się, że ogólny poziom koherencji od 120 do 130 punktów - oznacza osoby zdrowe i prawidłowo funkcjonujące; od 146 do 203 pkt.– oznacza, że badany, zarówno świat zewnętrzny, jak i siebie samego (swoje emocje, potrzeby i postępowanie) postrzega jako jasne, zrozumiałe, uporządkowane i spójne, o przyszłości myśli ze spokojem, ma bardzo wysoką motywację do działania, czuje, że

życie ma sens, zaś problemy jakie niesie za sobą życie, są warte wysiłku, poświęcenia oraz zaangażowania, stąd postrzega je nie jako piętrzące się przeszkody trudne do przebycia, ale jako wyzwania, które warto podejmować. Świat jest dla niego przewidywalny i zrozumiały, wykazuje optymistyczną postawę wobec życia, od 81 do 145 pkt. – oznacza, że badany zarówno świat zewnętrzny, jak i siebie samego (swoje emocje, potrzeby i postępowanie) postrzega jako niezbyt zrozumiałe, nieuporządkowane, niejasne, niespójne. Nie potrafi przewidzieć swojej przyszłości, ale wydaje mu się ona raczej mało przewidywalna i niepewna. Ma niską motywację do działania, stąd jego świat jest dla niego trochę nieprzewidywalny i niezrozumiały, a do 80 pkt. – oznacza, że badany zarówno świat zewnętrzny, jak i siebie samego (swoje emocje, potrzeby i postępowanie) postrzega jako niezrozumiałe, nieuporządkowane, niespójne i niejasne. Przyszłość zazwyczaj wydaje mu się nieprzewidywalna, a nawet jeśli próbuje ją przewidywać, to widzi ją w czarnych barwach, lęka się, że nie będzie z pewnością umiał poradzić sobie z problemami, jakie może przynieść mu życie, nie wierzy że wszystko ułoży mu się dobrze, a wręcz obawia się, że jego życie może stać się nie do zniesienia. Nie ma również motywacji do działania - świat jest dla niego nieprzewidywalny i niezrozumiały [20,21,22].

- Skalę satysfakcji z życia SWLS *(Satisfaction With Life Scale*), E. Dienera, R. A. Emmonsa, R.J. Larsona, S. Griffina, w polskiej adaptacji Juczyńskiego - pozwalającą na ocenę stopnia zadowolenia z życia, w kategoriach osób: zdecydowanie niezadowolonych ze swojego życia, bardzo niezadowolonych ze swojego życia, raczej niezadowolonych ze swojego życia, ani zadowolonych, ani niezadowolonych ze swojego życia, raczej zadowolonych ze swojego życia i bardzo zadowolonych ze swojego życia [23]. Uzyskane oceny podlegały zsumowaniu: 5 – 9 pkt. świadczyło o tym, że osoba zdecydowanie niezadowolona ze swojego życia, 10 – 14 pkt. – osoba bardzo niezadowolona ze swojego życia, 15 – 19 pkt. – osoba raczej niezadowolona ze swojego życia, 20 pkt. – osoba ani zadowolona, ani niezadowolona ze swojego życia, 21 – 25 pkt. – osoba raczej zadowolona ze swojego życia, 26 – 30 pkt. – osoba bardzo zadowolona ze swojego życia i 31 – 35 pkt. – osoba zdecydowanie zadowolona ze swojego życia. W interpretacji wyniku stosowano się także do właściwości charakteryzujących skalę stenową, gdzie przyjęto traktować wyniki w granicach: 1 - 4 stena - jako wyniki niskie, 7-10 stena - jako wysokie i 5 i 6 stena - jako przeciętne [23].

W badaniu uczestniczyło ogółem 677 osób, w tym 338 z Polski i 339 z Białorusi. Wśród ankietowanych generalnie przeważały osoby z grupy wiekowej od 21 do 30 lat (56,1% -380 osób), w tym 72,9% (245 osób) z Polski i 39,8% (135 osób) z Białorusi. W grupie wiekowej 18-20 lat, było 43,9% (297 osób) ankietowanych, w tym 27,5% (93 osoby) z Polski i 60,2% (204 osoby) z Białorusi.

W przypadku zbiorowości polskiej struktura ankietowanych studentów według roku studiów była dość zrównoważona – w badanej grupie było relatywnie mało osób z I roku studiów licencjackich (5,9% - 20 osób), zaś relatywnie dużo z II roku (39,1% - 59 osób). Na III roku licencjatu było 17,5% (59 osób) z Polski. Na I roku studiów magisterskich było 22,5% (76 osób) studentów polskich, a na II roku - 15,1% (51 osób). W zbiorowości białoruskiej bardzo niewiele osób z II (1,8% - 6 osób) lub III roku studiów licencjackich (3,2% - 11 osób), a większość z I roku studiów magisterskich (36,3% - 123 osoby) lub II roku (39,8% - 135 osób). Na II roku licencjatu było 18,9% (64 osób) studentów białoruskich.

W badanej zbiorowości dominowały kobiety (519- 76,7%), w tym 79,3% z Polski (268 osób) i 74% (251 osób) z Białorusi. Mężczyźni stanowili zaledwie 23,3% (158 osób), w tym 20,7% (70 osób) w grupie polskiej i 26% (88 osób) w grupie białoruskiej.

W badanej grupie przeważali mieszkańcy miast (69,1% - 468 osób), w tym 53,8% (182 osoby) w Polsce i 84,4% (286 osób) na Białorusi. Na wsi mieszkało 30,9% (209 osób) badanych, w tym 46,2% (156 osób) w Polsce i 15,6% (53 osoby) na Białorusi.

Zastosowane w analizie testy statystyczne posłużyły do oceny, czy zależności i relacje zaobserwowane w próbie są efektem ogólniejszej prawidłowości panującej w całej populacji, czy tylko przypadkowym rezultatem. Wykorzystano Test niezależności chi-kwadrat, testem *t* dla prób niezależnych, analizę wariancji (ang. ANOVA), test nieparametryczny (test Kruskala-Wallisa), współczynnik korelacji rang Spearmana, testu Manna-Whitneya.

## WYNIKI

W ankiecie zapytano o częstość występowania u nich niepożądanych zachowań i złego samopoczucia. Ankietowani udzielali odpowiedzi na 5-cio stopniowej skali przymiotnikowej. W Tabeli I zestawiono procentowy rozkład odpowiedzi w grupie studentów z Polski i z Białorusi. Celem ułatwienia porównania samooceny stanu zdrowia wyznaczono średnie częstości poszczególnych zachowań i zastosowano kodowanie odpowiedzi: 1 – tak, 2 – raczej tak, 3 – trudno powiedzieć, 4 – raczej nie, 5 – nie, uznając, że wyższe wartości punktowe odpowiadają lepszemu stanowi zdrowia.

**Tabela I. Samoocena stanu zdrowia przez studentów**

| Samoocena stanu zdrowia | Kraj | | | | | | | | | | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Polska | | | | | Białoruś | | | | | |
| | tak | raczej tak | trudno powiedzieć | raczej nie | nie | tak | raczej tak | trudno powiedzieć | raczej nie | nie | |
| | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | |
| spędzam czas samotnie | 10% | 9% | 3% | 36% | 42% | 3% | 12% | 2% | 37% | 46% | 0,0043** |
| mniej zajmuję się hobby | 20% | 15% | 7% | 28% | 29% | 30% | 24% | 4% | 18% | 23% | 0,0001*** |
| cierpię na bezsenność | 5% | 4% | 3% | 17% | 71% | 10% | 6% | 1% | 16% | 66% | 0,0108* |
| gorzej się odżywiam | 9% | 14% | 4% | 24% | 49% | 22% | 17% | 1% | 20% | 39% | 0,0000*** |
| mam wahania nastroju | 20% | 12% | 4% | 27% | 38% | 43% | 21% | 1% | 16% | 18% | 0,0000*** |
| wszystko mnie drażni | 10% | 7% | 5% | 28% | 50% | 17% | 18% | 3% | 31% | 32% | 0,0000*** |
| mam problemy z pamięcią | 11% | 12% | 6% | 27% | 45% | 18% | 18% | 2% | 26% | 35% | 0,0011** |
| spoglądam na zegarek | 31% | 16% | 2% | 19% | 32% | 43% | 13% | 1% | 20% | 24% | 0,0086** |
| nerwowe ruchy rąk | 5% | 4% | 1% | 20% | 70% | 14% | 12% | 3% | 19% | 52% | 0,0000*** |
| korzystam za dużo z Internetu | 50% | 14% | 2% | 13% | 22% | 51% | 17% | 2% | 12% | 18% | 0,6342 |
| częste konflikty z otoczeniem | 3% | 1% | 1% | 24% | 70% | 8% | 13% | 2% | 36% | 40% | 0,0000*** |
| odczuwam samotność | 9% | 7% | 3% | 25% | 57% | 14% | 13% | 3% | 30% | 41% | 0,0004*** |
| mam zawroty głowy | 6% | 3% | 1% | 18% | 72% | 23% | 10% | 1% | 19% | 48% | 0,0000*** |
| mam bóle głowy | 19% | 7% | 3% | 20% | 52% | 40% | 15% | 0% | 16% | 28% | 0,0000*** |
| odczuwam zmęczenie | 29% | 17% | 5% | 16% | 33% | 48% | 25% | 0% | 13% | 14% | 0,0000*** |
| mam problemy z koncentracją | 14% | 10% | 3% | 27% | 46% | 21% | 20% | 1% | 31% | 27% | 0,0000*** |
| zmęczenie po każdym wysiłku | 14% | 9% | 6% | 19% | 53% | 18% | 18% | 2% | 20% | 43% | 0,0005*** |
| mam zaburzenia widzenia | 6% | 5% | 1% | 16% | 72% | 27% | 11% | 1% | 15% | 46% | 0,0000*** |
| mam zaburzenia słuchu | 3% | 2% | 1% | 16% | 77% | 5% | 4% | 2% | 21% | 68% | 0,0608 |

Wyznaczono także sumaryczną oceną stanu zdrowia – wyznaczaną jako średnia z 19 ocen składowych. Zestawienie tych wyników, wraz z oceną istotności różnic pomiędzy zbiorowością polską i białoruską za pomocą testu Manna-Whitneya zamieszczono w poniższej Tabeli II.

W przypadku studentów z Polski dominowały przekonania o zaburzeniach słuchu, widzenia, snu, pojawieniu się zawrotów głowy, a w przypadku studentów z Białorusi - o zaburzeniach słuchu, bezsenności i spędzaniu samotnie czasu. Rozkład sumarycznej miary oceny stanu zdrowia przedstawiono też w podziale na przedziały o rozpiętości 0,5 pkt. – w formie tabelarycznej (Tabela III). Generalnie studenci stan swojego zdrowia oceniali w zakresie 4-5,5 pkt., w tym: studenci z Polski najczęściej na 4-4,5 pkt. (27,8%), najrzadziej

na <2 pkt. (0,9%), a studenci z Białorusi - najczęściej na 3-3,5 pkt. lub 3,5-4 pkt. (po 21,8%), najrzadziej na <2 pkt. (4,1%).

**Tabela II. Samoocena stanu zdrowia (średnie częstości) przez studentów**

| Samoocena stanu zdrowia | Kraj | | *p* |
|---|---|---|---|
| | Polska | Białoruś | |
| **spędzam czas samotnie** | 3.91 | 4.11 | 0.1281 |
| **mniej zajmuję się hobby** | 3.31 | 2.81 | 0.0001*** |
| **cierpię na bezsenność** | 4.47 | 4.21 | 0.0545 |
| **gorzej się odżywiam** | 3.90 | 3.37 | 0.0001*** |
| **mam wahania nastroju** | 3.52 | 2.45 | 0.0000*** |
| **wszystko mnie drażni** | 3.99 | 3.43 | 0.0000*** |
| **mam problemy z pamięcią** | 3.83 | 3.43 | 0.0010** |
| **spoglądam na zegarek** | 3.05 | 2.69 | 0.0029** |
| **nerwowe ruchy rąk** | 4.48 | 3.83 | 0.0000*** |
| **korzystam za dużo z Internetu** | 2.42 | 2.29 | 0.4379 |
| **częste konflikty z otoczeniem** | 4.58 | 3.88 | 0.0000*** |
| **odczuwam samotność** | 4.14 | 3.71 | 0.0000*** |
| **mam zawroty głowy** | 4.49 | 3.58 | 0.0000*** |
| **mam bóle głowy** | 3.79 | 2.77 | 0.0000*** |
| **odczuwam zmęczenie** | 3.07 | 2.21 | 0.0000*** |
| **mam problemy z koncentracją** | 3.81 | 3.22 | 0.0000*** |
| **zmęczenie po każdym wysiłku** | 3.87 | 3.53 | 0.0050** |
| **mam zaburzenia widzenia** | 4.45 | 3.42 | 0.0000*** |
| **mam zaburzenia słuchu** | 4.63 | 4.42 | 0.0031** |
| **samoocena stanu zdrowia** | 3.88 | 3.34 | 0.0000*** |

**Tabela III. Samoocena stanu zdrowia w podziale na przedziały o rozpiętości 0,5 pkt.**

| Samoocena stanu zdrowia | Kraj (*p* = 0,0000***) | | Razem |
|---|---|---|---|
| | Polska | Białoruś | |
| <2 | 3 (0.9%) | 14 (4.1%) | 17 (1.03%) |
| [2; 2.5) | 12 (3.6%) | 40 (11.8%) | 52 (7.7%) |
| [2.5; 3) | 27 (8.0%) | 66 (19.5%) | 93 (13.7%) |
| [3; 3.5) | 55 (16.3%) | **74 (21.8%)** | 129 (19.1%) |
| [3.5; 4) | 66 (19.5%) | **74 (21.8%)** | 140 (20.7%) |
| [4; 4.5) | **94 (27.8%)** | 48 (14.2%) | **142 (21%)** |
| >4.5 | 81 (24.0%) | 23 (6.8%) | 104 (15.4%) |
| Razem | 338 | 339 | 677 |

W pracy zbadano także ogólny poziom koherencji i jej komponenty. W tym celu wykorzystano kwestionariusz SOC-29.

Opis rozkładu wyznaczonych miar w grupie polskiej i białoruskiej przedstawiono w poniższej Tabeli IV. Jak widać, znamiennie wyższe było poczucie zrozumiałości oraz sumaryczna miara koherencji w zbiorowości polskiej. Różnice, choć istotne statystycznie nie były bardzo duże – nie przekraczały bowiem, średnio rzecz biorąc, 2-3 punktów. Na podstawie norm opracowanych do kwestionariusza SOC-29 dokonano klasyfikacji badanej zbiorowości do trzech grup – osób o niskiej, średniej i wysokiej koherencji. Odnośnie komponent koherencji otrzymano następujące wyniki: zrozumiałość - śr. w Polsce 43,8 pkt.±7,9 i śr. na Białorusi - 41,5±7,1; zaradność - - śr. w Polsce 46,2 pkt.±8,4 i śr. na Białorusi - 45,6±7,4; sensowność - śr. w Polsce 39,7 pkt.±7,0 i śr. na Białorusi - 38,7±6,8 i koherencja - śr. w Polsce 129,6 pkt.±19,9i śr. na Białorusi - 125,8±16,5. Wyniki takiej klasyfikacji przedstawiono w poniższej Tabeli IV.

**Tabela IV. Komponenty koherencji w badanych grupach studentów**

| SOC-29 | Kraj | | | | | | | | | | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Polska | | | | | Białoruś | | | | | |
| | $\bar{x}$ | Me | *s* | min | max | $\bar{x}$ | Me | *s* | min | max | |
| Zrozumiałość | 43.8 | 43.0 | 7.9 | 22 | 70 | 41.5 | 42.0 | 7.1 | 19 | 64 | 0.0002*** |
| Zaradność | 46.2 | 45.5 | 8.4 | 26 | 68 | 45.6 | 45.0 | 7.4 | 16 | 68 | 0.4316 |
| Sensowność | 39.7 | 40.0 | 7.0 | 14 | 56 | 38.7 | 39.0 | 6.8 | 15 | 56 | 0.0621 |
| Koherencja | 129.6 | 128.5 | 19.9 | 83 | 191 | 125.8 | 125.0 | 16.5 | 66 | 175 | 0.0196* |

Rozważano także wykorzystanie innego sposobu kategoryzacji miary koherencji (wg Crumbaugh), ale ta kategoryzacja dała bardzo jednorodny rozkład, bowiem zdecydowana większość osób „trafiła" do grupy o średnim poziomie koherencji, a zupełnie nieliczne osoby do grupy o koherencji niskiej. Niski poziom koherencji wykazywało 26% (88 osób) badanych z Polski i 28,3% (96 osób) z Białorusi. Poziom średni - 65,1% (220 osób) studentów z Polski i 68,4% (232 osoby) z Białorusi, a wysoki - 8,9% (30 osób) z Polski i 3,2% (11 osób) z Białorusi.

Wykazano istotne znamiennie statystycznie różnice w udziale poszczególnych kategorii pomiędzy zbiorowością polską i białoruską – wśród polskich studentów było 2,5 razy więcej osób z wysokim poziomem koherencji. Wyniki obrazuje Tabela V i VI.

Zbadano także satysfakcję z życia studentów, wykorzystując skalę SWLS. W Tabeli VI przedstawiono charakterystyki opisowe miary SWLS, która może przyjmować wartości z przedziału od 5 do 35 pkt., przy czym wyższe wartości wskazują na większe zadowolenie ze swojego życia.

Przeprowadzone badania wykazały, że różnice pomiędzy zbiorowością polską i białoruską były znamienne statystycznie (p=0,0000), choć z merytorycznego punktu widzenia różnica na poziomie, średnio rzecz biorąc, około 1 pkt. nie wydają się być interesujące. Nieco wyższe zadowolenie z życia cechowało studentów z Polski, niż z Białorusi (średnia liczba punktów w skali SWLS - 22,8±4,7 v.s. 21,3±4,8).

**Tabela V. Poziom koherencji w badanych grupach studentów**

| | Polska | Białoruś | Razem |
|---|---|---|---|
| **Poziom koherencji - Kraj ($p$ = 0.0088**)** | | | |
| **niski** | 88 (26,0%) | 96 (28,3%) | 184 (27,2%) |
| **średni** | **220 (65,1%)** | **232 (68,4%)** | **452 (66,8%)** |
| **wysoki** | 30 (8,9%) | 11 (3,2%) | 41 (6,1%) |
| **Poziom koherencji (wg Crumbaugh) - Kraj ($p$ = 0,0003***)** | | | |
| **niski** | 0 (0,0%) | 4 (1,2%) | 4 (0,6%) |
| **średni** | **265 (78,4%)** | **296 (87,3%)** | **561 (82,9%)** |
| **wysoki** | 73 (21,6%) | 39 (11,5%) | 112 (16,5%) |
| **Razem** | 338 | 339 | 677 |

**Tabela VI. Poziom satysfakcji z życia w badanych grupach studentów**

| Satysfakcja z życia (pkt) | Kraj | | | | | | | | | | $p$ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Polska | | | | | Białoruś | | | | | |
| | $\bar{x}$ | Me | $s$ | min | max | $\bar{x}$ | Me | $s$ | min | max | |
| **SWLS** | 22,8 | 23,0 | 4,7 | 9 | 35 | 21,3 | 22,0 | 4,8 | 6 | 35 | 0,0000*** |

| Przymiotnikowa skala SWLS | Kraj | | Razem |
|---|---|---|---|
| | Polska | Białoruś | |
| **zdecydowanie niezadowolona** | 1 (0.3%) | 3 (0.9%) | 4 (0.6%) |
| **bardzo niezadowolona** | 13 (3.8%) | 28 (8.3%) | 41 (6.1%) |
| **raczej niezadowolona** | 66 (19.5%) | 77 (22.7%) | 143 (21.1%) |
| **obojętna** | 26 (7.7%) | 35 (10.3%) | 61 (9.0%) |
| **raczej zadowolona** | **139 (41.1%)** | **138 (40.7%)** | **277 (40.9%)** |
| **bardzo zadowolona** | 81 (24.0%) | 50 (14.7%) | 131 (19.4%) |
| **zdecydowanie zadowolona** | 12 (3.6%) | 8 (2.4%) | 20 (3.0%) |
| **Razem** | 338 | 339 | 677 |

Dokonano także kategoryzacji wartości skali SWLS, tworząc na tej podstawie 7 stopniową, przymiotnikową skalę zadowolenia z życia. Najwięcej osób było raczej

zadowolonych ze swojego życia (40,9%), w tym 41,1% w Polsce i 40,7% na Białorusi. Wyniki takiej klasyfikacji przedstawiono poniżej, w Tabeli VI.

W dalszej części pracy oceniono, za pomocą testu Guerreschiego, poziom uzależnienia od telefonu komórkowego. W obu grupach można go było określić jako przeciętny, ponieważ wartości średnie sytuowały się mniej więcej pośrodku zakresu od 20 do 30 punktów. Nieco wyższy poziom uzależnienia wykazywali respondenci z Polski niż z Białorusi (średnio 21,1 pkt. vs. 20,2 pkt).

W grupie polskiej poziom uzależnienia wykazywało:

- na 14-17 pkt. - 6,5%
- na 18-21 pkt. – 51,2%
- na 22-25 pkt. -37,6%
- na 26-30 pkt. – 4,7%

W grupie białoruskiej poziom uzależnienia wykazywało:

- na 14-17 pkt. – 9,8%%
- na 18-21 pkt. – 65%
- na 22-25 pkt. -23,1%
- na 26-30 pkt. – 2,1%

Dalej przeprowadzone obliczenia wskazały istnienie znamiennej statystycznie zależności poziomu uzależnienia od telefonu komórkowego od poczucia koherencji w grupie polskiej i brak takiej zależności w grupie studentów z Białorusi.

W grupie polskiej korelacje były znamienne statystycznie, ale ich siła była bardzo niewielka (*R* nie przekraczało wartości bezwzględnej 0,20).

Z poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego nie było skorelowane poczucie sensowności, ale były pozostałe trzy komponenty wyznaczane za pomocą kwestionariusza SOC-29. Wyniki obrazuje Tabela VII i Ryc. 1.

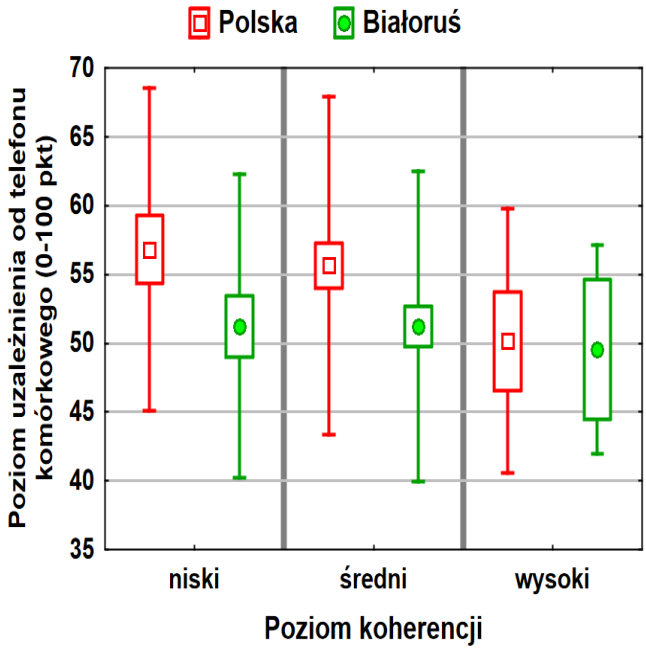
Analogiczną analizę przeprowadzono korzystając z wyodrębnionego podziału na trzy podgrupy ze względu na globalny poziom koherencji.

Znamienną statystycznie zależność poziomu uzależnienia od telefonu komórkowego od poziomu koherencji w zbiorowości studentów z Polski wykazano za pomocą testu analizy wariancji.

Szczególnie niski poziom uzależnienia występował w grupie o wysokim poziomie koherencji (średnio 50,2 pkt. wobec około 5-6 pkt. więcej w dwóch pozostałych grupach). Wyniki obrazuje Tabela VII i Ryc. 1.

**Tabela VII. Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego oceniany za pomocą testu Guerreschiego w zależności od koherencji**

| SOC-29 | Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt)/kraj | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Polska | | | | Białoruś | | | |
| zrozumiałość | -0.14 | | | | 0.01 | | | |
| | ($p$ = 0.0076**) | | | | ($p$ = 0.9178) | | | |
| zaradność | -0.14 | | | | 0,02 | | | |
| | ($p$ = 0.0121*) | | | | ($p$ = 0.7606) | | | |
| sensowność | -0.09 | | | | 0.03 | | | |
| | ($p$ = 0.1099) | | | | ($p$ = 0.5885) | | | |
| koherencja | -0.14 | | | | 0.02 | | | |
| | ($p$ = 0.0110*) | | | | ($p$ = 0.7816) | | | |
| | | | | | | | | |
| | $N$ | $\bar{x}$ | Me | $s$ | $N$ | $\bar{x}$ | Me | $s$ |
| **niski** | 88 | 56.8 | 57.5 | 11.7 | 96 | 51.2 | 50 | 11 |
| **średni** | 220 | 55.7 | 55 | 12.3 | 230 | 51.2 | 50 | 11.3 |
| **wysoki** | 30 | 50.2 | 50 | 9.6 | 11 | 49.5 | 50 | 7.,6 |
| ***p*** | 0.0294* | | | | 0.8847 | | | |




**Rycina 1. Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego w zależności od poziomu koherencji**

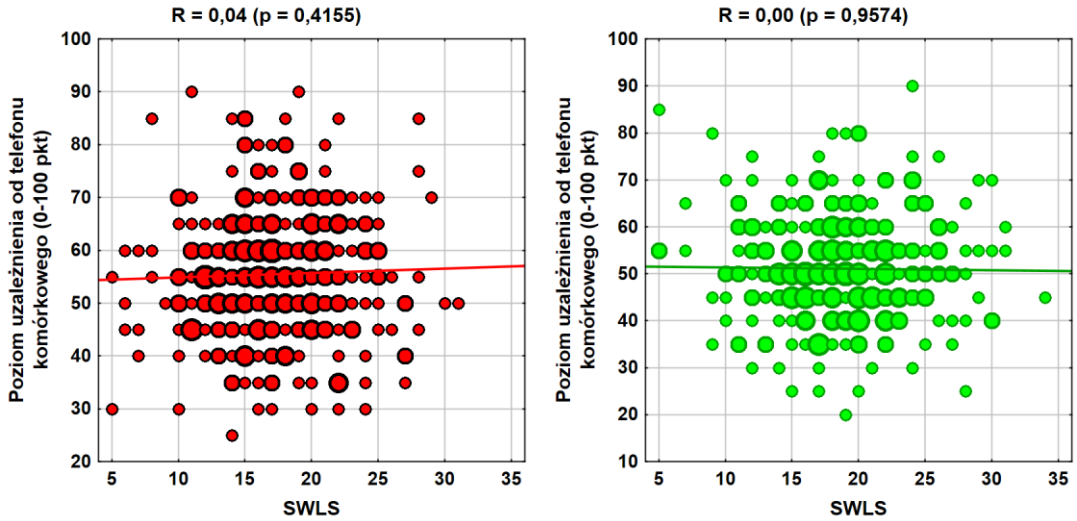
W kolejnym etapie zbadano także zależności pomiędzy jakością życia ocenianą za pomocą kwestionariusza SWLS a poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego. Obie korelacje były nieznamienne statystycznie (wartość prawdopodobieństwa testowego *p*

znacznie przekracza 0,05). Wyniki obrazuje Tabela VIII. Widać brak związku pomiędzy prezentowaną satysfakcją z życia (SWLS) a miarą uzależnienia od telefonu komórkowego (Test Guerreschiego). Można generalnie stwierdzić, że otrzymany wynik ma pozytywny wydźwięk, bowiem nie ma podstaw do stwierdzenia, że telefon komórkowy stanowi dla ankietowanych studentów substytut powodzenia w życiu.

**Tab. VIII. Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego w zależności od poziomu satysfakcji z życia**

| Satysfakcja z życia | Kraj | |
|---|---|---|
| | Polska | Białoruś |
| | Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt) | |
| SWLS | 0,04 ($p$ = 0,4155) | 0,00 ($p$ = 0,9574) |

Wyniki zilustrowano także na wykresach rozrzutu (Ryc. 3), gdzie doskonale widać brak związku pomiędzy prezentowaną satysfakcją z życia (SWLS) a miarą uzależnienia od telefonu komórkowego (Test Guerreschiego).




**Rycina 3. Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego w zależności od poziomu satysfakcji z życia**

Stwierdzono również korelacje o dodatnim znaku pomiędzy poziomem zdrowia a uzależnieniem od telefonu komórkowego – większy poziom uzależnienia cechował osoby bardziej towarzyskie i zajmujące się swoim hobby (to tylko w zbiorowości polskiej), co być może jest związane z faktem wykorzystywania telefonu komórkowego do kontaktów ze znajomymi lub z osobami mającymi podobne zainteresowania. Nie musi jednak oznaczać to

wyjątkowej nomofobii, tym bardziej, że i te zależności mają bardzo niewielką siłę. Wyniki obrazuje Tabela IX.

**Tabela IX. Ocena zależności pomiędzy poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego a samooceną stanu zdrowia**

| Samoocena stanu zdrowia | Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego (0-100 pkt)/ kraj | |
|---|---|---|
| | Polska | Polska |
| **spędzam czas samotnie** | **0.14 (*p* = 0.0116*)** | **0.13 (*p* = 0.0139*)** |
| **mniej zajmuję się hobby** | **0.11 (*p* = 0.0354*)** | 0.01 (*p* = 0.8971) |
| **cierpię na bezsenność** | 0.06 (*p* = 0.2579) | -0.03 (*p* = 0.5367) |
| **gorzej się odżywiam** | -0.05 (*p* = 0.3860) | 0.00 (*p* = 0.9392) |
| **mam wahania nastroju** | -0.01 (*p* = 0.7985) | -0.02 (*p* = 0.7398) |
| **wszystko mnie drażni** | -0.09 (*p* = 0.0993) | -0.03 (*p* = 0.5857) |
| **mam problemy z pamięcią** | -0.05 (*p* = 0.3422) | 0.02 (*p* = 0.7210) |
| **spoglądam na zegarek** | **-0.11 (*p* = 0.0429*)** | -0.08 (*p* = 0.1249) |
| **nerwowe ruchy rąk** | -0.03 (*p* = 0.6468) | **-0.14 (*p* = 0.0111*)** |
| **korzystam za dużo z Internetu** | **-0.15 (*p* = 0.0056**)** | -0.04 (*p* = 0.5230) |
| **częste konflikty z otoczeniem** | -0.02 (*p* = 0.6798) | -0.05 (*p* = 0.3190) |
| **odczuwam samotność** | 0.03 (*p* = 0.5283) | 0.11 (*p* = 0.0517) |
| **mam zawroty głowy** | -0.04 (*p* = 0.4166) | -0.03 (*p* = 0.6099) |
| **mam bóle głowy** | -0.03 (*p* = 0.5987) | -0.02 (*p* = 0.7800) |
| **odczuwam zmęczenie** | -0.08 (*p* = 0.1551) | 0.05 (*p* = 0.4066) |
| **mam problemy z koncentracją** | -0.05 (*p* = 0.3856) | 0.04 (*p* = 0.4521) |
| **zmęczenie po każdym wysiłku** | 0.01 (*p* = 0.9054) | 0.06 (*p* = 0.2998) |
| **mam zaburzenia widzenia** | 0.01 (*p* = 0.8621) | 0.05 (*p* = 0.3473) |
| **mam zaburzenia słuchu** | -0.03 (*p* = 0.5601) | 0.08 (*p* = 0.1419) |
| **samoocena stanu zdrowia** | -0.05 (*p* = 0.3834) | 0.01 (*p* = 0.8501) |

## DYSKUSJA

Identyfikacja czynników, które decydują o stanie zdrowia jednostek i populacji, jest jednym z najistotniejszych obszarów zainteresowania nauk o zdrowiu. Holistyczna koncepcja zdrowia zakłada, że w życiu człowieka istotną rolę odgrywają nie tylko uwarunkowania genetyczne, czynniki środowiskowe i właściwa opieka medyczna, ale także styl życia oraz preferowane zachowania zdrowotne. Za podstawowe czynniki ryzyka zachorowań sprzyjających rozwojowi chorób cywilizacyjnych, uważa się: nadużywanie alkoholu, palenie tytoniu, małą aktywność fizyczną, niewłaściwą dietę, otyłość, brak przestrzegania zaleceń higienicznych oraz stres psychospołeczny [8]. W przypadku osób młodych bardzo ważny jest czas od 16. do 24. roku życia, ponieważ dochodzi wówczas do wypracowania własnego systemu i hierarchii wartości, które decydują o poglądach młodych osób na życie i wpływają

na ich dalsze postępowanie [8]. Łyszczarz i wsp. przeprowadzili anonimowe badanie ankietowe w grupie losowo wybranych 220 studentów dwóch uczelni publicznych w Bydgoszczy [24]. Okazało się, iż aż78,1% ankietowanych studentów oceniło swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry, a jedynie 5,4% zły lub bardzo zły, przy czym wyższą oceną stanu zdrowia prezentowali mężczyźni, osoby o wyższych dochodach i utrzymujące się same [24]. W przebadanej przez Adamek i wsp. grupie studentów z Kutna, aż 98,8% z nich oceniło swoje zdrowie bardzo dobrze lub dobrze, natomiast 1,25% bardzo źle [14].

Generalnie w obecnym badaniu studenci stan swojego zdrowia, w skali od 1 do 5, studenci z Polski najczęściej (27,8%) oceniali na 4-4,5 pkt., a studenci z Białorusi - na 3-3,5 pkt. lub 3,5-4 pkt. (po 21,8%).

Zapytano także obecnie badanych studentów o częstość występowania u nich niepożądanych zachowań i złego samopoczucia. W grupie polskiej najczęściej wymieniano zaburzenia słuchu, częste konflikty z otoczeniem, zawroty głowy, nerwowe ruchy rąk, bezsenność, zaburzenia widzenia, odczuwanie samotności. Natomiast w grupie białoruskiej najczęściej wymieniano zaburzenia słuchu, bezsenność, samotne spędzanie czasu i częste konflikty z otoczeniem.

Niestety powyższe może wynikać z coraz bardziej powszechnych zachowań ryzykownych studentów. Zaburzenia słuchu mogą być np. powiązane z popularnym w grupie młodzieży słuchaniem głośnej muzyki poprzez słuchawki lub z głośników [25,26]. Przyczyn zawrotów głowy może być wiele, np. nadmierne palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, używanie narkotyków, wielogodzinne surfowanie po Internecie, czy prowadzenie długich rozmów przez telefon komórkowy. Mogą być z tym powiązane także zaburzenia widzenia i bezsenność [26].

Wyniki badania „*Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy"* przeprowadzone w roku 2015 przez OECD (*Organisation for Economic Cooperation and Development* - Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju) [27], przeprowadzonego w 34 krajach członkowskich tej organizacji wykazały, że obecnie po alkohol sięga się znacznie częściej i chętniej niż 20 lat temu. Statystyczny Polak co roku wypija 10,3 litra czystego alkoholu, głównie piwa, trunków na bazie spirytusu i wina [27]. OECD [28] zaliczyło Polskę do tzw. grupy ryzyka, obok Finów (wzrost z 8,9 do 9,8), Norwegów (od 4,7 do 6,4), Islandczyków (od 4,7 do 6,3), Izraelczyków (od 1,8 do 2,7) i Szwedów (do 6,3 do 7,3). W świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) [29] palenie tytoniu jest coraz mniej popularne, niestety sugeruje się, że codziennie w Polsce palić zaczyna ok. 500 nieletnich chłopców oraz dziewcząt, co w skali roku daje to liczbę

180.000 młodocianych do 18. roku życia [30]. Raport Krajowy, który jest corocznie przygotowywany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i zawierający najnowsze informacje na temat problemu narkotyków i narkomanii w Polsce, jest opracowywany ramach sprawozdawczości do Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA - *The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*) [31] zawiera opracowane wyniki badania ilościowego przeprowadzonego na reprezentatywnej (1.000 osób) próbie Polaków powyżej 15. roku życia. W ciągu ostatniego roku, do zażywania nielegalnych substancji psychoaktywnych, przyznało się 2,5% badanej populacji, a 7,1% wcześniej je zażywało. W przypadku marihuany wskaźniki te wynosiły odpowiednio 2,4% w ciągu ostatniego roku oraz 6,6% wcześniej [31]. Badanie przeprowadzone przez CBOS w roku 2015 wykazały, że 67,9% Polaków przynajmniej sporadycznie korzysta z Internetu [32]. 98,1% stanowili użytkownicy, którzy nie mają w codziennym życiu problemów związanych z korzystaniem z sieci. Problem z uzależnieniem od Internetu dotyczyć może 0,08% badanej populacji, czyli 0,12% korzystających z sieci. Pewne symptomy zagrożenia uzależnieniem zdradzało natomiast 1,2% ogółu badanych, co stanowiło 1,8% korzystających z Internetu [32]. Najbardziej zagrożonymi uzależnieniem od Internetu były osoby niepełnoletnie w wieku 15–17 lat, z czego 6,2% zdradzało symptomy uzależnienia bądź zagrożenia uzależnieniem od sieci. Wraz z wiekiem tego rodzaju zagrożenie spadało i w grupie osób po 65. roku życia nie zostało w ogóle stwierdzone [32]. Z najnowszych doniesień podanych przez ETOH (Fundacja Rozwoju Profilaktyki, Edukacji i Terapii Problemów Alkoholowych) wynika, że ponad 90% młodych było właścicielami telefonu komórkowego i intensywnie go wykorzystywało, 91% raz lub kilka razy dziennie wysyłało SMS-y, 82% wykonywało połączenia komórkowe z Internetem, aby skorzystać z serwisów społecznościowych, portali internetowych lub poczty e-mail, a 60% korzystało z telefonu komórkowego podczas lekcji [33]. Za negatywne skutki spędzania wielu godzin przy komputerze uważa się występowanie dolegliwości mięśniowo-szkieletowych (bóle ramion, szyi, pleców, dłoni i palców), cech obciążenia psychicznego (zaburzenia wzroku, bóle głowy, poczucie napięcia psychicznego) oraz objawów psychosomatycznych (bezsenność, nerwowość, pobudzenie, alergie) [34]. Nalva i Anand, badając w Indiach osoby uzależnione i niewykazujące cech uzależnienia od Internetu wykazali, iż osoby uzależnione miały trudności w zasypianiu oraz większe poczucie osamotnienia [35]. Wśród najczęstszych skutków uzależnienia od Internetu wymienia się stany depresyjne, utratę pracy, zmianę używanego słownictwa, zaniedbywanie obowiązków szkolnych, życia rodzinnego i towarzyskiego, utratę zainteresowań wszelkimi formami aktywności społecznej, kłopoty ze

zdrowiem (nieregularne odżywianie, „zarwane noce"), zawężenie możliwości intelektualnych i zainteresowań, rezygnacja z bezpośredniego kontaktu ze znajomymi na rzecz kontaktów on-line, rezygnacja z rozrywek i przyjemności, zaburzenia w sferze uczuć i emocji, zmniejszenie potrzeb seksualnych, utrwalenie postaw egocentrycznych, zaburzenia własnej tożsamości oraz kłopoty finansowe [36]. *Center for On-line Addiction* [cyt. za 36] przeprowadziło badania w grupie ponad 17.000 osób i stwierdzono, że 6% internautów zdradzało zachowania kwalifikujące ich do leczenia, a ok. 30% wykorzystywało Internet jako „*ucieczkę od złych myśli*". W wielu krajach europejskich, w USA i Japonii, podstawę badań prowadzonych od wielu lat, stanowią także skutki zdrowotne ekspozycji powodowanej wieloletnim używaniem telefonów, a które dotyczą m.in. pojawienia się zaburzeń w funkcjonowaniu układu nerwowego, zaburzeń procesów pamięciowych, zmian funkcjonowania komórek, czy też zwiększonego prawdopodobieństwa występowania nowotworów [25]. Podkreśla się, że niekontrolowane korzystanie z cyberprzestrzennych narzędzi przysparza ich użytkownikom problemów finansowych związanych np. z ogromnymi rachunkami telefonicznymi, powoduje stres psychologiczny, rozwój depresji, pojawienie się problemów fizycznych (osłabienie systemu odpornościowego, zmęczenie, zaniedbywanie ćwiczeń fizycznych, nieregularne odżywianie się, zmęczenie oczu, bóle głowy, zespół cieśni nadgarstka, ryzyko chorób nowotworowych) oraz narastanie problemów w szkole, pracy i w sferze społecznej [37].

W literaturze przedmiotu [20,21,22, 38-41] można odnaleźć liczne rozważania nad kategorią orientacji życiowych. Według Antonovsky'ego [20,21,22] poczucie koherencji (SOC) to *„względnie stała orientacja, wyznaczająca określony sposób postrzegania świata: jako przewidywalnego, sterowalnego oraz wartego wysiłku i zaangażowania".* Antonovsky sformułował koncepcję salutogenezy, u podstawy której leży założenie, że pomiędzy chorobą a zdrowiem istnieje swoiste kontinuum stanów, rozumianych całościowo, jako proces dynamiczny, którym mamy do czynienia z równoważeniem wymagań i zasobów, w wyniku konfrontacji ze stresem. Funkcjonowanie uogólnionych zasobów odpornościowych można, zdaniem autora wytłumaczyć globalną orientacją życiową, którą nazywa poczuciem koherencji**.** W jego opinii, tylko osoby o silnym poczuciu koherencji wykazują tendencję do zachowań prozdrowotnych [20,21,22]. W polskich badaniach obejmujących 1.000 dziewcząt i chłopców od 18 do 20 roku życia, stwierdzono w grupie dziewcząt, w porównaniu do chłopców, istotnie niższy poziom ogólnego poczucia koherencji i niższe wyniki w podskali poczucia zrozumiałości i zaradności [42]. Ben-David analizował poczucie koherencji w grupie studentów i wykazał wyższy poziom SOC u mężczyzn, niż u kobiet, co tłumaczył

odmiennymi wzorcami wychowawczymi stosowanymi u dziewcząt i chłopców (większa niezależność i samodzielność, lepsza umiejętność radzenia sobie z wymaganiami życia [43]. Bąk-Sosnowska i wsp. [44] zbadali 523 czynnych lekarzy medycyny i okazało się, że niskie poczucie koherencji dotyczyło jedynie 1% badanych, średnie – 63,9%, zaś wysokie poczucie koherencji – 35,2% badanych.

W obecnym badaniu ogólny poziom koherencji i jej komponenty badano za pomocą kwestionariusza SOC-29. Wśród polskich studentów było 2,5 razy więcej osób z wysokim poziomem koherencji, co może świadczyć o większej tendencji studentów polskich do zachowań prozdrowotnych, w tym większej zdolności do unikania zachowań ryzykownych. Ogólne poczucie koherencji w grupie polskiej wyniosło średnio 129,6 pkt., a w grupie białoruskiej - średnio 125,8 pkt. Niższe poczucie zaradności studentów białoruskich (średnia poczucia zrozumiałości - 46,2 pkt. w grupie polskiej i 45,6 pkt. w grupie białoruskiej) wydaje się wskazywać na ich mniejszą pewność odnośnie posiadania wystarczających zasobów, by poradzić sobie z każdą trudną sytuacją, którą może być fakt studiowania, czy uleganie nałogom. Może to wynikać także z tego, iż w grupie białoruskiej dominowali studenci z pierwszego roku 18,9% do 5,9% z Polski. Specyfika studiowania na kierunkach medycznych mogła także spowodować, iż na pierwszym roku pojawiła się niewystarczająca znajomość nowego środowiska, zmiana systemu uczenia, większa odpowiedzialność za samodzielne zdobywanie wiedzy, co w konsekwencji mogło osłabiać poczucie zaradności.

Na zachowania prozdrowotne może mieć wpływ także prezentowana satysfakcja z życia, czyli za Diener *„wskaźnik ogólnej oceny życia, obejmujący zarówno kognitywne, jak i emocjonalne jej aspekty*” [45], stanowiący za Juczyński rezultat porównań pomiędzy przyjmowanymi przez jednostkę standardami i oczekiwaniami a ich aktualną sytuacją [23]. Badanie CBOS przeprowadzone na liczącej 1.135 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski wykazało, iż 37% Polaków zaliczało siebie do ludzi, którym sprzyja szczęście, 12% czuło, że na ogół mają w życiu pecha, a aż 51% stwierdziło, że bywa z tym różnie. 71% Polaków twierdziło, iż są zadowoleni z życia, w tym 20% - było bardzo zadowolonych. 25% badanych zadeklarowało przeciętną satysfakcję, a 3% było rozczarowanych swoim życiem [46]. Jach badaniem objął 465 studentów Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, w tym 315 kobiet i 150 mężczyzn. Najbardziej zadowoloną z życia grupę stanowili studenci pielęgnujący tradycję, zaś - najmniej "pokrzywdzeni fataliści" [47]. Wnuk i Marcinkowski badaniem objęli 75 studentów zdrowia publicznego i fizjoterapii z Bydgoskiej Szkoły Wyższej [48]. Autorzy odnotowali pozytywne umiarkowane zależności pomiędzy satysfakcją z życia, a poczuciem sensu życia, ważnością wartości - gustowności,

ładu, proporcjonalności kształtów, przyjemności, regularności życia, sprężystości ciała, uporządkowania, wygody, posiadania oraz życia wiecznego. Satysfakcja z życia ujemnie korelowała z ważnością wartości pomagania [48]. Skalska przeprowadziła badania na grupie 101 studentów z niepełnosprawnością, studiujących w różnych ośrodkach akademickich w Polsce. Uzyskane wyniki wykazały, że 70% studentów cechowało przeciętne poczucie satysfakcji z życia, 16% -wysokie poczucie satysfakcji, a 14% - niski poziom satysfakcji życiowej [49]. Mroczkowska i Białkowska badaniem objęły 238 uczestników studiów dziennych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Olsztyńskiej Szkoły Wyższej oraz Politechniki Gdańskiej i stwierdziły, że 34,5% było raczej zadowolonych ze swojego życia, 17,6% - bardzo zadowolonych, 2,9% - zdecydowanie zadowolonych, 24,4% - raczej niezadowolonych, 13% - bardzo niezadowolonych i 2,5% zdecydowanie niezadowolonych [50]. Strózik przeanalizował 1.455 kwestionariusz i zauważył, że aż 46% studentów uznała swoje życie za dość dobre, ponad 36% za udane, niespełna 15% - jako ani dobre, ani złe, a zaledwie nieco ponad 3% uznało je za złe [51]. Generalnie poziom zadowolenia z życia był wśród studentów bardzo wysoki - średnia wartość uzyskanych ocen to 1,851 [51]. Czynników zadowolenia z życia może być bardzo dużo, w tym np. posiadanie przyjaciół, zaangażowanie w związki intymne, zadowolenie z pracy, nauki, pracy, z relacji interpersonalnych, możliwości realizowania swoich marzeń itp. Osoby z poczuciem wysokiej jakości życia łatwo i chętnie zawierają kontakty społeczne, towarzyskie, mają pogodny nastrój. Z kolei osoby o niskim poziomie zadowolenia z życia mają problem z efektywnym rozwiązywaniem trudności pojawiających się w dążeniu do celu, nawiązywaniem relacji interpersonalnych itd. Jednocześnie trzeba pamiętać, iż powyższe może ulegać zmianie w trzech wymiarach czasowych: teraźniejszości, przeszłości i przyszłości.

W obecnym badaniu najwięcej studentów (40,9%) było raczej zadowolonych z życia, w tym 41,1% z Polski i 40,7% z Białorusi. Powyższe może wynikać z różnych uwarunkowań, np. braku perspektyw zatrudnienia, zależności materialnej od rodziców, problemami osobistymi, trudnościami w nauce itp., a w konsekwencji generować niewielkie odczuwane zadowolenie z życia. W badaniu okazało się, że nieco wyższe zadowolenie z życia cechowało studentów z Polski w odniesieniu do studentów z Białorusi. Być może związane jest z większymi możliwościami samorealizacji przez studentów z Polski, niż z Białorusi, lepszymi warunkami „do startu zawodowego", możliwościami wyjazdów za granice, czy generalnie wyższym standardem życia. Z kolei w grupie studentów białoruskich, być może znajduje się więcej obszarów, w których bardzo chciałyby zauważyć znaczącą poprawę. Z drugiej strony niewielkie niezadowolenie z życia może być elementem

motywującym do działań lub skłaniać do refleksji, może być także przyczynkiem do podejmowania zachowań ryzykownych. Należy bowiem pamiętać, że satysfakcja życiowa jest istotnym wskaźnikiem funkcjonowania w sferach zdrowia, a z kolei samoocena zdrowia wywiera ogromny wpływ na sposób radzenia sobie ze stresem, utrzymywanie kontaktów społecznych, czy na poziom aktywności [46,49].

Osoby zadowolone z życia, w porównaniu z niezadowolonymi, bardziej cenią sobie wartości społeczne, dbają o dobre relacje interpersonalne, wykazują wyższą samoocenę oraz skuteczniej kontrolują wydarzenia życiowe. Częstym bowiem sposobem uciekania od zaistniałych w życiu sytuacji i szukaniem sposobów na jej polepszenie, jest stosowanie różnych używek [52,53].

Niebezpieczeństwo tkwi przede wszystkim w tym, iż osoby przejawiające zachowania ryzykowne początkowo zauważają przede wszystkim pozytywne konsekwencje ich działania (są bardziej „na luzie", „na topie", „są modni", dołączają do grup „elitarnych", sprawia to im przyjemność), co może przekładać się na różnice w jakości ich życia obecnie z okresem prawdopodobnie przed rozpoczęciem palenia, picia, czy narkotyzowania. Niestety z czasem całkowicie tracą kontrolę nad swoimi zachowaniami i czują, że nie mogą już żyć bez danej używki [54,55].

Barłóg w badaniu dotyczącym 536 studentów, pięciu dużych ośrodków akademickich Polski (Lublin, Szczecin, Opole, Wrocław i Kraków) stwierdził, że objawy uzależnienia korelowały dodatnio z poziomem neurotyczności, zaś ujemnie z takimi cechami, jak: ekstrawersja, ugodowość, sumienność oraz otwartość na doświadczenie. Mężczyźni, w porównaniu do kobiet, cechowali się wyższym nasileniem symptomów uzależnienia [56].

W obecnym badaniu wykazano iż grupie białoruskiej średnia poczucia zrozumienia wynosiła 41,5 pkt., zaś w grupie polskiej była wyższa i wyniosła - 43,8 pkt. Powyższe świadczy, iż polskich studentów charakteryzowała większa zdolność do trafnej oceny rzeczywistości, tzw. elastyczność poznawcza.

Z kolei wyższe u Polaków poczucie sensowności (średnie 39,7 pkt do 38,7 pkt u Białorusinów) wydaje się świadczyć, iż powinni lepiej odnaleźć sens dziejących się sytuacji i wydarzeń. Stwierdzono istnienie znamiennej statystycznie zależności poziomu uzależnienia od telefonu komórkowego od poczucia koherencji w grupie polskiej i brak takiej zależności w grupie studentów z Białorusi. Potwierdza to, że szczególnie niski poziom uzależnienia dotyczył studentów o wysokim poziomie koherencji (średnio 50,2 pkt. wobec około 5-6 pkt. więcej w dwóch pozostałych grupach o niskim i średnim poziomie koherencji ).

## WNIOSKI

1. Studenci z Polski oceniali swój stan zdrowia lepiej niż studenci z Białorusi.
2. W zbiorowości polskiej, w porównaniu ze zbiorowością białoruską, było znamiennie więcej studentów z wysokim poziomem koherencji.
3. Wykazano znamiennie statystycznie wyższe zadowolenie z życia w zbiorowości studentów z Polski, w porównaniu z białoruskimi.
4. W badanych obecnie zbiorowościach nie stwierdzono żadnej zależności pomiędzy jakością życia ocenianą za pomocą kwestionariusza SWLS a poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego.

## PIŚMIENNICTWO


1. Siudem A.: Zachowania ryzykowne młodzieży gimnazjalnej. Psychologia Rozwojowa 2013; 18(1): 69–85.
2. Dzielska A., Kowalewska A.: Zachowania ryzykowne młodzieży – współczesne podejście do problemu. Studia BAS 2014; 2(38): 139–168.
3. Gaś Z.B.: Pomoc psychologiczna młodzieży. Warszawa, Wydawnictwo WSiP, 1995.
4. Kozielecki J.: Koncepcje psychologiczne człowieka. Warszawa, Wydawnictwo WSiP, 1995.
5. Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A., Raduj A., Biechowska D.: Monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie 2012. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, 2013.
6. Kłopocka M., Budzyński J., Świątkowski M.: Wpływ przewlekłego nadużywania alkoholu na morfologiczne i czynnościowe zmiany w przewodzie pokarmowym. Wiadomości Lekarskie, 2004; 57(11-12): 672-678.
7. Bielawska A, Kmieciak M, Jędrasiak L.: Rozpowszechnienie palenia papierosów wśród studentów I roku Akademii Medycznej. Przegląd Lekarski 2006; 10: 1031–1037.
8. Stefańska E., Ostrowska L., Kardasz M., Czapska D.: Ocena wybranych cech stylu życia kształtujących stan zdrowia studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Nowa Medycyna, 2010; 4: 125-129.
9. Krzych Ł.: Analiza stylu życia studentów Śląskiej Akademii Medycznej. Zdrowie Publiczne, 2004; 114(1): 67-70.

10. Pawlińska-Chmara R., Wronka I., Suliga E., Broczek K.: Socio-economic factors and prevalence of underweight and overweight among female students in Poland. Journal of Comparative Human Biology, 2007; 58: 309-318.
11. Gerstenkorn A., Suwała M.: Picie alkoholu przez studentów medycyny. Zdrowie Publiczne, 2004; 114: 59-62.
12. Lisicki T: Zjawisko spożywania alkoholu przez studentów gdańskich uczelni. Roczniki PZH, 2006; 57: 131-135.
13. Chodkiewicz J: Picie alkoholu oraz wiedza o jego działaniu wśród studentów łódzkich szkół wyższych. Alkoholizm i Narkomania, 2006; 1: 107-119.
14. Adamek R., Kurzępa-Hasan E., Pietrzak A., Zysnarska M., Jagielska J.: Palenie tytoniu i samoocena stanu zdrowia wśród studentów Wyższej Szkoły Gospodarki Krajowej w Kutnie – doniesienie wstępne. Przegląd Lekarski, 2008; 65(10): 565-567.
15. Budzyński J: Wpływ alkoholu na układ naczyniowy. Medycyna Ogólna, 2004; 10: 115-123.
16. Czapska D., Stefańska E., Ostrowska L., Karczewski J.: Chosen health behaviours of sports university students. Polish Journal of Environmental Studies 2006; 15:136-139.
17. Junik R, Kłubo-Gwieździńska J: Zaburzenia endokrynologiczne spowodowane nadużywaniem alkoholu. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 2004; 111: 603-608.
18. Kowalska A., Rzeźnicki A., Drygas W.: Postawy i zachowania dotyczące palenia tytoniu studentów pierwszego roku Wydziału Nauk o Zdrowiu. Przegląd Lekarski, 2006; 63: 1041-1044.
19. Wyka J., Żechałko-Czajkowska A.: Wiedza żywieniowa, styl życia i spożycie grup produktów w grupie studentów I roku Akademii Rolniczej we Wrocławiu. Roczniki PZH 2006; 4: 381-388.
20. Antonovsky A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Warszawa, Fundacja IPN, 1996.
21. Antonovsky A: The structure and properties of sense of Coherence Scale. Social Science and Medicine 1993; 36(6): 725-756.
22. Antonowsky A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2005.
23. Juczyński Z.: Narkomania. Podręcznik dla nauczycieli, wychowawców i rodziców. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008.

24. Łyszczarz B., Gawron A., Bonek A.: Socjoekonomiczne determinanty samooceny stanu zdrowia studentów bydgoskich uczelni. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2014; 95(3): 754-760.
25. Karpowicz J., Gryż K.: Telefonia bezprzewodowa w naszym życiu. Bezpieczeństwo Pracy – Nauka i Praktyka 2005; 6: 26-29.
26. Pawłowska B., Potembska E.: Uzależnienie od telefonu komórkowego u gimnazjalistów zagrożonych uzależnieniem od Internetu. Journal Family Medicine & Primary Care Review, 2010; 12: 803-804.
27. Raport OECD: Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/tackling-harmful-alcohol-use_9789264181069-en#page, (data dostępu 02.05. 2020).
28. Raport - Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r, http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkancow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html?pdf=1, (data dostępu 02.05. 2020).
29. Raport GUS: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r., http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zo_zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2011.pdf (data dostępu 02.05. 2020).
30. Stańczyk J., Wpływ palenia tytoniu na stan zdrowia dzieci i młodzieży, Medycyna Praktyczna Pediatria, artykuł on-line, http://pediatria.mp.pl/ pielegnacja /show.html?id=70475, (data dostępu 02.05. 2020).
31. National Drug Report (2013 data) to the EMCDDA by the Polish REITOX Focal Point "POLAND" New Development, Trends and in-depth information on selected issues, Warsaw, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii – National Bureau for Drug Prevention, Poland 2015.
32. Gwiazda M.: Raport CBOS: Pracoholicy, siecioholicy, hazardziści… uzależnienia od zachowań, 76.2015, Warszawa, 2015.
33. Węgrzecka-Giluń J., Ostaszewski K.: Uzależnienia behawioralne, rodzaje oraz skala zjawiska, sygnały ostrzegawcze i skutki. Kompendium wiedzy dla rodziców. ETOH Fundacja Rozwoju Profilaktyki, Warszawa, 2014, http://www.etoh.edu.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=295&Itemid, (data dostępu 02.05. 2020).
34. Grabosz J., Sikorski M.: Jak oceniać ryzyko pracy przy komputerze. Gdańsk, Ośrodek Doradztwa i doskonalenia Kadr, 1999.
35. Nalwa K., Anand A.P.: Internet addiction in students: a causes of concern. Cyber Psychology & Behavior, 2003; 6: 653-656.

36. Jakubik A., Popławska J.: Zespół uzależnienia od Internetu (ZUI) – Internet Addiction Syndrome (IAS). Studia Psychologica; 2003; 4(4): 123-131.
37. Jędrzejko M., Taper A.: Mechanizmy uzależnień w Wielkiej Siec., Warszawa, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Fundacja Pedagogium, 2010.
38. Hejnicka-Bezwińska T.: Orientacje życiowe młodzieży. Bydgoszcz, Wydawnictwo WSP, 1991.
39. Matusewicz Cz.: Psychologia wartości, Warszawa-Poznań, Wydawnictwo Naukowe PWN, 1975.
40. Idzikowski B.: Orientacje życiowe młodzieży szkolnej miasta przygranicznego. Badania panelowe. Zielona Góra, Lubuskie Towarzystwo Naukowe, 1998.
41. Gańczarczyk A.: Orientacje życiowe młodzieży w warunkach transformacji ustroju. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 1994.
42. Mroziak B., Wójtowicz S., Zwoliński M.: Socjodemographic concomitants of the sense of coherence (SOC) in senior adolescents. Polish Psychological Bulletin 1999; 30(4): 271-279.
43. Ben-David A.: Cross-cultural differences between Russian immigrants and Israeli college students: the effect of the family on the Sense of Coherence. The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences 1996; 33(1): 13-20.
44. Bąk-Sosnowska M., Kołodziej S., Gojdź K., Skrzypulec-Plinta V.: Podmiotowe czynniki ryzyka zachowań antyzdrowotnych w grupie lekarzy medycyny. Medycyna Środowiskowa - Environmental Medicine 2015; 18(3): 17-24.
45. Diener E., Lucas R.E., Oishi S.: Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia [w:] Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka, Czapiński J. (red.). Warszawa, Wydawnictwo PWN, 2003,: 35–50.
46. Feliksiak M.: Zadowolenie z życia. Badania CBOS, BS/1/2013. Warszawa, 2013; 1: 1-12.
47. Jach Ł.: Cele życiowe i satysfakcja z życia studentów o różnych profilach temporalnych. Psychologia Jakości Życia 2012; 11(2): 127–144.
48. Wnuk M., Marcinkowski J.T.: Rola wartości dla poczucia sensu życia oraz satysfakcji z życia studentów. Problemy Higieny i Epidemiologii 2010; 91(3): 458-462.
49. Skalska K.: Wsparcie społeczne a satysfakcja z życia studentów z niepełnosprawnością. Szkice i rozprawy, 2015; 15(8): 119-136.

50. Mroczkowska D., Białkowska J.: Style radzenia sobie ze stresem jako zmienne determinujące jakość życia młodych dorosłych. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2014; 20(3): 265–269.
51. Strózik T.: System wartości a ocena jakości życia młodzieży akademickiej w świetle badań ankietowych studentów uczelni poznania. Studia Oeconomica Posnaniensia 2014; 2(263): 3-23.
52. Staniaszek M.: Substancje uzależniające i typy uzależnień [w:] Farmakoterapia w stanach uzależnień. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Warszawa 1987: 26.
53. Becelewska D: Hobby, przyzwyczajenie czy uzależnienie? Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze. 2000; 3: 42-48.
54. Jędrzejko M., Kowalewska A.: Uzależnienia – wybrane pojęcia i definicje [w:] Współczesne teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych, Jędrzejko M. (red.). Pułtusk, Warszawa, Wydawnictwo Astra, 2009:45.
55. Zajączkowski K.*:* Uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Warszawa, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, 2003.
56. Barłóg M.J.: Uzależnienie od Internetu i jego osobowościowe determinanty. Hygeia Public Health 2015; 50(1): 197-202.

# Uzależnienia związane z żywieniem

**Magdalena Lech[1,2], Agnieszka Kułak-Bejda[1], Ewa Stefańska[2], Napoleon Waszkiewicz[1], Lucyna Ostrowska[2]**

1 Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

2 Zakład Dietetyki i Żywienia Klinicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

## WPROWADZENIE

Coraz częściej informuje się i analizuje przyczyny, przebieg oraz leczenie tzw. niespecyficznych zaburzeniach odżywiania się. Często są to jednostki chorobowe niezakwalifikowane jako zaburzenia odżywiania się, a jako uzależnienia: bigoreksja określana jako dysmorfia mięśniowa oraz uzależnienie od jedzenia [1].

Wygląd w naszej kulturze jest istotnym elementem postrzegania i oceniania ludzi przez samych siebie oraz innych. To, w jaki sposób postrzegają nas inni wpływa w znacznym stopniu na samoocenę oraz poczucie własnej skuteczności. Przekłada się to w dużej mierze na zdolność radzenia sobie jednostki w życiu społecznym oraz zawodowym. A to z kolei ma znaczenie w tym, w jaki sposób dana osoba radzi sobie emocjonalnie, między innymi w sytuacjach stresu czy napięcia [2,3].

Czynnikiem, który w znacznym stopniu wpływa na nasz wygląd jest prowadzony styl życia, a w tym sposób odżywiania się. Osoby dbające o własną sylwetkę, trenujące sporty siłowe są bardziej narażone na rozwój uzależnienia się od ćwiczeń obejmujących konkretne partie mięśni (bigoreksję). W przebiegu tego zaburzenia modyfikacja sposobu żywienia stanowi znaczący element. Dieta osób chorujących na bigoreksję jest ściśle określona i jednostronna [4,5].

Kolejnym uzależnieniem omówionym w tym rozdziale jest uzależnienie od jedzenia. Pacjenci chorujący na to zaburzenie borykają się z innymi problemami związanymi z żywieniem, niż Ci z bigoreksją. Trudno jest im wytrzymać w założeniach diety, czy spełniać wymogi zasad zdrowego żywienia. W przebieg tego schorzenia wpisane jest niekontrolowane zjadanie określonych produktów spożywczych. Często osoby z uzależnieniem od jedzenia borykają się z nadmierną masą ciała, chociaż nie jest to regułą [6].

## BIGOREKSJA (DYSMORFIA MIĘŚNIOWA)

Bigoreksja, czyli dysmorfia mięśniowa wg DSM-5 jest zaburzeniem należącym do uzależnień od czynności, wiąże się z ryzykiem niedoborów żywieniowych [7]. Zaburzenie to, po raz pierwszy zostało omówione w 1997 roku przez Pope. Określa obsesyjne myśli i zachowania na punkcie umięśnionego ciała, odczuwanie silnego lęku w związku z nieestetyczną budową ciała. Obraz choroby jest podobny do anoreksji, ponieważ występuje tu porównywanie swojego ciała z innymi, zaburzony jego obraz (osoby chorujące na bigoreksję mają poczucie, że ich ciało jest mniejsze, niż jest w rzeczywistości), dokonywanie częstych pomiarów obwodów ciała, restrykcje dietetyczne [4].

Występowanie tego zaburzenia wśród osób intensywnie ćwiczących jest dość powszechne, sięga 10%. W celu zdiagnozowania bigoreksji należy potwierdzić następujące objawy:

- uporczywe myślenie o swoim ciele, przekonanie o tym, że nie jest ono idealne i wystarczająco umięśnione,
- poświęcanie wielu godzin na ćwiczenia,
- stosowanie restrykcji dietetycznych,
- zaniedbanie innych sfer życiowych: pracy, rodziny ze względu na zaabsorbowanie budową ciała.

Jako czynniki ryzyka bigoreksji można wymienić: kult ciała, opieranie swojej samooceny na wyglądzie, poczucie niskiej wartości, trudności w kontaktach interpersonalnych [4,5].

W przebiegu bigoreksji dochodzi do wzrostu tolerancji wykonywanych ćwiczeń. Osoby chorujące skupiają się jedynie na wybranej partii mięśni, najczęściej górnej, pomijając pozostałe obszary ciała, co prowadzi do znacznej dysproporcji w budowie ciała. Zaabsorbowanie ćwiczeniami i powracające uczucie niedoskonałości i niespełnienia prowadzą do rozwoju zaburzeń nastroju. Z czasem pojawiają się symptomy odstawienne, podobne jak w przypadku innych uzależnień: niepokój, zaburzenia nastroju, lęk, objawy somatyczne [1,5]. Pacjenci mają też tendencje do wracania do objawów, nawet gdy już zdają sobie sprawę z destrukcyjnego działania. W miarę rozwoju zaburzenia chorzy zaczynają stosować różne substancje mające na celu przyspieszyć i zwiększyć rozrost masy mięśniowej, są to odżywki białkowe, preparaty witaminowe (głównie $B_{12}$), sterydy anaboliczne [1].

Sposób żywienia w przebiegu bigoreksji ulega znacznym zmianom. Osoby chore stosują restrykcje dietetyczne co do ilości oraz rodzaju zjadanego pożywienia. Wobec czego unikają spotkań publicznych oraz stosowania produktów żywnościowych spoza listy dozwolonych potraw. Dieta pacjentów z bigoreksją jest skrupulatnie zaplanowana pod kątem zawartości białka, węglowodanów z ogromnym ograniczeniem tłuszczu, godziny posiłków są również ściśle przestrzegane. Jedzenie jest dość monotonne, co jeszcze bardziej potęguje niedobory (głównie witamin rozpuszczalnych w tłuszczach: A, D, E, K) [5].

Leczenie pacjentów z bigoreksją podlega terapii uzależnień, obejmującą opiekę psychologiczną oraz psychoedukację. Dobre efekty przynosi łączenie leczenia indywidualnego z grupowym, podobnie jak w przypadku innych uzależnień. Jeżeli jest to konieczne, to należy włączyć leczenie farmakologiczne, głównie przeciwdepresyjne oraz internistyczne, w celu zniwelowania konsekwencji zdrowotnych wywołanych ograniczeniami żywieniowymi i stosowaniem suplementów. Warto połączyć w/w leczenie z edukacją żywieniową, obejmującą głównie rolę składników odżywczych oraz konsekwencje niedoborów. Edukację należy łączyć z kontrolą masy ciała oraz zawartości masy mięśniowej [1,4,5].

## UZALEŻNIENIE OD JEDZENIA

Uzależnienie od jedzenia (FA – *food addiction*) jest rozpatrywane w różnych wymiarach. Dostrzegalne są tutaj elementy uzależnienia od konkretnej substancji – produktów spożywczych zawierających dużą ilość cukrów prostych oraz/lub tłuszczów, jak również od samej czynności pobierania pokarmu. Innym aspektem jest rozważanie, w jakim stopniu uzależnienie od pożywienia może być elementem zespołu kompulsywnego objadania się – BED, a na ile należałoby oba schorzenia różnicować [6].

Akt jedzenia może doprowadzić do uzależnienia od pożywienia u osób podatnych. Występują wówczas wskaźniki uzależnienia behawioralnego: spożywanie większej ilości pożywienia, niż zaplanowano, sięganie po kolejne porcje, mimo odczuwania negatywnych konsekwencji swojego działania. Sugeruje się, że sama czynność spożywania jedzenia jest czynnikiem uzależniającym, a nie konkretny produkt, co wskazuje na brak związku z daną substancją, np.: cukrem [6]. Istnieją jednak również szeroko opisane doniesienia charakteryzujące uzależnienie od jedzenia, jako takie, które jest związane z podażą substancji: cukrów prostych czy tłuszczów. Spożywanie produktów zawierających dużą ilość tych składników wpływa na aktywację układu nagrody, podobnie, jak to się dzieje w przypadku uzależnienia od narkotyków [6]. Uzależnienie od jedzenia wydaje się być zaburzeniem

wielowymiarowym. Dotyczy samego sposobu przyjmowania jedzenia, rodzaju pokarmu, częstotliwości napadów oraz poziomu zaabsorbowania myśli jedzeniem. Występują tu mechanizmy behawioralne i neurobiologiczne podobne do uzależnienia od substancji psychoaktywnych [8]. Badania wykazują, iż w obrazie PET zarówno osoby uzależnione od jedzenia i osoby uzależnione od narkotyków mają znacznie obniżone poziomy receptorów dopaminy. Dodatkowo wykazano odwrotną zależność między wskaźnikiem masy ciała – BMI a gęstością receptorów D2, co sugeruje mniejszą wrażliwość w systemie nagrody w przypadku osób z otyłością [9].

Kryteria uzależnienia od jedzenia spełnia wśród osób otyłych 25-42%, natomiast w populacji ogólnej jest to 11,4%. Odczuwają oni wówczas typowe objawy: utratę kontroli, przymus jedzenia, wzrost tolerancji (z czasem potrzebna jest większa ilość substancji w celu uzyskania poprawy nastroju), zaniedbywanie innych sfer życia (przez nadmierne zaangażowanie w jedzenie), odczuwanie negatywnych skutków i mimo to kontynuowanie zachowań oraz objawy odstawienne (niepokój, pobudzenie, objawy somatyczne). Należy jednak podkreślić, iż otyłość sama w sobie nie powinna być definiowana jako uzależnienie od jedzenia [10,11].

Wśród osób otyłych od 15,7% - 40% może chorować na zespół kompulsywnego jedzenia – BED. Niektórzy autorzy utrzymują, iż BED jest elementem uzależnienia [12]. Jako podobieństwa podają utratę kontroli nad jedzeniem, powtarzające się epizody kompulsywnego objadania się, inne typowe elementy uzależnienia, jak również reagowanie na stres koniecznością objedzenia się [11]. Spośród cech psychologicznych typowych dla osób podejmujących tego typu zachowania wyróżniono: impulsywność, chwiejność emocjonalną oraz deficyty w zakresie podejmowania decyzji. Charakterystyczne dla pacjentów uzależnionych jest podejmowanie tych aktywności, w przypadku których mogą natychmiastowo poczuć gratyfikację [10,11]. Zgodnie z kryteriami DSM-5 uzależnienie od jedzenia obejmuje nie tylko spędzanie czasu na spożywaniu posiłków, ale również na myśleniu o nim [13].

Mimo wielu podobieństw Bąk-Sosnowska opracowała sposób różnicowania uzależnienia od jedzenia a BED. W przypadku pacjentów z uzależnieniem od jedzenia ważny jest konkretny smak, w BED bardziej istotne jest to, by pożywienia było dużo. Podobnie jest z odczuwaniem przyjemności, FA jest wywoływane po konkretnej substancji, a w BED nie jest źródłem przyjemności. U osób uzależnionych jedzenie ma za zadanie wywołać uczucie przyjemności, być nagrodą, u pacjentów z BED ma zadziałać kojąco na odczuwane napięcie emocjonalne, przynieść ulgę. W przypadku, gdy osoba uzależniona w danym momencie nie ma

możliwości zaspokojenia swojego głodu, odczuwa negatywne konsekwencje emocjonalne, takie jak irytacja, złość, czy agresja [12]. Nie dzieje się tak w przypadku pacjentów z kompulsywnymi napadami objadania się. Wydaje się również, że osoby uzależnione są bardziej bezwzględne w zaspokajaniu swojej potrzeby, nie zwracają uwagi na obecność osób trzecich, zaniedbują również inne zadania czy obowiązki. Aktywny jest u nich system zaprzeczeń i wypierania problemu. Pacjenci z BED często odczuwają wstyd i poczucie winy w związku z powtarzającymi się napadami. Co ciekawe w przypadku osób z FA nie zawsze występuje nadmierna masa ciała, w przeciwieństwie do chorych z BED. Najważniejszą różnicą wydaje się być obecność objawów odstawianych w przypadku uzależnienia od jedzenia [12].

W związku z tym, iż problem uzależnienia od jedzenia ma wiele wymiarów i jest trudny do zdefiniowania. Jak również określenia, czy dotyczy samej czynności jedzenia, czy dostarczenia organizmowi konkretnej substancji sposób leczenia też jest skomplikowany. Powinien on opierać się głównie na strategiach behawioralnych. Im większe jest zaangażowanie pacjentów w terapie, tym lepsze są efekty leczenia. Ważne, by osoby uzależnione od jedzenia wykazywały się wglądem w prezentowane objawy. Poziom rozumienia i dostrzegania czynników prowadzących do podejmowania aktów objadania się wpływa na zdolność jednostki do panowania nad epizodami nawrotów. Rozumienie problemu w znacznym stopniu wpływa również na motywację do uczestnictwa w terapii, realizowania prac domowych, czy zadań związanych z leczeniem [6,11]. W przypadku uzależnienia od jedzenia, trudno jest w pełni wyeliminować substancje, które mają w sobie potencjał uzależniający. Nie jest możliwe również pozbycie z życia człowieka aktu jedzenia. Pożywienie jest potrzebne, by przeżyć. Osoby z problemem FA powinny zostać objęte szczegółową edukacją żywieniową, obejmującą głównie zasady zdrowego żywienia. Pacjenci uzależnieni od jedzenia muszą znać kaloryczność oraz skład danych produktów żywnościowych. Powinni dobrze orientować się w tym, w jaki sposób komponować sobie posiłki, by dostarczyć wszystkich niezbędnych składników odżywczych, adekwatnie do potrzeb swojego organizmu. Ważne jest, by znali produkty, które podlegają eliminacji z ich jadłospisu, ponieważ mogą zwiększać ryzyko nawrotu objawów. Z tego powodu obok terapii uzależnień pacjenci z FA powinni zostać objęci również opieką dietetyka [11,14,15].

## PIŚMIENNICTWO

1. Michalska A., Szejko N., Jakubczyk A., Wojnar M.: Niespecyficzne zaburzenia odżywiania się – subiektywny przegląd. Psychiatria Polska 2016; 50(3): 497–507.

2. Kułak-Bejda A., Harasim-Piszczatowska E., Bejda G., Waszkiewicz N., Krajewska-Kułak E.: Postrzeganie własnego ciała przez kobiety. Hygeia Public Health 2017; 52(2): 171-182.
3. Andruszkiewicz A., Kubica A., Nowik M., Marzec A., Bonaszkiewicz M.: Poczucie koherencji i poczucie własnej skuteczności jako wyznaczniki akceptacji choroby w grupie pacjentów przewlekle chorych. Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22(3): 239-245.
4. Starzomska M., Cylwik M.: W poszukiwaniu przyczyn bigoreksji: Wizerunek ciała a dobrostan u mężczyzn uczęszczających do siłowni w świetle wyników badań własnych. Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio 2013; 1(13): 204-217.
5. Wilczek W., Kolarzyk E., Kwiatkowski J.: Dysmorfia mięśniowa (bigoreksja) – czy rzeczywiście stanowi realne zagrożenie dla młodych mężczyzn? Hygeia Public Health 2013; 48(4): 537-544.
6. Schultea E.M., Potenza M.N., Gerthardt A.N.: A commentary on the "eating addiction" versus "food addiction"perspectives on addictive-like food consumption. Appetite 2017; 115: 9-15.
7. Gałecki P., Święcicki Ł. (red.): Kryteria diagnostyczne DSM-5. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2015.
8. Chanduszko-Salska J.: Psychologiczne uwarunkowania nadmiernego zaabsorbowania jedzeniem. Psychiatria 2013; 10(1): 1-8.
9. Corsica J.A., Pelchat M.L.: Food addiction: true or false? Current Opinion in Gastroenterology 2010; 26: 165-169.
10. Zdziechowska K.: Temperament a ryzyko uzależnienia od jedzenia u kobiet. [w]: Topolewska E, Skimina E, Skrzek S (red.). Młoda Psychologia 2014; 2: 175-194.
11. Davis C., Carter J.C.: Kompulsywne objadanie się jako uzależnienie. Przegląd teorii i dowodów. Wiadomości Psychiatryczne 2009; 12(4): 199-210.
12. Bąk-Sosnowska M.: Kryteria różnicowe zaburzenia z napadami objadania się i uzależnienia od pożywienia w kontekście przyczyn otyłości oraz jej leczenia. Psychiatria Polska 2016; 49: 1–13.
13. Augustynek A.: Psychopatologia Człowieka Dorosłego. Wydawnictwo Engram, Warszawa 2015.
14. Ifland J.R., Preuss H.G., Marcus M.T., Rourke K.M., Taylor W.C., Burau K., Jacobs W.S., Kadish W., Manso G.: Refined food addiction: A classic substance use disorder. Medical Hypotheses 2009; 72: 518-526.

15. Lent M.R., Eichen D.M., Goldbacher E., Wadden T.A., Foster G.D.: Relationship of food addiction to weight loss and attrition during obesity treatment. Obesity A Research Journal 2014; 22(1): 52-55.

# Suplementacja – czy można się uzależnić?

## Ewa Pierzchała, Klaudia Mazurek

Zakład Medycyny Estetycznej Katedry Kosmetologii, Wydział Nauk Farmaceutycznych w Sosnowcu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

## SUPLEMENTY – DEFINICJA, NORMY PRAWNE, KLASYFIKACJA

W ciągu ostatnich kilkunastu lat suplementy diety zrobiły zawrotną karierę – można powiedzieć, że stały się „gwiazdami" szeroko pojętego przemysłu farmaceutycznego. Suplementy lubimy, choć często nie potrafimy odpowiedzieć na pytanie, dlaczego właściwie je stosujemy. Po produkty te sięgamy we wszystkich możliwych sytuacjach – w przypadku dysfunkcji zdrowotnych, braku dobrego samopoczucie lub nawet celem poprawy dobrego stanu zdrowia na jeszcze lepszy. Często zapominamy, że suplement w rozumieniu prawa to nie lek, choć oczywiście część z nich wykazuje działanie prozdrowotne. Produkty te klasyfikowane są jako specjalna kategoria żywności i w związku z tym podlegają prawu żywnościowemu, nie zaś zapisom prawa farmaceutycznego [1]. Zgodnie z definicją, mianem suplementu diety określa się środek spożywczy, którego celem jest uzupełnienie normalnej diety, będący skoncentrowanym źródłem witamin lub składników mineralnych, lub innych substancji, pojedynczych lub złożonych, wykazujących efekt odżywczy lub inny fizjologiczny. Wprowadzany jest do obrotu w formie umożliwiającej dawkowanie, w postaci: kapsułek, tabletek, drażetek i w innych podobnych postaciach, saszetek z proszkiem, ampułek z płynem, butelek z kroplomierzem i w innych podobnych postaciach płynów i proszków przeznaczonych do spożywania w małych, odmierzonych ilościach jednostkowych, z wyłączeniem produktów posiadających właściwości produktu leczniczego w rozumieniu przepisów prawa farmaceutycznego [2,3,4]. Przytoczona definicja zamieszczona jest w ustawie z 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia [5].

Produkty klasyfikowane jako suplementy diety muszą posiadać właściwości dające się scharakteryzować pod względem jakości sensorycznej, a także wartości odżywczej oraz bezpieczeństwa dla zdrowia osób je zażywających. Produkty te powinny również być wytwarzane z najwyższą starannością, w miejscach specjalnie do tego przeznaczonych [6].

Suplementy diety do obrotu w Polsce dopuszczane są za sprawą Głównego Inspektora Sanitarnego. Istotne jest wykazanie, iż dany produkt nie stanowi zagrożenia dla zdrowia konsumentów. Polską jednostką, zajmującą się kwestią bezpieczeństwa w tym zakresie, jest Instytut Żywności i Żywienia [6].

Niestety wymogi dotyczące składu preparatu, jego skuteczności, zasad i technik produkcyjnych oraz bezpieczeństwa w odniesieniu do suplementów diety są znacznie mniej restrykcyjne niż w przypadku leków [1].

Konsument nie ma gwarancji, że dany preparat zawiera określoną, deklarowaną ilość substancji czynnej. Niepewność budzić może również poziom dostępności biologicznej. Ważną kwestią są także możliwe interakcje zachodzące między suplementami diety a lekami. Niestety wykaz takich interakcji nie jest wymagany. Wiele zastrzeżeń pojawiło się również w kwestii czystości mikrobiologicznej preparatów [7].

Ilość suplementów diety na rynku polskim jest ogromna – liczba zarejestrowanych produktów przekroczyła bowiem 81 tysięcy, zaś wartość tego rynku w 2015 roku oszacowano na 0,8 mld euro [1,7]. Różnorodność dostępnych preparatów skłania do pewnej ich klasyfikacji. Suplementy diety możemy zatem podzielić na kilka grup, w oparciu o ich skład (np. produkty zawierające kwasy tłuszczowe, błonnik, witaminy i minerały, probiotyki), postać produktu (np. tabletki, saszetki z proszkiem, ampułki z płynem), czy też przeznaczenie (np. produkty dedykowane sportowcom, kobietom w ciąży, wspomagające proces odchudzania, poprawiające kondycję skóry i jej przydatków) [5].

## SUPLEMENTY – TAK CZY NIE?

Istnieje udowodniony związek odżywiania się człowieka z jego stanem zdrowia. Chętnie zatem stosujemy suplementy diety, pokładając w nich nadzieję na utrzymanie idealnej kondycji. Większość badań jednak wykazuje, że suplementacja nie zapobiega chorobom, jeżeli stosujemy dobrze zbilansowaną, urozmaiconą dietę, opartą na naturalnych, nisko przetworzonych produktach. Niektórzy autorzy dopatrują się związku stosowania suplementów z utrzymaniem homeostazy organizmu, uzupełnieniem niedoborów, a także poprawą stanu zdrowia w przypadku przewlekłych chorób niezakaźnych [8,9].

Suplementację jako wskazanie w stosowaniu zaleca się u osób czynnie uprawiających sport, stosujących restrykcyjne diety, u osób starszych, w okresie ciąży, czy też w trakcie rekonwalescencji po leczeniu powodującym niedobory określonych witamin i minerałów [10]. Zwraca się jednak uwagę na właściwe bilansowanie diety i nieprzekraczanie dobowych dawek

suplementów. Ilość suplementów wprowadzonych do obrotu jest bardzo duża, a ich popularność stale rośnie.

## POLACY O SUPLEMENTACH DIETY

Badania epidemiologiczne i statystyczne przeprowadzone przez agencję zajmującą się badaniem opinii publicznej – TNS Polska w 2006 roku wykazały, że respondenci najczęściej sięgali po suplementy diety z powodu osłabienia (31%), choroby (30%), a także profilaktycznie (28%) [11]. Kolejne badania z 2014 roku udowodniły, iż wiedza społeczeństwa w kwestii suplementów diety jest niewystarczająca. Dla 31% respondentów suplement oznaczał bowiem to samo co witaminy, zaś 8% ankietowanych utożsamiała go z minerałami. Bardzo niepokojący jest fakt, iż zdaniem 41% osób biorących udział w badaniu suplementy posiadają właściwości lecznicze. Jednocześnie 50% respondentów uważało, że są one kontrolowane tak samo, jak leki [12].

Raporty Najwyższej Izby Kontroli (NIK) wskazują, iż statystyczny Polak w 2015 roku kupił 6 opakowań suplementów, a co za tym idzie rynek suplementów rozwija się wyjątkowo prężnie – średni roczny wzrost rejestrowany jest na poziomie 8% [13].

Badanie dotyczące poziomu wiedzy, a także specyfiki stosowania suplementów diety wśród studentów wykazały, iż produkty te paradoksalnie są znacznie częściej zażywane przez studentów kierunków medycznych niż technicznych. Studenci najczęściej sięgają po preparaty witaminowe oraz witaminowo-mineralne. Ankietowani, szczególnie mężczyźni, często stosują także preparaty energetyzujące. Kobiety natomiast chętniej wybierają suplementy poprawiające kondycję skóry oraz jej przydatków [14].

Interesującym zagadnieniem jest także częstość stosowania suplementów diety przez młodych ludzi, w odniesieniu do płci. Z badań prowadzonych w grupie studentów Akademii Medycznej i Politechniki Wrocławskiej wynika, że kobiety częściej niż mężczyźni sięgają po tego typu produkty. Analogiczne rezultaty uzyskano w badaniach prowadzonych z udziałem studentów Wydziału Lekarskiego Warszawskiej Akademii Medycznej, gdzie zażywanie suplementów zadeklarowało 40,2% ankietowanych kobiet oraz 30,8% mężczyzn [14].
Badania wykazują, iż częściej po suplementy sięgają osoby z wyższym wykształceniem [15].

Powszechność stosowania suplementów diety wynika obecnie m.in. z łatwej ich dostępności, podobieństwa opakowań i wyglądu samych produktów do leków, polecania przez farmaceutów, wprowadzenia ich sprzedaży do marketów, na stacjach benzynowych, czy w siłowniach. Również rozwój sprzedaży wysyłkowej spoza granic Polski spowodował wzrost

zainteresowania tą grupą produktów. Największą sprzedaż suplementów diety nadal odnotowują apteki (80%), jako miejsca, do których klienci mają największe zaufanie [16].

## BEZPIECZEŃSTWO STOSOWANIA SUPLEMENTÓW

Bardzo niebezpiecznym zjawiskiem jest samodzielne dawkowanie i aplikowanie suplementów, a także łączenie ich ze środkami farmakologicznymi [7]. Jednocześnie konsumenci kupujący suplementy w aptece często nie pamiętają, jakie leki zażywają i z jakiego powodu tak naprawdę są leczeni. W takiej sytuacji trudno racjonalnie przeprowadzić wywiad i właściwie sprawować poradnictwo farmakologiczne. Również trudności z dostępem do lekarzy specjalistów wpływają na rosnące zjawisko samoleczenia, a także leczenia przy wykorzystaniu porad farmaceuty.

Badania laboratoryjne wykonywane okresowo na zlecenie NIK w celu kontroli jakości suplementów diety wykazały, że wiele z nich nie posiada właściwości deklarowanych przez producentów, a niektóre z nich zawierały nawet substancje szkodliwe dla zdrowia. Co więcej produkty te były dostępne zarówno w sprzedaży internetowej, jak i aptecznej.

Raport NIK z 2017 roku podkreśla, że sytuacja prawna jest bardzo trudna [13]. Ta sama substancja aktywna w innych stężeniach i dawkach może być uznana za lek, a w innych jako suplement – jej działanie będzie wtedy znacząco różne. Część z nich może posiadać właściwości narkotyczne lub psychoaktywne – głównie produkty zielarskie. Jednocześnie noty prawne regulujące obrót i wprowadzenie na rynek suplementów diety dają dużą swobodę producentom. Rynek suplementów diety często określany jest jako obszar wysokiego ryzyka zdrowotnego. Zwrócono również uwagę na rolę reklamy telewizyjnej, a także reklam zamieszczanych w prasie. Mimo deklarowanej przez konsumentów niewiary w reklamy, nadal im ulegamy. Dane Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji pokazują, iż na przestrzeni kilkunastu lat (1997 r. -2015 r.) liczba reklam dotyczących leków, a także innych produktów zdrowotnych, do których zaliczane są suplementy diety, wzrosła prawie dwudziestokrotnie [13].

Rosnące zaufanie do suplementów diety, a co za tym idzie także do ich reklam, koreluje ze wzrostowym trendem zachowań prozdrowotnych. Tendencje te niestety wynikają także z niedostatecznej wiedzy o tej grupie produktów. Jednocześnie jako autorytety w sprawach zdrowia i profilaktyki prozdrowotnej stawiani są bardzo często celebryci.

Konsumenci kupując polecane przez nich suplementy, podświadomie chcą nabyć przede wszystkim ich styl życia i sukces.

Badania wskazują, iż zaledwie około 33% osób przed zakupem suplementu zasięga informacji u farmaceuty lub też analizuje ulotkę dotyczącą produktu. Głównym źródłem wiedzy pozostaje Internet (52%), a także telewizja i radio (23%) [17].

Konsumenci często twierdzą również, że skoro przy zakupie suplementów nie jest wymagana recepta, można je zażywać bez żadnej kontroli. Producenci suplementów nie mają obowiązku zamieszczania na opakowaniach informacji o działaniach niepożądanych, przeciwskazaniach czy możliwych interakcjach z lekami, co stanowi realne zagrożenie dla zdrowia [7].

## MOTYWY STOSOWANIA SUPLEMENTACJI

Blisko 50% społeczeństwa sięga po różne suplementy diety [18]. Badania Kozłowskiego i wsp. [19] wykazały, iż suplementy diety częściej stosują mieszkańcy dużych miast oraz kobiety, które zażywają je głównie w celu redukcji masy ciała, a także w celu poprawy kondycji skóry, włosów oraz paznokci. Głównym powodem zażywania suplementów przez mężczyzn z kolei jest chęć poprawy kondycji układu odpornościowego.

Szczególnie podatni na sugestie reklam, promujących suplementy jako gwarancję zdrowia, są osoby starsze. Badania pokazują jednak, iż w grupie seniorów nie sięgających po suplementy diety rejestrowane jest przekroczenie dobowych norm podaży niektórych witamin (m.in. witaminy A i C) oraz składników mineralnych (sód, żelazo, fosfor), co wynika z niewłaściwej diety [7].

Również w grupie studentów, będących odpowiednikiem młodych, zdrowych i stosunkowo dobrze wykształconych ludzi, zarejestrowano analogiczne wyniki. Wykazano znaczne przekroczenie norm spożycia dla witamin i minerałów (witamina A, $B_6$, $B_{12}$, sód, fosfor). Jednocześnie u obu płci stwierdzono duże niedobory witaminy D, a u kobiet ponadto niedobór witamin $B_1$, $B_3$, folianów, wapnia i żelaza, zaś u mężczyzn folianów i kwasu askorbinowego [20]. Wyniki przeprowadzonych badań pokazują zatem, iż niezbędna jest stała edukacja w zakresie kształtowania prawidłowych nawyków żywieniowych. Zarówno w przypadku seniorów, jak i osób młodych produkty będące naturalnym źródłem witamin oraz soli mineralnych są w znacznej mierze źle zbilansowane. Nieprzemyślana, nieprawidłowo skonfigurowana suplementacja może w takiej sytuacji przyczynić się do jeszcze większych dysproporcji.

Ciekawym zjawiskiem jest natomiast trudny do wyjaśnienia brak chęci zażywania witaminy D w odpowiedniej ilości. Witamina ta jest dobrze promowana w środkach masowego

przekazu od wielu lat. Ponadto udowodniono jej znaczenie w profilaktyce osteoporozy oraz szeroko pojętej sprawności fizycznej i psychicznej. Rejestruje się niedobory witaminy D u znacznej części mieszkańców Europy, szczególnie w okresie jesienno-zimowym. Ponadto poziom witaminy D u osób powyżej 65. roku życia ulega drastycznemu obniżeniu [21,22].

Duża grupa badanych sportowców, a także osób uprawiających sport rekreacyjnie również stosuje suplementy diety. W badaniu prowadzonym przez Krejpcio i wsp. [23] wszyscy respondenci deklarowali zażywanie przynajmniej jednego suplementu diety (preparaty witaminowo-mineralne, białkowe, białkowo-węglowodanowe, termogeniki). O wyborze suplementu i włączeniu go do stosowania decydowali zazwyczaj po otrzymaniu rekomendacji ze strony trenera (72%) lub znajomych. Znikomy procent konsultował decyzję o włączeniu określonego suplementu z lekarzem bądź dietetykiem. Niepokojący jest fakt, iż 90% respondentów uważało, że suplementy diety są absolutnie bezpieczne dla zdrowia. Ponadto poprawę kondycji i dobre wyniki uzyskiwane na treningach przypisywano zażywanym suplementom.

## PODSUMOWANIE

Wielu konsumentów jest przekonanych, iż ich dobre samopoczucie, poprawa kondycji, a także osiągnięcia uzyskane w nauce bądź sporcie są wyłącznie zasługą zażywanych suplementów diety i nie zamierza z nich rezygnować, a wręcz czuje wewnętrzny przymus do ciągłego ich stosowania. Zgodnie z definicją, uzależnienie jest nabytą, silną potrzebą wykonywania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji. Obecnie zdaniem Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego, uzależnieni jest przewlekłą chorobą mózgu, w której rozwój zaangażowane są różne układy neurotransmisyjne [23].

Rodzi się zatem pytanie, czy takie nieuzasadnione zażywanie suplementów, niemożność przerwania tego procederu, a także przypisywanie suplementom dobroczynnego wpływu na różne, często trudne do zobiektywizowania stany jest już uzależnieniem, czy nadal wymaga dalszych badań i obserwacji?

## PIŚMIENNICTWO

1. Ćwieląg-DrabekM., Piekut A., Szymala I., Oleksiuk K., Razzaghi M., Osmala W., Jabłońska K. Dziubanek G.: Health risks from consumption of medicinal plant dietary supplements. Food Science & Nutrition 2020; 00: 1-10.

2. Mieszkowska M., Michota-Katulska E.: Suplementy diety – korzyści i działania niepożądane. Bezpieczeństwo Pracy 2008; 6: 28-30.
3. Prokop P., Astel A.: Rola suplementacji w zbilansowanym żywieniu człowieka. Cz. 1. LAB. Laboratoria, Aparatura, Badania 2017; 4(22): 46-51.
4. Suplementy diety, Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej: https://ncez.pl/informacje-dla-producentow-zywnosci/informacje-ogolne/suplementy-diety (data dostępu 2.06. 2020).
5. Ustawa z 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. nr 171, poz. 1225, z późn. zm.): https://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU2006 171122 5/T/D20061225L.pdf (data dostępu: 2.06.2020).
6. Brzozowska A., Roszkowski W., Pietruszka B., Kałuża J.: Witaminy i składniki mineralne jako suplementy diety. ŻYWNOŚĆ. Nauka. Technologia. Jakość 2005; 4(45): 5-16.
7. Stępień K.A., Niewiarowski J., Harasimiuk A.: Powszechność suplementów diety a zagrożenia związane z ich stosowaniem. Biuletyn Wydziału Farmaceutycznego WUM 2019; 9: 51-59.
8. Ronis M.J.J., Pedersen K.B., Watt J.: Adverse Effects of Nutraceuticals and Dietary Supplements. The Annual Review of Pharmacology and Toxicology 2018; 58: 583-601.
9. Stoś K., Szponar L.: Suplementy diety w ochronie zdrowia konsumenta. Przemysł Spożywczy 2006; 60(5): 32-35.
10. Brzozowska A.: Wzbogacanie żywności i suplementacja diety składnikami odżywczymi - korzyści i zagrożenia. ŻYWNOŚĆ. Nauka. Technologia. Jakość 2001; 8 (4): 16-28.
11. Badanie TNS Polska, 2006 r.: https://www.wirtualnemedia.pl/artykul/suplementy-diety-niedocenione (data dostępu: 3.04.2020).
12. Badanie TNS Polska, 2014 r.: https://www.nik.gov.pl/plik/id,13031,vp,15443.pdf (data dostępu: 30.05.2020).
13. Raport NIK o dopuszczaniu do obrotu suplementów diety:https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik -o-dopuszczaniu-do-obrotu-suplementow-diety.html (data dostępu: 1.06.2020).
14. Sigłowa A., Bertrandt B., Conder M., Bertrandt K., Lisiecka A., Kubiak P., Urbańska A.: Suplementacja diety wśród studentów. ŻYWNOŚĆ. Nauka. Technologia. Jakość 2009, 4(65): 236-249.
15. Jarosz M.: Suplementy diety a zdrowie. Porady lekarzy i dietetyków. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
16. Rynek produktów OTC w Polsce 2018: https://healthcaremarketexperts.com/infografiki/rynek-produktow-otc-w-polsce-2018 (data dostępu: 1.06.2020).

17. Wybieralska K.: Determinanty stosowania witaminowo-mineralnych suplementów diety oraz napojów funkcjonalnych przez wybrane grupy konsumentów. Problemy Higieny i Epidemiologii 2014; 95(1): 70-74.
18. Zegan M., Michota-Katulska E., Gałązka M., Sińska B., Kucharska A.: Suplementy diety i żywność stosowana w celu wspomagania odporności – badania pilotażowe. Problemy Higieny i Epidemiologii 2013; 94(4): 910-914.
19. Kozłowski P., Kozłowska M., Kozłowska K.: Ocena powszechności stosowania suplementów diety wśród młodych osób dorosłych. Journal of Education, Health and Sport 2017; 7(8): 106-113.
20. Gil M., Głodek E., Rudy M.: Ocena spożycia witamin i składników mineralnych w całodziennych racjach pokarmowych studentów Uniwersytetu Rzeszowskiego. Roczniki Państwowego Zakładu Higieny 2012; 63(4): 441-446.
21. Spiro A., Buttriss L.: Vitamin D: An overview of vitamin D status and intake in Europe. Nutrition Bulletin 2014; 39: 322–350
22. Sekuła E.: Rola witaminy D w prewencji i leczeniu u osób starszych. Geriatria i Opieka Długoterminowa 2015; 2: 11-13.
23. Zwierzyńska E., Pietrzak B.: Pathogenesis of addiction – still a current problem. Alcoholism and Drug Addiction 2014; 27(2): 163-175.

# Zjawisko pracoholizmu w środowisku pielęgniarskim w Polsce, część 1 objawy osiowe

**Danuta Kunecka**

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Katedra Medycyny Społecznej, Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Szczecin

## WPROWADZENIE

Zmiany ustrojowe w Polsce spowodowały w konsekwencji szereg zmian w sektorze ochrony zdrowia, także i tych zachodzących w procesie pracy. Ich główne przejawy, to między innymi: nowe formy zatrudnienia pracowników medycznych, nowe sposoby wykonywania pracy, ale także zwiększona rywalizacja między świadczeniodawcami, automatyzacja procesów pracy, a przede wszystkim zwiększone zaangażowanie się w pracę samych pracowników, charakteryzujące się zwiększoną liczbą godzin spędzanych w pracy. W ostatnich latach, w przypadku przedstawicieli środowiska pielęgniarskiego, niekiedy można wręcz odnieść wrażenie, że praca w ponadetatowym wymiarze stała się na tyle powszechna, że zaczęła być postrzega, jako „norma". Nierzadko zaś można odnieść wrażenie, że systemowo, w jawny sposób, gratyfikuje tych „ponadprzeciętnie zaangażowanych" w nią pracowników [1]. Do wystąpienia ww. zmian, przyczyniła się przede wszystkim zmiana formy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niestety w konsekwencji, powodując także zwiększone ryzyko wystąpienia między innymi i stresu. Tym samym dodatkowo jeszcze, potęgując już i tak wysokie oczekiwania, stawiane pielęgniarkom/ pielęgniarzom – pracownikom. Te zaś, stanowią jedną z głównych cech, charakteryzujących organizacje pracoholiczne [2], które w przypadku źle rozumianego zarządzania mogą być dziwacznie postrzegane i traktowane jako czynnik rozwoju dla danej placówki. Niestety wówczas zupełnie zapomina się lub też po prostu bagatelizuje się fakt, że może on jednocześnie przyczynić się do wzrostu występowania wśród pielęgniarek/pielęgniarzy, zagrożeń dotychczas niedostrzeganych w tej grupie zawodowej. Będących konsekwencją nadmiernego zaangażowania się w pracę zawodową. Warunkujących, jakościowo gorsze wykonywanie codziennych czynności zawodowych, w literaturze przedmiotu opisywane jako pracoholizm, którego wierne tłumaczenie za twórcą pojęcia, oznacza „cały pracą" [3].

Ze względu na złożoność zjawiska pracoholizmu, aktualny stan wiedzy, mimo iż dość już obszerny, to nadal nie pozwalający w sposób jednoznaczny określić, czym on jest i jaka jest jego natura. Badacze tego zjawiska proponują bardzo zróżnicowane określenia, dające się sklasyfikować w dwóch nadrzędnych kategoriach: pracoholizm, jako uzależnienie negatywne oraz jako pozytywny, niepatologiczny sposób funkcjonowania [3,4]. Autorka opracowania postrzega pracoholizm jako negatywne w skutkach, uzależnienie od pracy – patologię. Podzielając tym samym poglądy licznych badaczy tego zjawiska [3,5,6]. Za punkt wyjścia przyjmuje dwie podstawowe cechy uzależnień, jakimi są przymus pracy i utrata kontroli, powodujące w konsekwencji nie tylko naruszenie zdrowia fizycznego, psychicznego oraz społecznego funkcjonowania jednostki, podkreślane już w pierwszej definicji pracoholizmu, sformułowanej przez Oates'a [7,8], ale prowadzi do obniżenia, czy też zupełnego braku satysfakcji z pracy. Obecnie pojęcie pracoholizmu – uzależnienia od pracy, najczęściej definiowane jest jako zjawisko polegające na obsesyjnym zaangażowaniu się w pracę, które cechuje samodzielne narzucanie sobie przez jednostkę bardzo wysokich wymagań, niezdolność do regulowania przyzwyczajeń w miejscu pracy oraz nadmiar pracy, wynikający z poświęcania się pracy, a powiązany z rezygnacją z większości innego rodzaju aktywności życiowych, z konsekwencjami zaburzeń w sferze funkcjonowania podmiotowego, rodzinnego, organizacyjnego, czy też w relacjach interpersonalnych [9]. Nie identyfikując go jedynie w oparciu o kryterium ilościowe: czasu poświęcanego na pracę w danym tygodniu [10], czy też, jako formę adaptacji do środowiska pracy [11]. W literaturze przedmiotu opisywana jest tzw. „triada pracoholiczna" [10], której wystąpienie uznaje się za kryteria warunkujące stwierdzenie pracoholizmu. W jej skład wchodzą: wysoki stopień zaangażowania w pracę, poczucie wewnętrznego przymusu pracy oraz niski stopień zadowolenia z pracy. Są one niezależne względem siebie, stanowiąc jednocześnie jego objawy osiowe. W oparciu o te komponenty można dokonywać klasyfikacji sześciu, różnych typów pracowników [3,4,12]. Ponadto uzależnienie od pracy należy uznać za proces dynamiczny. W jego przebiegu można wyodrębnić trzy fazy: wstępną (prodromalną), krytyczną, chroniczną [9,13], w każdej z nich możliwe są do zaobserwowania różnego typu konsekwencje [12]. Omawiając tematykę pracoholizmu, szczególnie w zakresie jego osiowych objawów [6], nie sposób nie wspomnieć o „etyce pracy" w ujęciu M. Webera, rozumianej jako *„system postaw i przekonań, dla których charakterystyczne jest spostrzeganie pracy jako wartości centralnej w życiu i przekonanie, że ciężka praca prowadzi do sukcesu, a także niechęć do marnowania czasu, dezaprobata czasu wolnego, skłonność do*

*odraczania gratyfikacji, niezależność, czyli poleganie na sobie oraz gotowość do uczciwego postępowania w pracy"* [14].

Badania opisane w poniższym opracowaniu stanowią fragment (część 1), wyników uzyskanych w większym projekcie badawczym, realizowanym przez autorkę w 2016 roku, zatytułowanym „Pracoholizm w środowisku pielęgniarskim w Polsce", stanowiąc poszerzenie, a jednocześnie uzupełnienie do publikacji, dotyczącej skali występowania zjawiska pracoholizmu w środowisku pielęgniarskim w Polsce [15]. Za **cel opracowania** przyjęto zaprezentowanie wyników analizy i oceny zjawiska pracoholizmu w grupie polskich pielęgniarek/pielęgniarzy, w zakresie opisywanych w literaturze przedmiotu [12], objawów osiowych pracoholizmu, przedstawionych w zastosowanym narzędziu badawczym, jako trzy odrębne grupy czynników/cech pracoholizmu: „praca jako wartość" , „przymus pracy", „entuzjazm".

## MATERIAŁ I METODY

Podmiot badań stanowiła reprezentatywna grupa 975 polskich pielęgniarek/pielęgniarzy. Szczegółowy dobór próby badanej oraz sam przebieg badań opisano w publikacji dotyczącej skali zjawiska pracoholizmu w środowisku pielęgniarek/pielęgniarzy w Polsce [15].

W zdecydowanej większości były to kobiety (prawie 97% ogółu badanych). Najczęściej zatrudnione w oparciu o umowę o pracę, na czas nieokreślony (przeszło 50% ogółu badanych), pracujące w zawodzie ponad 16 lat (ponad połowa ogółu badanych, w tym prawie 30% ogółu badanych pracuje ponad 20 lat). W większości były to osoby będące w stałym związku i posiadające dzieci (przeszło 50% ogółu badanych). Z przeprowadzonych badań wynika, iż ponad 70% respondentów jest zatrudnionych w szpitalach o różnych poziomach referencyjnych. Uzyskano ponad 60% zwrotność kwestionariuszy ankiet. Rozkłady procentowe w badanej grupie odzwierciedlają proporcje zbliżone do tych uzyskiwanych dla ogółu środowiska pielęgniarskiego w Polsce. Nieznaczne odstępstwa odnotowano jedynie w zakresie zmiennej wykształcenie, co najprawdopodobniej powodowane było sposobem realizacji badań wśród osób biorących udział w różnych formach kształcenia podyplomowego [15].

Poniżej (patrz tabela I), przedstawiono szczegółowy opis uczestników badania w zakresie wybranych zmiennych socjodemograficznych.

**Tabela I. Charakterystyka badanych w zakresie zmiennych socjodemograficznych (N=975)**

| Zmienna | Charakterystyka zmiennej | Wartość | |
|---|---|---|---|
| | | n | % |
| **Płeć** | Kobieta | 951 | 97,5 |
| | Mężczyzna | 24 | 2,5 |
| **Wiek** | Do 30 lat | 268 | 27,5 |
| | 31 – 45 lat | 405 | 41,5 |
| | 46 lat i więcej | 302 | 31,0 |
| **Staż pracy** | Do 5 lat | 290 | 29,7 |
| | 6 – 15 lat | 149 | 15,3 |
| | 16 – 25 lat | 286 | 29,3 |
| | 26 lat i więcej | 250 | 25,6 |
| **Status rodzinny** | Stan wolny bez dzieci | 191 | 19,6 |
| | Stan wolny z dziećmi | 79 | 8,1 |
| | W związku bez dzieci | 145 | 14,9 |
| | W związku z dziećmi | 560 | 57,4 |
| **Wykształcenie** | Liceum medyczne | 285 | 29,2 |
| | Studium medyczne | 78 | 8,0 |
| | Licencjat | 507 | 52,0 |
| | Magister | 105 | 10,8 |
| **Forma zatrudnienia** | Umowa o pracę na czas nieokreślony | 544 | 55,8 |
| | Umowa o pracę na czas określony | 115 | 11,8 |
| | Inna | 316 | 32,4 |

*Źródło: opracowanie własne [15]*

Dominującą metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Za narzędzie posłużył Wielowymiarowy Kwestionariusz Oceny Pracoholizmu (*WKOP*), autorstwa M. Szpitalak [12]. O wyborze narzędzia zdecydowały przede wszystkim wyższe wartości miar rzetelności *WKOP* w porównaniu z innymi standaryzowanymi narzędziami do pomiaru pracoholizmu, dostępnymi w polskiej wersji językowej (np. *Skala Workaholism Battery – WorkBAT, Work Addiction Risc Test – WART, Dutch Workaholism Skale – DUWAS, Skala zaabsorbowania Pracą – SZAP, Kwestionariusz Obciążenia Pracą)* [12,16,17]. *WKOP* wybrano także z uwagi na fakt, iż jest to standaryzowane narzędzie pomiaru pracoholizmu, ujmujące to zjawisko jako

zespół współwystępujących ze sobą objawów we wszystkich, wcześniej opisywanych w literaturze przedmiotu, wymiarach, tj.: behawioralnym, poznawczym oraz emocjonalnym [18]. Na wykorzystanie *WKOP* w badaniach uzyskano zgodę jego Autorki, a także zgodę właściwej Komisji Bioetycznej. Konstrukt tego narzędzia oparty jest na założeniu, że pracoholizm można traktować nie tylko jako uzależnienie, lecz także jako przejaw zaburzonej kontroli nawyków, czy też wyraz nieprawidłowego funkcjonowania osobowości [12]. Wyodrębniono w nim trzynaście serii czynników/cech (opisanych w 94 – itemowym kwestionariuszu), charakteryzujących zjawisko pracoholizmu, tj.:

- **„praca jako wartość”** (15 stwierdzeń), „sumienność” (11 stwierdzeń), „upośledzenie czynności alternatywnych” (8 stwierdzeń), „stres i lęk” (9 stwierdzeń), „używki” (6 stwierdzeń), „antydelegowanie” (6 stwierdzeń), „zaburzone relacje społeczne” (6 stwierdzeń),
- **„entuzjazm pracy”** (4 stwierdzenia), „destrukcyjny perfekcjonizm” (4 stwierdzenia), „potrzeba przewidywalności” (8 stwierdzeń), „nadobowiązkowość” (5 stwierdzeń), „absorpcja” (6 stwierdzeń),
- **„przymus pracy”** (6 stwierdzeń). Rzetelność mierzona alfa Cronbacha dla całości skali wyniosła 0,92, natomiast mierzona współczynnikiem rzetelności połówkowej Spearmana-Browna 0,82; rzetelność retestowa wyniosła 0,93 przy $p<0.001$. Natomiast wartość współczynnika alfa Cronbacha dla cech opisywanych w poniższym opracowaniu kolejno wynosiła: „praca jako wartość” – 0,90; „entuzjazm” – 0,71; „przymus pracy” – 0,68. Ponadto wynik ogólny *WKOP* korelował dodatnio z wszystkimi badanymi zmiennymi.

W interpretacji wyników posłużono się przyjętymi przez autorkę *WKOP*, normami stenowymi [12], przedstawionymi jako wartości sumy w obszarze serii danego czynnika pracoholizmu, w dalszej kolejności wyliczając jednak wartość średniej dla pojedynczego itemu, opisującego ten czynnik.

Analizy statystyczne zebranego materiału wykonano w oparciu o arkusz kalkulacyjny Microsoft Excel oraz pakiet statystyczny Statsoft, Inc. (2010) STATISTICA 9.1. We wstępnej analizie zebrany materiał badawczy opisano liczebnościami i odpowiadającymi im odsetkami (rozkłady procentowe udzielonych odpowiedzi wyrażono w liczbach bezwzględnych – „N” wielkości próby oraz wartościach procentowych). W dalszej analizie statystycznej, dla zbadania korelacji występujących pomiędzy 13 seriami czynników/cechami pracoholizmu opisanymi we *WKOP*, zastosowano analizę korelacji dwustronnych Pearsona. Szukając zależności pomiędzy przyjętymi w badaniu zmiennymi, zastosowano również test

niezależności chi – kwadrat, stosowany w przypadku badania niezależności cech niemierzalnych (jakościowych) lub w przypadku niezależności cechy jakościowej z ilościową. Za poziom istotności przyjęto p = 0,05. Ponadto chcąc zmierzyć siłę związków między zmiennymi posłużono się w analizie statystycznej współczynnikiem V – Cramera, przyjmującego wartości z przedziału (0; 1) oraz współczynnikiem Spearmana i kontyngencji, których wyniki opisano we wcześniejszej publikacji, dotyczącej skali zjawiska pracoholizmu [15], dla potrzeb opisu jedynie wybranych cech pracoholizmu, w poniższym opracowaniu ich prezentację znacznie ograniczono.

## WYNIKI BADAŃ

Z uwagi na fakt, iż w badaniach jako narzędzie badawcze wykorzystano *WKOP*, składający się z trzynastu serii czynników/cech opisujących zjawisko pracoholizmu, na wstępie zaprezentowane zostaną kompleksowe wyniki, uzyskane w zakresie każdej z nich (patrz tabela II), by ułatwić czytelnikowi ich porównanie względem siebie. Niemniej w dalszej części opracowania, opis wyników ograniczony zostanie jedynie do fragmentów odnoszących się do opisywanych w literaturze przedmiotu, objawów osiowych pracoholizmu.

Analizując związki poszczególnych serii czynników/cech pracoholizmu ujętych w *WKOP*, uzyskane wyniki wskazują, iż spośród trzech wskazywanych w literaturze przedmiotu, osiowych objawów pracoholizmu, w badanej grupie znalazła się jedynie cecha „praca jako wartość". W przypadku dwóch pozostałych („przymus pracy" oraz „entuzjazm" , postrzegany jako wyraz zaangażowania w proces pracy) należałoby uznać za mniej istotne, ponieważ w badanej grupie wyższe wartości średnich uzyskano aż w czterech innych seriach czynników/cechach pracoholizmu, tj.: „upośledzenie czynności alternatywnych", „antydelegowanie", „potrzeba przewidywalności" oraz „absorpcji". Ponadto średnia wartość uzyskana wśród badanych, w obrębie opisywanej w literaturze cechy osiowej: „praca jako wartość", na poziomie 3,73 świadczyć może także i w tym przypadku o jedynie umiarkowanym jej rzeczywistym oddziaływaniu na występowanie pracoholizmu w badanej grupie zawodowej. Za uznaniem cechy „praca jako wartość" za istotną przesłankę do stwierdzenia pracoholizmu świadczy fakt, że wzajemna jego zależność występuje nie tylko z pozostałymi dwiema cechami osiowymi (w ujęciu literaturowym, tj. „entuzjazmem" – wartość współczynnika Pearsona wynosiła 0,406, „przymusem pracy" – wartość współczynnika Pearsona wynosiła 0,579), ale i pozostałymi cechami opisanymi w zastosowanym narzędziu (na poziomie 0,637 – 0,259).

**Tabela II. Wartości uzyskane w zakresie składowych pracoholizmu (*WKOP*) w badanej grupie (N=975)**

| Składowa (cecha pracoholizmu) ujęta w *WKOP* | Współczynnik Pearsona | Średnia wartość uzyskana w obszarze danej składowej *WKOP* |
|---|---|---|
| **Praca jako wartość** | **0.827887** | **3.73** |
| **Sumienność** | 0.012126 | 4.49 |
| **Upośledzenie czynności alternatywnych** | 0.708993 | 4.23 |
| **Stres, lęk** | 0.515623 | 4.07 |
| **Używki** | 0.370051 | 2.00 |
| **Antydelegowanie** | 0.698186 | 4.06 |
| **Zaburzone relacje społeczne** | 0.585202 | 3.81 |
| **Entuzjazm** | **0.369545** | **4.60** |
| **Destrukcyjny perfekcjonizm** | 0.625372 | 3.67 |
| **Potrzeba przewidywalności** | 0.712114 | 4.79 |
| **Nadobowiązkowość** | 0.694049 | 4.20 |
| **Absorpcja** | 0.770283 | 3.60 |
| **Przymus pracy** | **0.694190** | **3.90** |

*Źródło: opracowanie własne [15]*

W dalszej części (patrz tabela III) zaprezentowane zostały wyniki uzyskane w obrębie cech osiowych, wyrażone wartością średnią dla wszystkich uczestników badania.

Poza szukaniem wzajemnych zależności pomiędzy poszczególnymi cechami pracoholizmu, ocenie poddano także wyniki uzyskane w analizach wzajemnych zależności pomiędzy cechami osiowymi, a przyjętymi w badaniach zmiennymi socjometryczkowymi. Wyniki uzyskane w tym obszarze zawężono do tych z wykorzystaniem testu chi-kwadrat oraz w celu pogłębienia i pewności interpretacyjnej, z wykorzystaniem analizy korelacji dwustronnych Pearsona. Ich wyniki zaprezentowano w tabeli IV.

Z danych przedstawionych w tabeli IV wynika, iż w badanej grupie zmienna: płeć nie różnicuje respondentów w sposób istotny ze statystycznego punktu widzenia. Natomiast w oparciu o analizę z użyciem testu chi-kwadrat, w sposób istotny statystycznie różnicują tę grupę zmienne: wiek, staż pracy oraz wykształcenie. Uzyskane wyniki wskazują, że występuje istotna statystycznie zależność pomiędzy badanymi cechami osiowymi pracoholizmu, a tymi zmiennymi socjometryczkowymi. Ponadto potwierdzają ją także uzyskane wyniki zastosowania analizy współczynnika Pearsona. Zależność taka występuje

także w zakresie zmiennej socjometryczkowej „status rodzinny”, a w przypadku cechy „entuzjazm” także i formy zatrudnienia.

**Tabela III. Średnie wartości uzyskane w badanej grupie (N=975), w zakresie wskazywanych w literaturze przedmiotu, osiowych cech pracoholizmu**

| Cecha | Numer pytania *WKOP* | Czynnik /uwarunkowanie cechy | Średnia wartość |
|---|---|---|---|
| **„PRACA JAKO WARTOŚĆ”** | 11 | Tylko pracując/ucząc się mogę się realizować i spełniać swoje marzenia. | 3,89 |
| | 16 | Praca/nauka to źródło największej radości w moim życiu. | 3,61 |
| | 23 | Bez sukcesów w pracy/w nauce nie był(a)bym wartościowym człowiekiem. | 4,02 |
| | 24 | Pracuję/uczę się głównie po to, by mieć dobre wyniki. | 3,97 |
| | 25 | To głównie zaangażowanie w pracę/naukę sprawia, że czuję, że mam kontrolę nad swoim życiem. | 3,91 |
| | 27 | Moja(e) praca/studia jest/są dla mnie najważniejsza(e). | 3,82 |
| | 37 | Zaangażowanie w pracę/naukę powoduje, że czuję się bezpieczny(a). | 4,39 |
| | 39 | Praca/nauka to najważniejsza aktywność w życiu człowieka. | 3,86 |
| | 42 | Uważam, że praca/nauka to najważniejsza wartość w życiu człowieka. | 3,74 |
| | 45 | Czuję się osobą wartościową tylko wtedy, kiedy uda mi się osiągnąć jakiś sukces w pracy/na uczelni. | 3,61 |
| | 52 | Gdyby nie praca/nauka, moje życie nie miałoby sensu. | 2,92 |
| | 60 | Bez trudu rozumiem osoby, które mówią, że praca/nauka to część ich samych. | 3,83 |
| | 63 | Należy być bardzo aktywnym zawodowo/w nauce, ponieważ praca/nauka jest jedną z najistotniejszych dziedzin życia. | 3,82 |
| | 71 | Trudno mi wyobrazić sobie większy sukces niż ten natury zawodowej. | 3,54 |
| | 84 | Tylko w pracy/na uczelni czuję się naprawdę bezpieczny(a), bo wiem, że wszystko mam pod kontrolą. | 2,99 |
| **„ENTUZJAZM”** | 3 | Jestem dumny(a) z wyników swojej pracy/nauki. | 5,35 |
| | 46 | Nie zamienił(a)bym swej pracy/studiów na żadną(e) inną(e). | 4,08 |
| | 70 | Lubię moją pracę/naukę i daje mi ona dużą satysfakcję. | 4,73 |
| | 75 | Czuję się spełniony(a) zawodowo/na uczelni. | 4,23 |
| **„PRZYMUS PRACY”** | 1 | Kiedy nie pracuję/nie uczę się, czuję się dziwnie i jest mi źle. | 4,14 |
| | 5 | Kiedy nie pracuję/nie uczę się, czuję do siebie wstręt i pogardę, że jestem taki(a) leniwy(a). | 3,03 |
| | 66 | Jestem aktywny(a) bez ustanku. | 4,41 |
| | 78 | Kiedy niczym się nie zajmuję odczuwam niepokój. | 3,68 |
| | 81 | Przeważnie nie mam silnych wyrzutów sumienia, kiedy nie zajmuję się pracą/nauką. | 3,86 |
| | 90 | Zawsze znajduję sobie coś do roboty, nawet w czasie, kiedy inni wypoczywają. | 4,30 |

*Źródło: opracowanie własne.*

**Tabela IV. Osiowe cechy pracoholizmu w odniesieniu do zmiennych socjometryczkowych**

| Zmienna socjometryczkowa | „Pracoholizm"/wyniki testu Chi - kwadrat | | Cecha „praca jako wartość" | Cecha „entuzjazm" | Cecha „przymus pracy" |
|---|---|---|---|---|---|
| | Wartość $X^2$ | Wartość p | | | |
| **Płeć** | 1.644065 | 0.43954 | -0,001739 | -0,047636 | -0,036865 |
| **Wiek** | 13.50462 | **0.00906** | **0,149739** | **0,074828** | 0,033973 |
| **Staż pracy** | 18.64356 | **0.00481** | **0,140017** | **0,093751** | 0,017676 |
| **Status rodzinny** | 10.62945 | 0.10053 | **0,075458** | **0,090462** | **0,070759** |
| **Wykształcenie** | 18.42558 | **0.00525** | **-0,144897** | **-0,078096** | -0,047506 |
| **Forma zatrudnienia** | 2.541670 | 0.63719 | 0,028910 | **0,068719** | 0,025282 |

*Źródło: opracowanie własne.*

Ponieważ w dalszej części opracowania zaprezentowane zostaną szczegółowe wyniki analizy statystycznej z zastosowaniem jedynie testu chi-kwadrat (tabela V), zalecanego jako istotniejszy dla wnioskowania końcowego.

**Tabela V.** Średnie wartości uzyskane w badanej grupie (N=975), w zakresie wskazywanych w literaturze osiowych cech pracoholizmu, w odniesieniu do wybranych zmiennych socjometryczkowych

| Zmienna socjometryczkowa | | Cecha „praca jako wartość" | Cecha „entuzjazm" | Cecha „przymus pracy" |
|---|---|---|---|---|
| **Wiek** | do 30 lat | 3,55 | 4,49 | 3,89 |
| | 31 - 45 lat | 3,65 | 4,59 | 3,86 |
| | 46 lat i więcej | **3,99** | **4,71** | **3,98** |
| **Staż pracy** | do 5 lat | 3,60 | 4,49 | 3,90 |
| | 6 – 15 lat | 3,54 | 4,46 | 3,90 |
| | 16 – 25 lat | 3,69 | 4,66 | 3,85 |
| | 26 lat i powyżej | **4,03** | **4,74** | **3,98** |
| **Wykształcenie** | liceum medyczne | **3,98** | **4,73** | **3,97** |
| | studium medyczne | 3,84 | 4,48 | 3,91 |
| | licencjat | 3,60 | 4,59 | 3,88 |
| | magister | 3,60 | 4,35 | 3,83 |

*Źródło: opracowanie własne.*

Warto w tym miejscu wspomnieć, iż uzyskane wyniki uzyskane w zakresie wartości współczynnika Pearsona, w obrębie badanych, osiowych cech pracoholizmu, wyrażonych uzyskaną wartością średnią dla wszystkich uczestników badania świadczą o tym, że przypadku zmiennej „status rodzinny", zdecydowanie częściej osiowe cechy pracoholizmu przejawiają osoby posiadające dzieci, jednocześnie będące stanu wolnego – 6,33%, w związku – 7,14%.

W przypadku zmiennej „forma zatrudnienia" w odniesieniu do cechy „entuzjazm", najwyższe ryzyko wystąpienia pracoholizmu przejawia się u osób zatrudnionych w formule innej, jak umowa o pracę na czas określony lub nieokreślony, tj. 6,96%.

Natomiast, jeżeli chodzi o zmienne:

- wiek oraz staż pracy, największe ryzyko wystąpienia pracoholizmu, w oparciu o jego osiowe objawy, występuje w grupie osób najstarszych (9, 27%), przez co i najprawdopodobniej z najdłuższym stażem (10,4%)
- w przypadku zmiennej: wykształcenie, największe ryzyko wystąpienia pracoholizmu, w oparciu o jego osiowe objawy, występuje u osób legitymujących się średnim wykształceniem zawodowym, tj. dyplomem liceum medycznego (10,53%).

## DYSKUSJA

Celem badań było dokonanie analizy i oceny ryzyka występowania pracoholizmu w zakresie opisywanych w literaturze, osiowych jego objawów, tj.: „przymusu pracy", zaangażowania w pracę, wyrażonego przez pryzmat „entuzjazmu pracy" oraz uznania „pracy za wartość" samą w sobie, w grupie polskich pielęgniarek/pielęgniarzy. Zebrane dane pozwoliły ustalić, że przy ok. 6% poziomie wysokiego ryzyka wystąpienia bądź już występowania pracoholizmu wśród badanych [15], najwyższe znaczenie dla jego powstania, z punktu widzenia statystycznego opracowania, ma rzeczywiście opisywana w literaturze przedmiotu, jedna z osiowych cech, a mianowicie „praca jako wartość" [12,19]. Prawdopodobnie jest to wynikiem dominującego w grupach zawodów misyjnych [20], spojrzenia, czy wręcz specyfiki postrzegania pracy zawodowej w tym przypadku przez osoby wykonujące jeden z zawodów medycznych. Skala wysokiego ryzyka oraz występowanie zjawiska pracoholizmu w środowisku pielęgniarskim, w odniesieniu jej do ogólnej liczby pielęgniarek/pielęgniarzy w Polsce (ok. 290 tys.) [21], co daje nam liczbę ok. 17 tys. pielęgniarek/pielęgniarzy w Polsce nań narażonych, upoważnia do uznania zjawiska

pracoholizmu za istotny problem zarówno organizacyjny, ale także, z uwagi na specyfikę tego zawodu, również i ogólnospołeczny.

Dotychczas opisywane w literaturze wyniki badań, w stosunkowo niewielkim tylko odsetku, dotyczyły zjawiska pracoholizmu występującego wśród pielęgniarek/pielęgniarzy. Autorka nie dotarła do badań, w których wykorzystano by jako narzędzie badawcze *WKOP*. Niemniej wyniki uzyskane przez autorów korzystających z tego narzędzia pomiarowego w Polsce wskazują na zbliżony odsetek występowania pracoholizmu w Polsce [3,12,22,23], w ujęciu kompleksowym, tzn. w oparciu o 13 sklasyfikowanych ww. narzędziu cech pracoholizmu, w zestawieniu ich z wynikami badan własnych autorki, w grupie pielęgniarskiej.

Autorka opracowania dotarła do jednego tylko opracowania dotyczącego zjawiska pracoholizmu, wśród pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w Polsce. Badanie przeprowadzono w 2012 roku w grupie 107 pielęgniarek, korzystając ze skali *Work Addiction Risk Test – WART*, stwierdzono, iż skala pracoholizmu wśród pielęgniarek wynosi 18,69% [24]. Podobne różnice z autorskimi wynikami (nieco wyższe względem wyników autorki wartości), dostrzeżono także i w zakresie wskazywanych w literaturze, osiowych objawów pracoholizmu. Natomiast nieco odmienne od wyników autorki, dane dotyczące osiowych objawów pracoholizmu, w zakresie cech: „przymus pracy" oraz „entuzjazm pracy", uzyskiwano w badaniach zagranicznych [25–29], które stanowiły podstawę do wyodrębnienia z nich m.in. tzw. triady pracoholicznej [10]. W badaniach własnych autorki, przeprowadzonych w grupie polskich pielęgniarek/pielęgniarzy, istotniejsze od wskazanych, jako osiowe objawy przez innych badaczy, wydają się być poza „wartością pracy", „upośledzenie czynności alternatywnych", „potrzeba przewidywalności" oraz „absorpcja". Przyczyn takiego stanu należałoby, zdaniem autorki doszukiwać się w szeroko rozumianych, uwarunkowaniach pracy pielęgniarskiej w Polsce, a po trosze, także i w historycznym już, systemie kształcenia zawodowego na poziomie liceów medycznych.

Natomiast, jeżeli chodzi o wyniki uzyskane w analizach, mających na celu zbadanie wzajemnych zależności pracoholizmu oraz każdej z jego cech, w odniesieniu do zastosowanych kryteriów socjometryczkowych, w badaniach własnych w znaczącym wymiarze, uzyskano wyniki zbieżne z tymi, opisywanymi w literaturze [12,15,24-29]. Potwierdzają one wzajemne korelacje zjawiska pracoholizmu z wybranymi danymi demograficznymi, tj.: wiek, staż pracy oraz wykształcenie. Istotne dla celów dalszych badań wydają się także wyniki wzajemnych korelacji pracoholizmu, w odniesieniu do zmiennej socjometryczkowej: status rodzinny. Warto podkreślić, iż uzyskiwane w badaniach wyniki

odnoszące się do skali zjawiska pracoholizmu wśród pielęgniarek/pielęgniarzy, poza Polską [25-29], niezależnie od stosowanego w nich narzędzia badawczego, wskazują na zbliżone wartości skali jego występowania lub też skali występowania poszczególnych jego osiowych objawów, do wartości uzyskanych przez autorkę opracowania. Ponadto warto podkreślić, iż w każdym z opracowań podkreślany jest negatywny wydźwięk nie tylko organizacyjny, ale i społeczny badanego zjawiska. W warunkach polskich, w dobie braków kadrowych, w sposób szczególny należałoby pokłonić się nad wypracowaniem systemu przeciwdziałania jego wystąpieniu. Przede wszystkim z uwagi na jego wpływ ma jakości pracy pracoholika, ale również, w tym przypadku finalnie, znaczący jego wpływ na obniżenie jakości świadczonych usług pielęgniarskich w ogóle.

## PODSUMOWANIE

Obecnie nader często uznaje się, że pracoholik, jako pracownik jest cennym nabytkiem dla każdej organizacji. Nie można jednak zapominać, iż na dłuższą metę jest on pracownikiem nieefektywnym. Dlatego autorka poniższego opracowania skłania się do przyjęcia tezy, iż szczególnie w obszarze usług zdrowotnych należy każdorazowo skutecznie mu przeciwdziałać i jak najszybciej redukować. Wysoki odsetek ryzyka występowania zjawiska pracoholizmu w badanej grupie (średnio co drugi respondent), powinien być wystarczającym elementem, by skłaniać do natychmiastowego podjęcia działań, mających na celu jego ograniczenie. Polegających przede wszystkim na uświadomieniu sobie przez każdego pracownika – pielęgniarkę/pielęgniarza, jak ważne znaczenie odgrywa dzisiaj zachowanie równowagi pomiędzy życiem zawodowym i prywatnym. Ponadto uzyskane wyniki świadczą o związku pomiędzy występowaniem zjawiska pracoholizmu wśród polskich pielęgniarek/pielęgniarzy, z ich wiekiem, długością stażu pracy oraz poziomem wykształcenia. Wyniki należałoby uwzględnić nie tylko w codziennej praktyce zarządczej w zespołach pielęgniarskich, ale także w planowaniu przyszłego, optymalnego zabezpieczenia zasobów kadrowych względem przewidywanych, rosnących potrzeb społecznych.

## WNIOSKI

W oparciu o zgromadzony materiał badawczy sformułowano wniosek końcowy: spośród wskazywanych w literaturze jako osiowe objawy pracoholizmu, w badanej grupie polskich pielęgniarek/pielęgniarzy, za taką uznać można jedynie „pracę jako wartość”.

Pozostałe dwa: „”przymus pracy” oraz „entuzjazm pracy” są istotne, ale w mniejszym stopniu, aniżeli np.: „upośledzenie czynności alternatywnych”, „potrzeba przewidywalności” oraz „absorpcja”.

## PIŚMIENNICTWO


1. Maciejewska Ż.: Pracoholik. Pożądany typ pracownika czy przejaw patologii społecznej? – Słów kilka o homo Faber. TH!NK 2016; 1(25): 29–38.
2. Winnicka-Wejs A.: Patologie w obszarze funkcjonowania ludzi w organizacji (analiza porównawcza wybranych aspektów). Edukacja Ekonomistów i Menedżerów, 2014; 3(34): 45–60.
3. Golińska L.: Pracoholizm inaczej. Warszawa, Wydawnictwo Difin, 2014.
4. Malinowska D.: Pracoholizm. Zjawisko wielowymiarowe. Kraków, Wydawnictwo UJ, 2014.
5. Dudek B.: Społeczne, psychologiczne i zdrowotne skutki pracoholizmu. Łódź, Wydawnictwo UŁ, 2011.
6. Golińska L.: Pracoholik a pracoholik entuzjastyczny – dwa światy? Łódź, Wydawnictwo UŁ, 2011.
7. Oates W.E.: On being a ‘workaholic’. Pastoral Psychology, 1968; 19: 16–20.
8. Oates W.E.: Confession of a workaholic: The fact about work addiction. New York, World Publishing, 1971.
9. Wojdyło K.: Pracoholizm perspektywa poznawcza. Warszawa, Wydawnictwo Difin, 2010.
10. Spence J.T., Robbins A.S.: Workaholism: definition, measurement, and preliminary results. Journal of Personality Assessment 1992; 58(1): 160–178.
11. LaBier D.: Modern madness: the hidden link between work and emotional conflict, New York, . Eds. Simon and Schuster, 1989.
12. Szpitalak M.: Wielowymiarowy Kwestionariusz Oceny Pracoholizmu. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2012.
13. Ostrowska M., Michcik A.: Pracoholizm – przyczyny, konsekwencje, przeciwdziałanie. Bezpieczeństwo Pracy 2014, 12: 10–13. [za]: Zdunek A. Gdy praca staje się problemem. Warszawa, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2013.
14. Grabowski D.: Pracoholizm a etyka pracy. Wymiary etyki pracy jako predykatory uzależnienia od pracy. Studia Psychologiczne, 2015; 53(2): 5–19.

15. Kunecka D., Hundert M.: The extent of workaholism in a group of polish nures. The International Journal of Health Planning and Management, 2019; 34(1): 194–202.
16. Quinones C., Griffiths M.D.: Addiction to work. A Critical Review of the Workaholism Construct and Recommendations for Assessment. Journal of Psychosocial Nursing, 2015; 53(10): 48–59.
17. Sussman S.: Workaholism: A Review. Journal Addiction Research & Therapy 2013; Suppl 6(1): 4120.
18. Malinowska D., Staszczyk S., Tokarz A.: Pracoholizm – wskazania dotyczące diagnozy oraz przegląd działań interwencyjnych. Medycyna Pracy, 2015; 66(1): 71–83.
19. Hakanen J., Peeters M.: How Do Work Engagement, Workaholism, and the Work – to – Family Interface Affect Each Other? A – 7 Year Fallow – Up Study. Journal of Occupational & Environmental Medicine, 2015; 57(6): 601–609.
20. Bajcar B., Borkowska A., Czerw A., Gąsiorowska A.: Satysfakcja z pracy w zawodach z misją społeczną. Psychologiczne uwarunkowania. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2011.
21. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Liczba pielęgniarek i położnych zarejestrowanych i zatrudnionych, stan na 31.12.2019r. https://nipip.pl/liczba-pielegniarek-poloznych-zarejstrowanych-zatrudnionych/ (data dostępu 04.06.2020) .
22. Szostek D.: Pracoholizm w aktywności twórczej człowieka na przykładzie pracowników nauki. Acta Universitatis Nicolai Copernici, Zarządzanie 2016; 43(1): 25–41.
23. Bartczak M., Ogińska-Bulik N.: Workaholism and Mental Health Among Polish Akademic Workers. International Journal of Occupational Safety and Ergonomics, 2012; 18(1): 3–13.
24. Stychno E., Suska L.: Występowanie zjawiska pracoholizmu wśród pielęgniarek. Badania wstępne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo – Humanistycznego w Siedlcach, Administracja i Zarządzanie, 2014; 28(101): 167–179.
25. Andreassen C.S., Pallesen S., Moen B. E., Bjorvatn B., Waage S., Schaufeli W. B.: Workaholism and negative work – related incidents among nures. Industrial Health, 2018; 56: 373–381.
26. Taris T.W., Van Beek I., Schaufeli W.B.: Demographic and occupational correlates of workaholism. Psychological Reports ,2012; 110(2): 547–554.
27. Kubota K., Shimazu A., Kawakami N., Takahashi M., Nakata A., Schaufeli W.B.: The empirical distinctiveness of work engagement and workaholism among hospital nurses in

Japan: the effect on sleep quality and job performance. Ciencia Trabajo, 2011; 13(41): 152–157.

28. Kubota K., Shimazu A., Kawakami N., Takahashi M., Nakata A., Schaufeli W.B.: Association between Workaholism and Sleep Problems among Hospital Nurses. Industrial Health, 2010; 48: 864–871.
29. Burke R.J., Mathiesen S.B., Pallesen S.: Workaholism, organizational life and well-being of Norwegian nursing staff. Career Development International, 2006; 11(5): 463–477.

# Zjawisko pracoholizmu w środowisku pielęgniarskim w Polsce, część 2 cechy osiowe w badanej grupie

**Danuta Kunecka**

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Katedra Medycyny Społecznej, Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Szczecin

## WPROWADZENIE

Ostatnie lata przynoszą środowisku pielęgniarskiemu w Polsce coraz to nowe wyzwania, skutkujące, a niekiedy wręcz zupełnie zmieniające obraz relacji pielęgniarka/pielęgniarz – pracownik a jego pracodawca. Dzisiaj nierzadko to sam/a pielęgniarka/pielęgniarz staje się jednoosobową firmą. Towarzyszące temu procesowi zmiany systemowe, przyczyniły się do szeregu zmian w procesie pracy, w tym przede wszystkim tj.: znaczące uelastycznienie formy zatrudnienia i pojawienie się zwiększonego odsetka umów cywilnoprawnych oraz towarzyszące temu zjawisku zwiększona rywalizacja między świadczeniodawcami, automatyzacja procesów pracy, a przede wszystkim oczekiwanie zwiększonego zaangażowania się w pracę, charakteryzujące się oczekiwaniem zwiększonej liczby godzin spędzanych w pracy. Oczekiwanie to tak skutecznie zaadoptowało się w powszechnym myśleniu, że obecnie można wręcz odnieść wrażenie, że praca pielęgniarek/pielęgniarzy w Polsce, w wymiarze ponadetatowym, stała się już „normą". Dominujący zaś, w sektorze ochrony zdrowia schemat zarządczy, w jawny sposób gratyfikuje tych „ponadprzeciętnie zaangażowanych" pracowników [1,2]. Powoduje to niestety także i zwiększenie ryzyka utraty poczucia bezpieczeństwa, a nierzadko i wystąpienia zwiększonego już i tak wysokiego poziomu stresu. Warunkując zaistnienie tzw. „*organizacji pracoholicznych*" [3], które mogą być niekiedy dość dziwacznie rozumiane. Wówczas traktowane są one jako czynnik sprzyjający rozwojowi danej placówki. Bagatelizując przy tym zupełnie fakt, że finalnie w tego typu organizacjach odnotowuje się zdecydowanie więcej zagrożeń, w tym i samego pracoholizmu. Co z kolei determinuje, zdecydowanie gorsze zarówno ilościowo, jaki i jakościowo wykonywanie dotychczasowych obowiązków zawodowych.

Pomimo, iż dzisiaj stan wiedzy na temat zjawiska pracoholizmu jest już bardzo obszerny, to nadal, z uwagi na jego złożoność, nie daje się w sposób jednoznaczny określić, czym on jest i jaka jest jego natura [4]. Badacze tego zjawiska proponują bardzo zróżnicowane określenia, dające się sklasyfikować w dwóch nadrzędnych kategoriach: pracoholizm jako uzależnienie negatywne oraz jako pozytywny, niepatologiczny sposób funkcjonowania [5]. Autorka podzielając poglądy licznych badaczy tego zjawiska [5,6,7], postrzega pracoholizm jako negatywne w skutkach, uzależnienie od pracy – patologię. Przyjmując za punkt wyjścia dwie podstawowe cechy uzależnień: przymus pracy oraz utratę kontroli. Prowadzące każdorazowo do spadku lub zupełnego braku satysfakcji z pracy, ale co równie niebezpieczne, także i konsekwencji zdrowotnych i społecznych. Zaburzając całkowicie funkcjonowanie jednostki, opisywane już w pierwszej definicji pracoholizmu, sformułowanej przez Oates'a [8,9]. Obecnie pojęcie pracoholizmu – uzależnienia od pracy, najczęściej definiowane jest jako zjawisko polegające na obsesyjnym zaangażowaniu się w pracę, które cechuje samodzielne narzucanie sobie przez jednostkę bardzo wysokich wymagań, niezdolność do regulowania przyzwyczajeń w miejscu pracy oraz nadmiar pracy, wynikający z poświęcania się pracy, a powiązany z rezygnacją z większości innego rodzaju aktywności życiowych, z konsekwencjami zaburzeń w sferze funkcjonowania podmiotowego, rodzinnego, organizacyjnego, czy też w relacjach interpersonalnych [10]. Dzisiaj nie identyfikujemy go już jedynie w oparciu o kryterium ilościowe: czasu poświęcanego na pracę [11], czy też jako dziwaczną, ale tylko formę adaptacji do środowiska pracy [12]. W literaturze przedmiotu opisywana jest tzw. „triada pracoholiczna" [11], której wystąpienie uznaje się za kryteria warunkujące nie tylko stwierdzenie pracoholizmu, ale i opisywane jako objawy osiowe pracoholizmu. W jej skład wchodzą: wysoki stopień zaangażowania w pracę, poczucie wewnętrznego przymusu pracy oraz niski stopień zadowolenia z pracy. Są one niezależne względem siebie, umożliwiając w oparciu o nie klasyfikować sześć, różnych typów pracowników [5,13,14]. Ponadto uzależnienie od pracy należy uznać za proces dynamiczny.
W jego przebiegu można wyodrębnić trzy fazy: wstępną (prodromalną), krytyczną, chroniczną [10], w każdej z nich możliwe są do zaobserwowania różnego typu konsekwencje [5,7,10]. Omawiając tematykę pracoholizmu, szczególnie w zakresie jego osiowych objawów [11,14], nie sposób nie wspomnieć o „etyce pracy" w ujęciu M. Webera, rozumianej jako *„system postaw i przekonań, dla których charakterystyczne jest spostrzeganie pracy jako wartości centralnej w życiu i przekonanie, że ciężka praca prowadzi do sukcesu, a także niechęć do marnowania czasu, dezaprobata czasu wolnego, skłonność do odraczania*

*gratyfikacji, niezależność, czyli poleganie na sobie oraz gotowość do uczciwego postępowania w pracy"* [15].

Badania opisane w poniższym opracowaniu stanowią fragment wyników (część 2), uzyskanych w większym projekcie badawczym, realizowanym przez autorkę w 2016 roku, zatytułowanym „Pracoholizm w środowisku pielęgniarskim w Polsce", stanowiąc poszerzenie, a jednocześnie uzupełnienie do publikacji, dotyczącej skali występowania zjawiska pracoholizmu w środowisku pielęgniarskim w Polsce [16]. Za **cel opracowania** przyjęto zaprezentowanie wyników analizy i oceny zjawiska pracoholizmu w grupie polskich pielęgniarek/pielęgniarzy, w zakresie objawów osiowych pracoholizmu dla badanej grupy zawodowej, a przedstawionych w zastosowanym narzędziu badawczym [17], jako odrębne grupy czynników/cechy pracoholizmu, tj.: „upośledzenie czynności alternatywnych", „potrzeba przewidywalności", „absorpcja" oraz najsilniej oddziaływująca „praca jako wartość", którą opisano w części 1.

## MATERIAŁ I METODY

Podmiot badań opisanych w poniższym opracowaniu stanowiła reprezentatywna grupa 975 polskich pielęgniarek/pielęgniarzy. Szczegółowy dobór próby badawczej oraz sam przebieg badań opisano w publikacji dotyczącej skali zjawiska pracoholizmu w środowisku pielęgniarek/pielęgniarzy w Polsce [16]. W zdecydowanej większości badaną grupę stanowiły kobiety (prawie 97% ogółu badanych). Zatrudnione przede wszystkim w oparciu o umowę o pracę, na czas nieokreślony (przeszło 50% ogółu badanych). Wykonujące zawód pielęgniarki/pielęgniarza przez co najmniej 16 lat (ponad połowa ogółu badanych, w tym prawie 30% ogółu badanych pracuje ponad 20 lat). Badaną grupę w większości stanowiły osoby będące w stałym związku i posiadające dzieci (przeszło 50% ogółu badanych).

Poza tym z przeprowadzonych badań wynika, iż ponad 70% ogółu badanych to osoby zatrudnione w opiece stacjonarnej – szpitalach, o różnych poziomach referencyjnych. Zwrotnie uzyskano ponad 60% kwestionariuszy ankiet. Rozkłady procentowe w badanej grupie odzwierciedlają proporcje zbliżone do tych uzyskiwanych dla ogółu środowiska pielęgniarskiego w Polsce. Nieznaczne odstępstwa odnotowano jedynie w zakresie zmiennej wykształcenie, co prawdopodobnie jest wynikiem przyjętego w projekcie sposobu ich rozpowszechniania, wśród osób biorących w danym momencie (realizacji badań) udział w różnych formach kształcenia podyplomowego [16].

Szczegółowy opis uczestników badania, w zakresie wybranych zmiennych socjodemograficznych, przedstawiono w części 1 (patrz tabela I).

Dominującą metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Za narzędzie posłużył Wielowymiarowy Kwestionariusz Oceny Pracoholizmu (*WKOP*), autorstwa M. Szpitalak [17], o wyborze którego zdecydowały przede wszystkim wyższe wartości miar rzetelności *WKOP* w porównaniu z innymi standaryzowanymi narzędziami do pomiaru pracoholizmu, dostępnymi w polskiej wersji językowej [13,17,18] oraz fakt, iż jest to standaryzowane narzędzie pomiaru pracoholizmu, ujmujące to zjawisko jako zespół współwystępujących ze sobą objawów we wszystkich, wcześniej opisywanych w literaturze przedmiotu wymiarach, tj.: behawioralnym, poznawczym oraz emocjonalnym [5].

Na wykorzystanie w badaniach *WKOP* uzyskano zgodę jego Autorki, a także zgodę właściwej Komisji Bioetycznej. Konstrukt tego narzędzia oparty jest na założeniu, że pracoholizm można traktować nie tylko jako uzależnienie, lecz także jako przejaw zaburzonej kontroli nawyków, czy też wyraz nieprawidłowego funkcjonowania osobowości [17]. Wyodrębniono w nim trzynaście serii czynników/cech (opisanych w 94 – itemowym kwestionariuszu), charakteryzujących zjawisko pracoholizmu, tj.:

- **„praca jako wartość”** (15 stwierdzeń), „sumienność” (11 stwierdzeń),
- **„upośledzenie czynności alternatywnych”** (8 stwierdzeń), „stres i lęk” (9 stwierdzeń), „używki” (6 stwierdzeń), „antydelegowanie” (6 stwierdzeń), „zaburzone relacje społeczne” (6 stwierdzeń), „entuzjazm pracy” (4 stwierdzenia), „destrukcyjny perfekcjonizm” (4 stwierdzenia),
- **„potrzebę przewidywalności”** (8 stwierdzeń), „nadobowiązkowość” (5 stwierdzeń),
- **„absorpcja”** (6 stwierdzeń), „przymus pracy” (6 stwierdzeń).

Rzetelność mierzona alfa Cronbacha dla całości skali wyniosła 0,92, natomiast mierzona współczynnikiem rzetelności połówkowej Spearmana-Browna 0,82; rzetelność retestowa wyniosła 0,93 przy $p<0,001$. Natomiast wartość współczynnika alfa Cronbacha dla cech opisywanych w poniższym opracowaniu kolejno wynosiła: „upośledzenie czynności alternatywnych” – 0,75; „potrzeba przewidywalności” – 0,72; „absorpcja” – 0,76. Wynik ogólny *WKOP* korelował dodatnio z wszystkimi badanymi zmiennymi. W interpretacji wyników posłużono się przyjętymi przez autorkę *WKOP*, normami stenowymi [17], przedstawionymi jako wartości sumy w obszarze serii danego czynnika pracoholizmu, w dalszej kolejności wyliczając jednak wartość średniej dla pojedynczego itemu, opisującego ten czynnik.

Analizy statystyczne zebranego materiału wykonano w oparciu o arkusz kalkulacyjny Microsoft Excel oraz pakiet statystyczny Statsoft, Inc. (2010) STATISTICA 9.1. We wstępnej analizie zebrany materiał badawczy opisano liczebnościami i odpowiadającymi im odsetkami (rozkłady procentowe udzielonych odpowiedzi wyrażono w liczbach bezwzględnych – „N" wielkości próby oraz wartościach procentowych).

W dalszej analizie statystycznej, dla zbadania korelacji występujących pomiędzy 13 seriami czynników/cechami pracoholizmu opisanymi we *WKOP*, zastosowano analizę korelacji dwustronnych Pearsona. Szukając zależności pomiędzy przyjętymi w badaniu zmiennymi, zastosowano również test niezależności chi – kwadrat, stosowany w przypadku badania niezależności cech niemierzalnych (jakościowych) lub w przypadku niezależności cechy jakościowej z ilościową.

Za poziom istotności przyjęto p = 0,05. Ponadto chcąc zmierzyć siłę związków miedzy zmiennymi posłużono się w analizie statystycznej współczynnikiem V – Cramera, przyjmującego wartości z przedziału (0; 1) oraz współczynnikiem Spearmana i kontyngencji, których wyniki opisano we wcześniejszej publikacji, dotyczącej skali zjawiska pracoholizmu [16], dla potrzeb opisu jedynie wybranych cech pracoholizmu, w poniższym opracowaniu ich prezentację znacznie ograniczono.

## WYNIKI BADAŃ

Z uwagi na fakt, iż w badaniach jako narzędzie badawcze wykorzystano *WKOP*, składający się z trzynastu serii czynników/cech opisujących zjawisko pracoholizmu, na wstępie zaprezentowane zostaną kompleksowe wyniki, uzyskane w zakresie każdej z nich (patrz tabela 1), by ułatwić czytelnikowi ich porównanie względem siebie. Niemniej w dalszej części opracowania, opis wyników ograniczony zostanie jedynie do fragmentów odnoszących się do opisywanych w literaturze przedmiotu, objawów osiowych pracoholizmu.

Analizując związki poszczególnych serii czynników/cech pracoholizmu ujętych w *WKOP*, uzyskane wyniki wskazują, iż spośród wskazywanych w literaturze przedmiotu, osiowych objawów pracoholizmu, w badanej grupie znalazła się jedynie cecha „praca jako wartość", której szczegółowy opis zawarto w części 1. W badanej grupie, poza ww. cechą wyższe wartości średnich uzyskano w trzech innych seriach czynników/cechach pracoholizmu, tj.: „upośledzenie czynności alternatywnych", „potrzeba przewidywalności" oraz „absorpcja". Dlatego też należałoby je uznać za osiowe cechy pracoholizmu, dla objętej badaniem grupy zawodowej.

**Tabela I. Wartości uzyskane w zakresie składowych pracoholizmu (*WKOP*) w badanej grupie (N=975)**

| Składowa (cecha pracoholizmu) ujęta w *WKOP* | Współczynnik Pearsona | Średnia wartość uzyskana w obszarze danej składowej *WKOP* |
|---|---|---|
| **Praca jako wartość** | **0.827887** | **3.73** |
| **Sumienność** | 0.012126 | 4.49 |
| **Upośledzenie czynności alternatywnych** | **0.708993** | **4.23** |
| **Stres, lęk** | 0.515623 | 4.07 |
| **Używki** | 0.370051 | 2.00 |
| **Antydelegowanie** | 0.698186 | 4.06 |
| **Zaburzone relacje społeczne** | 0.585202 | 3.81 |
| **Entuzjazm** | 0.369545 | 4.60 |
| **Destrukcyjny perfekcjonizm** | 0.625372 | 3.67 |
| **Potrzeba przewidywalności** | **0.712114** | **4.79** |
| **Nadobowiązkowość** | 0.694049 | 4.20 |
| **Absorpcja** | **0.770283** | **3.60** |
| **Przymus pracy** | 0.694190 | 3.90 |

*Źródło: opracowanie własne [16]*

W dalszej części (Tabela II) zaprezentowane zostały wyniki, uzyskane w obrębie, trzech cech pracoholizmu uznanych za osiowe dla badanej grupy, wyrażone wartością średnią dla wszystkich uczestników badania.

Z danych zaprezentowanych w tabeli II, wyłania się bardzo wyraźny obraz pielęgniarki/pielęgniarza – osoby, przejawiającej zachowania pracoholiczne. Jest to: osoba żyjąca w ciągłym biegu, nielubiąca odrywać się od pracy, nieznosząca popełniać błędów, lubiąca jasne, przewidywalne sytuacje. Odnosząc tę charakterystykę do własnych, ponad dwudziestoletnich obserwacji autorki, należy z niepokojem stwierdzić, iż w codzienności pracy zawodowej opisywanego środowiska, takie osoby w zespołach pielęgniarskich nie są niestety rzadkością. O czym świadczyć mogą też i wyniki badań, dotyczące skali zjawiska pracoholizmu [16].

Za uznaniem przedstawionych w tabeli II cech za osiowe dla zaistnienia zjawiska pracoholizmu w środowisku pielęgniarskim w Polsce, przemawiają ponadto wyniki uzyskane w korelacjach dwustronnych Pearsona (wartość współczynnika Pearsona na poziomie 0,415 – 0,520).

**Tabela II. Średnie wartości w zakresie osiowych cech pracoholizmu, uzyskane w badanej grupie (N=975)**

| Cecha | Numer pytania *WKOP* | Czynnik /uwarunkowanie cechy | Średnia wartość |
|---|---|---|---|
| **UPOŚLEDZENIE CZYNNOŚCI ALTERNATYWNYCH** | 8 | Jeżeli się zastanowię, mogę dojść do wniosku, że moje zaangażowanie w pracę/naukę może się negatywnie odbić na moim zdrowiu. | 4,38 |
| | 12 | Często brakuje mi czasu na rozrywkę. | 4,48 |
| | 18 | Uważam, że nie jest możliwe, żebym pracował(a)/uczył(a) się więcej niż obecnie. | 4,35 |
| | 20 | **Żyję w ciągłym pospiechu.** | **4,87** |
| | 43 | Często bywam zmęczony(a). | 4,39 |
| | 51 | Wydaje mi się, że moje zaangażowanie w pracę/naukę negatywnie odbija się na moich relacjach towarzyskich. | 3,68 |
| | 54 | Uważam, że gdyby nie praca/nauka moje życie rodzinne byłoby bardziej satysfakcjonujące. | 3,85 |
| | 77 | Chciał(a)bym mieć więcej czasu „dla siebie", ale kiedy staram się go wygospodarować, odczuwam silne wyrzuty sumienia. | 3,86 |
| **POTRZEBA PRZEWIDYWALNOŚCI** | 19 | Jeżeli coś idzie nie po mojej myśli, bardzo się denerwuję. | 4,60 |
| | 26 | Lubię mieć wszystko „pod kontrolą". | 5,12 |
| | 30 | **Lubię jasne i przewidywalne sytuacje.** | **5,61** |
| | 31 | **Nie znoszę popełniać błędów.** | **5,38** |
| | 55 | W większości sytuacji powinno się mieć wszystko dokładnie zaplanowane. | 4,63 |
| | 67 | Wydaje mi się, że już nie zmienię poglądów, jakie mam na większość spraw. | 4,31 |
| | 89 | Nie lubię zmian, bo tylko wprowadzają niepotrzebne zamieszanie. | 4,26 |
| | 93 | Nigdy nie robię niczego „przypadkiem", zawsze staram się mieć wszystko dokładnie zaplanowane. | 4,43 |
| **ABSORPCJA** | 48 | Zdarza się, że praca/nauka pochłania mnie zupełnie. | 3,49 |
| | 58 | Zdarza mi się tak zapomnieć w pracy/w nauce, że nie wiem, co dzieje się wokół mnie. | 2,98 |
| | 59 | Gdy pracuję/uczę się, często tracę poczucie czasu. | 3,57 |
| | 64 | Kiedy pracuję/uczę się, bywa, że nic innego się dla mnie nie liczy. | 3,38 |
| | 73 | Zdarza mi się zapomnieć o zjedzeniu posiłku, gdy intensywnie pracuję/uczę się. | 4,06 |
| | 74 | **Nie lubię odrywać się od pracy/nauki.** | **4,15** |

*Źródło: opracowanie własne*

Analizując zgromadzony materiał badawczy, Autorka poza szukaniem wzajemnych zależności pomiędzy poszczególnymi cechami pracoholizmu, ocenie poddała także wyniki uzyskane pomiędzy wyodrębnionymi cechami osiowymi a przyjętymi w badaniach zmiennymi socjometryczkowymi. W tej części opisu, wyniki uzyskane w tym obszarze zawężono do tych z wykorzystaniem testu chi-kwadrat oraz w celu pogłębienia i pewności interpretacyjnej, z wykorzystaniem analizy korelacji dwustronnych Pearsona. Wyniki tych analiz zaprezentowano w tabeli III.

**Tabela III**. Osiowe cechy pracoholizmu w odniesieniu do zmiennych socjometryczkowych

| **Zmienna** | **„Pracoholizm”/wyniki testu Chi - kwadrat** | | **„Upośledzenie czynności alternatywnych”** | **„Potrzeba przewidywalności”** | **„Absorpcja”** |
|---|---|---|---|---|---|
| | Wartość $X^2$ | Wartość „p” | | | |
| Płeć | 1.644065 | 0.43954 | 0,017718 | 0,017454 | 0,010690 |
| Wiek | 13.50462 | **0.00906** | **0,071488** | 0,043658 | **0,079082** |
| Staż pracy | 18.64356 | **0.00481** | 0,057858 | 0,061406 | **0,078150** |
| Status rodzinny | 10.62945 | 0.10053 | **0,069548** | 0,060727 | -0,016348 |
| Wykształcenie | 18.42558 | **0.00525** | -0,019454 | **-0,079486** | **-0,063422** |
| Forma zatrudnienia | 2.541670 | 0.63719 | 0,019212 | 0,003869 | -0,009346 |

*Źródło: opracowanie własne*

Z danych przedstawionych w tabeli III wynika, iż w badanej grupie zmienna: płeć nie różnicuje respondentów, w sposób istotny ze statystycznego punktu widzenia. Natomiast w oparciu o analizę z użyciem testu chi-kwadrat, w sposób istotny statystycznie różnicują tę grupę takie zmienne, jak: wiek, staż pracy oraz wykształcenie.

Na wystąpienie pracoholizmu bardziej narażone są: osoby z najstarszej grupy wiekowej, najdłuższym stażem pracy oraz niższym, jak magisterski poziom wykształcenia. Potwierdzają ją także uzyskane wyniki zastosowania analizy współczynnika Pearsona.

Ponadto w przypadku cechy „upośledzenie czynności alternatywnych”, zależność taka występuje także w zakresie zmiennej socjometryczkowej „status rodzinny”.

W oparciu o uzyskane wyniki, wyrażone uzyskaną wartością średnią dla wszystkich uczestników badania, w przypadku zmiennej „status rodzinny” wskazują, że zdecydowanie częściej cechę pracoholizmu „upośledzenie czynności alternatywnych”, przejawiają osoby posiadające dzieci, jednocześnie będące stanu w związku.

Z uwagi na to, że wyniki analizy statystycznej z zastosowaniem testu chi-kwadrat uznano za istotniejsze dla wnioskowania końcowego, to w dalszej części opracowania (patrz tabela IV), zaprezentowano wyniki w ujęciu ich średnich wartości w badanej grupie.

**Tabela IV. Średnie wartości uzyskane w badanej grupie (N=975), w zakresie osiowych cech pracoholizmu, w odniesieniu do wybranych zmiennych socjometryczkowych**

| Zmienna socjometryczkowa | | Cecha „upośledzenie czynności alternatywnych” | Cecha „ potrzeba przewidywalności” | Cecha „absorpcja” |
|---|---|---|---|---|
| **Wiek** | do 30 lat | 4,126 | 4,740 | 3,578 |
| | 31 - 45 lat | 4,239 | 4,782 | 3,463 |
| | 46 lat i więcej | **4,321** | **4,849** | **3,820** |
| **Staż pracy** | do 5 lat | 4,129 | 4,740 | 3,572 |
| | 6 – 15 lat | 4,285 | 4,722 | 3,431 |
| | 16 – 25 lat | 4,259 | 4,787 | 3,506 |
| | 26 lat i powyżej | **4,295** | **4,897** | **3,860** |
| **Wykształcenie** | liceum medyczne | **4,233** | **4,904** | **3,709** |
| | studium medyczne | 4,199 | 4,702 | 3,673 |
| | licencjat | **4,280** | 4,778 | 3,560 |
| | magister | 4,049 | 4,608 | 3,492 |

*Źródło: opracowanie własne.*

## DYSKUSJA

Celem badań było dokonanie analizy i oceny ryzyka występowania pracoholizmu w zakresie osiowych jego objawów, z wykorzystaniem 13 jego cech, zawartych w *WKOP* [16–17]. W oparciu o uzyskane wyniki, za osiowe objawy pracoholizmu w badanej grupie zawodowej, należy uznać takie cechy, jak: „praca jako wartość”, „upośledzenie czynności alternatywnych”, potrzebę przewidywalności” oraz „absorpcję”. Zebrane dane pozwoliły ustalić, że przy ok. 6% poziomie wysokiego ryzyka wystąpienia bądź już występowania pracoholizmu wśród badanych [16], najwyższe znaczenie dla jego powstania, z punktu widzenia statystycznego opracowania, ma rzeczywiście opisywana w literaturze przedmiotu jedna z osiowych cech, a mianowicie „praca jako wartość” [4,17–18]. Prawdopodobnie jest to wynikiem dominującego w grupach zawodów misyjnych [19] spojrzenia, czy wręcz specyfiki

postrzegania pracy zawodowej, w tym przypadku przez osoby wykonujące jeden z zawodów medycznych. Skala wysokiego ryzyka oraz występowanie zjawiska pracoholizmu w środowisku pielęgniarskim, w odniesieniu jej do ogólnej liczby pielęgniarek/pielęgniarzy w Polsce (ok. 290 tys.) [20], co daje nam liczbę ok. 17 tys. pielęgniarek/pielęgniarzy w Polsce nań narażonych, upoważnia do uznania zjawiska pracoholizmu za istotny problem zarówno organizacyjny, ale także z uwagi na specyfikę tego zawodu, również i ogólnospołeczny.

Dotychczas opisywane w literaturze wyniki badań, w stosunkowo niewielkim tylko odsetku, dotyczyły zjawiska pracoholizmu występującego wśród pielęgniarek/pielęgniarzy. Autorka nie dotarła do badań, w których wykorzystano by jako narzędzie badawcze *WKOP*. Niemniej wyniki uzyskane przez autorów korzystających z narzędzi pomiarowych w jakimś zakresie zbieżnych z *WKOP* w Polsce, wskazują na zbliżony odsetek występowania pracoholizmu w Polsce, z tym uzyskanym przez autorkę opracowania [13,17]. Zarówno w ujęciu kompleksowym, tzn. w oparciu o 13 sklasyfikowanych ww. narzędziu cech pracoholizmu, jak i w formule wybranych, głównych cech, opisujących pracoholizm. Autorka opracowania dotarła do jednego tylko opracowania dotyczącego zjawiska pracoholizmu, badanego wśród pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w Polsce. Badanie przeprowadzono w 2012 roku w grupie 107 pielęgniarek, korzystając w nich ze skali *Work Addiction Risk Test – WART* stwierdzono, iż skala pracoholizmu wśród pielęgniarek wynosi 18,69% [21]. Podobne różnice z autorskimi wynikami (nieco wyższe względem wyników autorki wartości), dostrzeżono także i w zakresie uznanej za osiowy objaw i w badanej grupie cechy, tj. postrzeganie „pracy jako wartość". Natomiast, w przypadku pozostałych dwóch objawów osiowych, uzyskiwano wyniki odmienne od wyników uzyskanych przez autorkę opracowania [5-7,21-28]. Do osiowych objawów zaliczano, nie te wskazywane wśród badanych polskich pielęgniarek/pielęgniarzy (patrz tabela I), a opisywane w literaturze jako składowe tzw. „triady pracoholicznej" [11]. W badaniach własnych autorki, istotniejsze od wskazanych jako osiowe objawy przez innych badaczy, wydają się być poza „wartością pracy" opisaną w części 1, takie cechy, jak: „upośledzenie czynności alternatywnych", „potrzeba przewidywalności" oraz „absorpcja". Przyczyn takiego stanu należałoby, zdaniem Autorki doszukiwać się w szeroko rozumianych uwarunkowaniach pracy pielęgniarskiej w Polsce, a po trosze, także i w historycznym już dzisiaj, systemie kształcenia zawodowego pielęgniarek, na poziomie liceów medycznych.

Jeżeli chodzi o wyniki uzyskane w analizach statystycznych, mających na celu zbadanie wzajemnych zależności pracoholizmu oraz każdej z jego cech, w odniesieniu do zastosowanych kryteriów socjometryczkowych, w badaniach własnych Autorka, w znacznym

wymiarze uzyskała wyniki potwierdzające te dotychczas uzyskiwane przez innych badaczy [4–7,10,13,17–18,21–28]. W tym przypadku, niezależnie od stosowanego narzędzia, potwierdzają one wzajemne korelacje zjawiska pracoholizmu, w tym przypadku także i jego głównych cech, z wybranymi danymi demograficznymi, tj.: wiek, staż pracy oraz wykształcenie. W przypadku autorskich badań, zrealizowanych w grupie polskich pielęgniarek/pielęgniarzy, istotne dla celów dalszych badań wydają się być także wyniki wzajemnych korelacji pracoholizmu, w odniesieniu do zmiennej socjometryczkowej: status rodzinny. Na uwagę zasługuje także fakt, iż w każdym opracowaniu odnoszącym się do zjawiska pracoholizmu, podkreślany jest jego negatywny wydźwięk. Nie tylko w sferze organizacyjnego funkcjonowania jednostki, ale także, czy też przede wszystkim, w wymiarze kosztów zdrowotnych i społecznych, jakie ponosi w konsekwencji jego wystąpienia pracownik. Co należałoby w Polsce, w dobie braków kadrowych w pielęgniarstwie, w sposób szczególny skłaniać już nie do dyskusji co zrobić, w tym przypadku, a wypracować jak najbardziej skuteczne metody przeciwdziałania temu zjawisku lub mogących znacznie ograniczyć jego występowanie. Ważne jest to nie tylko z punktu widzenia pracownika, ale w przypadku sektora zdrowia, przede wszystkim z punktu widzenia pacjenta – jakości świadczonej opieki. Tyle w wymiarze teorii, niestety jak i w wielu dziedzinach, tak i w tym przypadku, praktyka nie nadąża za teorią.

## PODSUMOWANIE

Obecnie w Polsce, niestety nader często uznaje się, że pracoholik, to cenny dla prawie każdej organizacji, niezależnie od branży. Zapominając lub bagatelizując fakt „niskiej efektywności takiej osoby" w dłuższej perspektywie czasu. Stąd Autorka opracowania skłania się do przyjęcia tezy, iż szczególnie w obszarze usług, w tym jakże ważnym dla każdego z nas usług zdrowotnych, niezależnie od okoliczności, należy każdorazowo, jednoznacznie i wysoce skutecznie mu przeciwdziałać, by móc jak najszybciej redukować jego skalę. Wysoki odsetek ryzyka występowania zjawiska pracoholizmu w badanej grupie zawodowej (średnio co drugi respondent), powinien być wystarczającym przyczynkiem do tego, by skłaniać osoby decyzyjne do natychmiastowego podjęcia działań, mających na celu jego ograniczenie. Przede wszystkim, polegających na uświadamianiu każdemu pracownikowi – pielęgniarce/ pielęgniarzowi, jak ważne jest zachowanie równowagi pomiędzy życiem zawodowym i prywatnym. Uzyskane przez autorkę wyniki świadczą o związku pomiędzy występowaniem zjawiska pracoholizmu wśród polskich pielęgniarek/pielęgniarzy a ich wiekiem, długością

stażu pracy oraz poziomem wykształcenia. Należałoby je uwzględnić nie tylko w codziennej praktyce zarządczej w zespołach pielęgniarskich, ale także w planowaniu przyszłego, optymalnego zabezpieczenia zasobów kadrowych względem przewidywanych, rosnących potrzeb społecznych.

## WNIOSKI

W oparciu o zgromadzony materiał badawczy sformułowano wniosek końcowy: za osiowe objawy pracoholizmu, w badanej grupie polskich pielęgniarek/pielęgniarzy, należy uznać: „pracę jako wartość" oraz „upośledzenie czynności alternatywnych", „potrzebę przewidywalności" oraz „absorpcję", co świadczyć może o dość silnym wpływie uwarunkowań osobowościowych na jego występowanie u przedstawicieli objętego badaniem środowiska. Dlatego istotnym elementem w działaniach przeciwdziałających jego wystąpieniu w przyszłości może okazać się już właściwa kwalifikacja do zawodu, co w warunkach polskich zdaje się zupełnie nie funkcjonować w praktyce.

## PIŚMIENNICTWO


1. Dudek B., Hauk M., Merecz D.: Ocena pracoholizmu jako behawioralnej tendencji – polska adaptacja kwestionariusza Mudracka i Naughtona. Medycyna Pracy, 2011; 62(2): 127–132.
2. Dudek B.: Pracoholizm – szkodliwy skutek nadmiernego zaangażowania w pracę. Medycyna Pracy, 2008; 59(3): 247–254.
3. Scott K.S., Moore K.S., Miceli M.P.: An exploration of the meaning and consequences of Workaholism. Human Relations, 1997; 50: 287–314.
4. Malinowska D., Tokarz A.: Workaholism Components in Relation to Life and Work Values. International Journal of Mental Health and Addiction, 2019, https://www.researchgate.net/publication/333012979_Workaholism_Components_in_Relation_to_Life_and_Work_Values (data dostepu 04.06.2020).
5. Malinowska D.: Pracoholizm. Zjawisko wielowymiarowe. Kraków, Wydawnictwo UJ, 2014.
6. Golińska L.: Pracoholizm uzależnienie czy pasja. Warszawa, Wydawnictwo Difin, 2008
7. Dudek B.: Społeczne, psychologiczne i zdrowotne skutki pracoholizmu. Łódź, Wydawnictwo UŁ, 2011.
8. Oates W.E.: On being a 'workaholic'. Pastoral Psychology, 1968; 19: 16–20.

9. Oates W.E.: Confession of a workaholic: The fact about work addiction. New York, World Publishing, 1971.
10. Wojdyło K.: Pracoholizm perspektywa poznawcza. Warszawa, Wydawnictwo Difin, 2010.
11. Spence J.T., Robbins A.S.: Workaholism: definition, measurement, and preliminary results. Journal of Personality Assessment, 1992; 58(1): 160–178.
12. LaBier D.: Modern madness: the hidden link between work and emotional conflict. Eds. Simon and Schuster, New York, 1989.
13. Golińska L.: Pracoholizm inaczej. Wydawnictwo Difin, Warszawa, 2014.
14. Golińska L.: Pracoholik a pracoholik entuzjastyczny – dwa światy? Wydawnictwo UŁ, Łódź 2011.
15. Grabowski D.: Pracoholizm a etyka pracy. Wymiary etyki pracy jako predykatory uzależnienia od pracy. Studia psychologiczne 2015; 53(2): 5–19.
16. Kunecka D., Hundert M.: The extent of workaholism in a group of polish nures. The International Journal of Health Planning and Management 2019; 34(1): 194–202.
17. Szpitalak M.: Wielowymiarowy Kwestionariusz Oceny Pracoholizmu. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2012.
18. Andreassen C.S.: Workaholism: An overview and current status of the research. Journal of Behavioral Addictions 2014; 3(1): 1–11.
19. Bajcar B., Borkowska A., Czerw A., Gąsiorowska A.: Satysfakcja z pracy w zawodach z misją społeczną. Psychologiczne uwarunkowania. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2011.
20. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Liczba pielęgniarek i położnych zarejestrowanych i zatrudnionych, stan na 31.12.2019r. https://nipip.pl/liczba-pieleg niarek-poloznych-zarejstrowanych-zatrudnionych/ (data dostępu 04.06.2020).
21. Stychno E., Suska L.: Występowanie zjawiska pracoholizmu wśród pielęgniarek. Badania wstępne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo – Humanistycznego w Siedlcach, Administracja i Zarządzanie, 2014; 28(101): 167–179.
22. Malinowska D., Tokarz A., Wardzichowska A.: Job autonomy in relation to work engement and Workaholism: mediation of autonomous and controlled work motivation. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 2018; 31(4): 1–14.
23. Rezvani A., Bouju G., Keriven-Dessomme B., Moret L., Grall-Bronnec M.: Workaholism: are physicians at risk? Occupational Medicine, 2014; 64: 410–416.

24. Wijhe C., Peeters M., Schaufeli W.: Irrational Beliefs AT Work and Their Implications for Workaholism. Journal of Occupational Rehabilitation, 2013; 23: 336–346.
25. Taris T.W., Van Beek I., Schaufeli W.B.: Demographic and occupational correlates of workaholism. Psychological Reports, 2012; 110(2): 547–554.
26. Kubota K., Shimazu A., Kawakami N., Takahashi M., Nakata A., Schaufeli W.B.: The empirical distinctiveness of work engagement and workaholism among hospital nurses in Japan: the effect on sleep quality and job performance. Ciencia Trabajo, 2011; 13(41): 152–157.
27. Kubota K., Shimazu A., Kawakami N., Takahashi M., Nakata A., Schaufeli W.B.: Association between Workaholism and Sleep Problems among Hospital Nurses. Industrial Health, 2010; 48: 864–871.
28. Burke R.J., Mathiesen S.B., Pallesen S.: Workaholism, organizational life and well-being of Norwegian nursing staff. Career Development International, 2006; 11(5): 463–477.

# Zjawisko pracoholizmu w środowisku pielęgniarskim w Polsce, część 3 przyczyny, objawy, czy następstwa?

**Danuta Kunecka**

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Katedra Medycyny Społecznej, Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Szczecin

## WPROWADZENIE

Pracoholizm to zjawisko, które na przełomie ostatnich lat przyciąga uwagę coraz szerszego grona badaczy, ma to miejsce nie tylko w Polsce, ale i na świecie. Jest to zdaniem autorki przede wszystkim wynikiem tego, że praca zawodowa, sama w sobie dla większości Polaków odgrywa istotną rolę. Na co w dużym stopniu wpływ miały zmiany gospodarczo – ustrojowe w naszym kraju. Widoczne są one także i w sektorze ochrony zdrowia w Polsce, w którym pod wpływem przede wszystkim zmian w procesie pracy, dostrzec można między innymi: zwiększoną rywalizację między świadczeniodawcami, automatyzację procesów pracy, a przede wszystkim zwiększone zaangażowanie się w pracę samych pracowników, charakteryzujące się głównie zwiększoną liczbą godzin spędzanych w pracy [1].

W ostatnich latach, w przypadku przedstawicieli środowiska pielęgniarskiego, niekiedy można wręcz odnieść wrażenie, że praca w ponadetatowym wymiarze stała się na tyle powszechna, że zaczęła być postrzega, jako „norma". Nierzadko zaś można odnieść wrażenie, że systemowo, w jawny sposób, gratyfikuje tych „ponadprzeciętnie zaangażowanych" w nią pracowników [2]. Nierzadko prowadzi to do znacznego zwiększenia się poziomu odczuwanego stresu. Co dodatkowo jeszcze potęguje już i tak wysokie oczekiwania stawiane pielęgniarkom/ pielęgniarzom – pracownikom. Te zaś, stanowią jedną z głównych cech charakteryzujących tzw. „organizacje pracoholiczne" [3], które przy jednoczesnym złym rozumieniu procesu zarządczego, mogą być błędnie interpretowane i postrzegane jako czynnik rozwoju dla danej placówki. Zupełnie bagatelizując fakt, iż funkcjonowanie w tego typu organizacji, jednocześnie warunkuje u pielęgniarki/pielęgniarza – pracownika, możliwość wystąpienia zagrożeń dotychczas nieodnotowywanych w tej grupie zawodowej, będących konsekwencją nadmiernego ich zaangażowania się w pracę zawodową

i wykonywanie codziennych czynności zawodowych, w tym także i tytułowego pracoholizmu [4].

Aktualny stan wiedzy na temat zjawiska pracoholizmu, mimo że obszerny, to jednak, z uwagi na jego złożoność nadal nie pozwala w sposób jednoznaczny określić, czym jest i jaka jest natura pracoholizmu [5,6].

Badacze tego zjawiska proponują bardzo zróżnicowane określenia, dające się sklasyfikować w dwóch nadrzędnych kategoriach: pracoholizm rozumiany jako uzależnienie – negatywne oraz niepatologiczny sposób funkcjonowania jednostki – pozytywny [5,7]. Autorka tego opracowania postrzega pracoholizm, jak i wielu innych badaczy, jako zdarzenie jednoznacznie negatywne w skutkach [8,9]. Mieszczące się w definicjach uzależnienia, w tym przypadku uzależnienia od pracy, klasyfikowanym jako patologia organizacyjna, w której za podstawę przyjmuje główne dwie cechy uzależnień, jakimi są: przymus pracy oraz utrata kontroli. Degradacja jednostki, jaka następuje u osoby pracoholika, pod względem zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego, ale także i w obszarze społecznym podkreślana była w definiowaniu terminu „pracoholizm" od samego pierwszego jej opisu, dokonanej przez Oates'a [10,11].

Obecnie pojęcie pracoholizm, rozumiane jako uzależnienie od pracy, najczęściej definiowane jako polegające na wręcz obsesyjnym zaangażowaniu się w pracę. Cechujące się samodzielnym narzucaniem sobie przez jednostkę bardzo wysokich wymagań, przy jednoczesnym braku zdolności do regulowania swoich przyzwyczajeń w miejscu pracy, przejawiające się najczęściej bądź będące wynikiem nadmiaru pracy. Warunkowane w dość często nadmiernym poczuciem konieczności „poświęcenia się pracy", kosztem rezygnacji z większości innych aktywności życiowych. Zazwyczaj procesowi temu towarzyszą bądź są ich konsekwencją różnego rodzaju zaburzenia w sferze, nie tylko funkcjonowania podmiotowego, rodzinnego, organizacyjnego, ale wszystkich relacjach interpersonalnych jednostki/ osobowości pracoholicznej [7].

Obecnie pracoholizmu nie identyfikujemy w oparciu o jedynie kryterium ilościowe: czasu poświęcanego na pracę w danym tygodniu [12], czy też, co szczególnie istotne w kontekście badanej grupy zawodowej, jako formy adaptacji do, niekiedy wręcz, patologicznego środowiska pracy [13].

W przypadku tych osób opisuje się nieco odmienny proces jego przebiegu. Jednak podobnie, jak i w innych przypadkach, wyodrębnia się w nim trzy fazy: wstępną (prodromalną), krytyczną, chroniczną [7,14]. W przypadku osób, u których pracoholizm jest swoistą adaptacją, do potrzeb i warunków zewnętrznych, w początkowym okresie, tzw.

„wchodzenia w nałóg" rzeczywiście zachowania te są stymulowane czynnikami zewnętrznymi, stanowiąc niejako odpowiedź na „konieczność" wzmocnienia swojego wkładu w pracę, np. pod naporem czynników ekonomicznych. Ale już w kolejnym etapie jest to samoczynna kontynuacja, podjętej wcześniej nadaktywności zawodowej. Pomimo ustania oddziaływania ww. czynnika, czy też czynników zewnętrznych. Ostatni zaś etap, to zupełna utrata kontroli nad zachowaniem równowagi między aktywnością zawodową a życiem osobistym pracoholika [15]. Niestety w przebiegu każdego z etapów, tak dynamicznego procesu, jakim jest pracoholizm, możliwe jest wystąpienie różnego typu, licznych konsekwencji [8]. Nie ma zgodności wśród badaczy co do tego, które z nich są rzeczywiście objawem, czy też konsekwencją wystąpienia pracoholizmu, które zaś jego bezpośrednią przyczyną [2,5-9,14,16-19]. Za przykład mogą tutaj posłużyć, opisywane w literaturze, jako tzw. „triada pracoholiczna" [12,17], jego osiowe objawy, stanowiące podstawę do stwierdzenia pracoholizmu, w skład której wchodzi: wysoki stopień zaangażowania w pracę, poczucie wewnętrznego przymusu pracy oraz niski stopień zadowolenia z pracy. Jednocześnie umożliwiające różnicowanie sześciu odmiennych typów pracowników [5,7,8,19]. Budzą one wątpliwość, także i u autorki opracowania, czy rzeczywiście są objawem/skutkiem/konsekwencją wystąpienia tego zjawiska, czy też jak np. niski poziom zadowolenia, może stanowić jego przyczynę? Pozostanie ono jednak tym razem bez odpowiedzi, ponieważ badania przeprowadzone przez autorkę w tematyce pracoholizmu, nie dają podstaw do odpowiedzi na nie, bo też i ich cel był inny, niemniej ta grupa ww. „cech" pracoholizmu, budzących ww. wątpliwości stała się kryterium doboru materiału badawczego do poniższego opracowania, którego **celem** było dokonanie analizy i oceny zjawiska pracoholizmu wśród pielęgniarek/pielęgniarzy w Polsce, w zakresie tychże właśnie elementów. Spośród 13 cech pracoholizmu, ujętych w konstrukcje wykorzystanego narzędzia badawczego [18,20], w poniższym opisie charakteryzowane będą:

- I grupa – <<skutek, czy przyczyna>>, tj.: „stres, lęk", „używki", „zaburzone relacje społeczne",
- II grupa – <<przyczyna, czy skutek>>, tj.: „antydelegowanie", „destrukcyjny perfekcjonizm", „nadobowiązkowość".

  Wyniki badań, stanowiące podstawę do przygotowania tego opracowania, są jedynie wycinkiem (część 3), projektu realizowanego przez autorkę w 2016 roku, zatytułowanego „Pracoholizm w środowisku pielęgniarskim w Polsce" i stanowią uzupełnienie do publikacji, dotyczącej skali zjawiska pracoholizmu [18].

## MATERIAŁ I METODY

Materiał do badań stanowiło 975 kwestionariuszy ankiet, wypełnionych przez reprezentatywną grupę pielęgniarek/pielęgniarzy polskich. Z uwagi na obszerność opisu zarówno doboru do badania, jak i samego przebiegu badań, zawarty w publikacji dotyczącej skali zjawiska pracoholizmu, zostanie on w tym opracowaniu pominięty. Dla potrzeb tego opracowania, w uzupełnieniu zamieszczonej w części 1 – tabeli I, charakteryzującej badaną grupę, nadmienię, iż: w zdecydowanej większości stanowiły ją kobiety (prawie 97% ogółu badanych). Które były zatrudnione w opiece stacjonarnej – szpitalach, o różnych poziomach referencyjności (ponad 70% ogółu badanych), przede wszystkim w oparciu o umowę o pracę, na czas nieokreślony (przeszło 50% ogółu badanych). Już od co najmniej 16 lat (ponad połowa ogółu badanych, w tym prawie 30% ogółu badanych pracuje ponad 20 lat) wykonuje zawód pielęgniarki/pielęgniarza. Były to w większości osoby pozostające w stałym związku i posiadające dzieci (przeszło 50% ogółu badanych). W badaniu uzyskano ponad 60% zwrotność kwestionariuszy ankiet. Rozkłady procentowe w badanej grupie odzwierciedlają zbliżone do tych uzyskiwanych dla ogółu środowiska pielęgniarskiego w Polsce proporcje. Nieznaczne odstępstwa odnotowano jedynie w zakresie zmiennej wykształcenie, co prawdopodobnie jest wynikiem przyjętego w projekcie sposobu ich rozpowszechniania, wśród osób biorących w danym momencie (realizacji badań), udział w różnych formach kształcenia podyplomowego [18]. Dominującą metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Za narzędzie posłużył Wielowymiarowy Kwestionariusz Oceny Pracoholizmu (*WKOP*), autorstwa M. Szpitalak [20], o wyborze którego zdecydowały przede wszystkim wyższe wartości miar rzetelności *WKOP* w porównaniu z innymi standaryzowanymi narzędziami do pomiaru pracoholizmu, dostępnymi w polskiej wersji językowej [20,21] oraz fakt, iż jest to standaryzowane narzędzie pomiaru pracoholizmu, ujmujące to zjawisko jako zespół współwystępujących ze sobą objawów we wszystkich, wcześniej opisywanych w literaturze przedmiotu, wymiarach, tj.: behawioralnym, poznawczym oraz emocjonalnym [5].

Na wykorzystanie w badaniach *WKOP* uzyskano zgodę jego Autorki, a także zgodę właściwej Komisji Bioetycznej. Konstrukt tego narzędzia oparty jest na założeniu, że pracoholizm można traktować nie tylko jako uzależnienie, lecz także jako przejaw zaburzonej kontroli nawyków, czy też wyraz nieprawidłowego funkcjonowania osobowości [20]. Wyodrębniono w nim trzynaście serii czynników/cech (opisanych w 94 – itemowym kwestionariuszu), charakteryzujących zjawisko pracoholizmu, tj.:

- „praca jako wartość” (15 stwierdzeń),

- „sumienność” (11 stwierdzeń),
- „upośledzenie czynności alternatywnych” (8 stwierdzeń),
- **„stres i lęk”** (9 stwierdzeń),
- **„używki”** (6 stwierdzeń),
- **„antydelegowanie”** (6 stwierdzeń),
- **„zaburzone relacje społeczne”** (6 stwierdzeń), „entuzjazm pracy” (4 stwierdzenia),
- **„destrukcyjny perfekcjonizm”** (4 stwierdzenia),
- „potrzeba przewidywalności” (8 stwierdzeń),
- **„nadobowiązkowość”** (5 stwierdzeń),
- „absorpcja” (6 stwierdzeń),
- „przymus pracy” (6 stwierdzeń).

Rzetelność mierzona alfa Cronbacha dla całości skali wyniosła 0,92, natomiast mierzona współczynnikiem rzetelności połówkowej Spearmana-Browna 0,82; rzetelność retestowa wyniosła 0,93 przy $p<0.001$. Natomiast wartość współczynnika alfa Cronbacha dla cech opisywanych w poniższym opracowaniu wynosiła, w I grupie – <<skutek, czy przyczyna>> kolejno: „stres, lęk” – 0,75; „używki” – 0,80; „zaburzone relacje społeczne” – 0,74; w II grupie – <<przyczyna, czy skutek>>, kolejno: „antydelegowanie” – 0,77; „destrukcyjny perfekcjonizm” – 0,76; „nadobowiązkowość” – 0,71. Wynik ogólny *WKOP* korelował dodatnio z wszystkimi badanymi zmiennymi. W interpretacji wyników posłużono się przyjętymi przez autorkę *WKOP*, normami stenowymi [20], przedstawionymi jako wartości sumy w obszarze serii danego czynnika pracoholizmu, w dalszej kolejności wyliczając jednak wartość średniej dla pojedynczego itemu, opisującego ten czynnik.

Analizy statystyczne zebranego materiału wykonano w oparciu o arkusz kalkulacyjny Microsoft Excel oraz pakiet statystyczny Statsoft, Inc. (2010) STATISTICA 9.1. We wstępnej analizie zebrany materiał badawczy opisano liczebnościami i odpowiadającymi im odsetkami (rozkłady procentowe udzielonych odpowiedzi wyrażono w liczbach bezwzględnych – „N” wielkości próby oraz wartościach procentowych).

W dalszej analizie statystycznej, dla zbadania korelacji występujących pomiędzy 13. seriami czynników/cechami pracoholizmu opisanymi we *WKOP*, zastosowano analizę korelacji dwustronnych Pearsona.

Szukając zależności pomiędzy przyjętymi w badaniu zmiennymi, zastosowano również test niezależności chi – kwadrat, stosowany w przypadku badania niezależności cech niemierzalnych (jakościowych) lub w przypadku niezależności cechy jakościowej z

ilościową. Za poziom istotności przyjęto p = 0,05. Ponadto chcąc zmierzyć siłę związków między zmiennymi posłużono się w analizie statystycznej współczynnikiem V – Cramera, przyjmującego wartości z przedziału (0; 1) oraz współczynnikiem Spearmana i kontyngencji, których wyniki opisano we wcześniejszej publikacji, dotyczącej skali zjawiska pracoholizmu [18], dla potrzeb opisu jedynie wybranych cech pracoholizmu, w poniższym opracowaniu ich prezentację znacznie ograniczono.

## WYNIKI BADAŃ

Z uwagi na fakt, iż w badaniach jako narzędzie badawcze wykorzystano *WKOP*, składający się z trzynastu serii czynników/cech opisujących zjawisko pracoholizmu, na wstępie zaprezentowane zostaną kompleksowe wyniki, uzyskane w zakresie każdej z nich (patrz tabela I), by ułatwić czytelnikowi ich porównanie względem siebie oraz odnieść wartości współczynnika Pearsona do najsilniejszej oddziałującej cechy, tj. „pracy jako wartości". Natomiast w dalszej części tego opracowania skoncentrowano uwagę badawczą, a tym samym i przedstawione poniżej wyniki, ograniczono już jedynie do fragmentów odnoszących się do sześciu wybranych cech pracoholizmu, które na potrzeby tego opracowania sklasyfikowano w dwóch grupach, tj.: <<przyczyna, czy skutek>> oraz <<skutek, czy przyczyna>>

**Tabela I. Wartości uzyskane w zakresie wybranych składowych cech pracoholizmu (*WKOP*) w badanej grupie (N=975)**

| Składowa (cecha pracoholizmu) ujęta w *WKOP* | Współczynnik Pearsona | Średnia wartość uzyskana w obszarze danej składowej *WKOP* |
|---|---|---|
| **Praca jako wartość** | **0.827887** | **3.73** |
| **Sumienność** | 0.012126 | 4.49 |
| **Upośledzenie czynności alternatywnych** | 0.708993 | 4.23 |
| **Stres, lęk** | **0.515623** | **4.07** |
| **Używki** | **0.370051** | **2.00** |
| **Antydelegowanie** | **0.698186** | **4.06** |
| **Zaburzone relacje społeczne** | **0.585202** | **3.81** |
| **Entuzjazm** | 0.369545 | 4.60 |
| **Destrukcyjny perfekcjonizm** | **0.625372** | **3.67** |
| **Potrzeba przewidywalności** | 0.712114 | 4.79 |
| **Nadobowiązkowość** | **0.694049** | **4.20** |
| **Absorpcja** | 0.770283 | 3.60 |
| **Przymus pracy** | 0.694190 | 3.90 |

*Źródło: opracowanie własne [18].*

Analizując związki poszczególnych serii czynników/cech pracoholizmu ujętych w *WKOP*, uzyskane wyniki wskazują, iż spośród wszystkich 13 cech ujętych w zastosowanym narzędziu badawczym, najsilniej z grupy objętych opisem, oddziałują:

- „antydelegowanie”,
- „nadobowiązkowość”
- „destrukcyjny perfekcjonizm”.

Zatem wszystkie sklasyfikowane w poniższym opracowaniu w grupie <<przyczyna, czy skutek>>.

Zdecydowanie mniejszą siłę oddziaływania odnotowano w zakresie cech z grupy <<skutek, czy przyczyna>>

Ponadto, na uwagę zasługuje fakt, iż jedyną spośród 13 zawartych w *WKOP* cech pracoholizmu, nie korespondującą z ryzykiem wystąpienia zjawiska cechą okazała się „sumienność”, co należałoby interpretować, iż nie implikuje ona sama w sobie wystąpienia pracoholizmu. Niemniej trudno by sobie wyobrazić pracoholika, który nie byłby sumienny, choćby w minimalnym stopniu.

W kolejnych tabelach numer II i III zaprezentowane zostały wyniki, uzyskane wśród pielęgniarek/pielęgniarzy, w obrębie wybranych dla potrzeb tego opracowania sześciu cech pracoholizmu, wyrażonych wartością średnią dla wszystkich uczestników badania.

Z danych zaprezentowanych w tabeli II, wyłania się bardzo wyraźny obraz pielęgniarki/pielęgniarza – osoby, przejawiającej zachowania pracoholiczne. Jest to: osoba nie powierzająca zadań uważanych za ważne innym osobom, uważając dość często, że to ona wykona je najlepiej, koncentrując się na zadaniu nierzadko zatraca jego sens i co ważne uznaje za oczywistość, iż najważniejsze są obowiązki, a dopiero w dalszej kolejności należy myśleć o przyjemnościach. Odnosząc tę charakterystykę do własnych, ponad dwudziestoletnich obserwacji autorki, należy z niepokojem stwierdzić, iż w codzienności pracy zawodowej opisywanego środowiska, takie osoby w zespołach pielęgniarskich nie są niestety rzadkością. O czym świadczyć mogą też i wyniki badań, dotyczące skali zjawiska pracoholizmu [18].

Za uznaniem przedstawionych w tabeli II cech za osiowe dla zaistnienia zjawiska pracoholizmu w środowisku pielęgniarskim w Polsce, przemawiają ponadto wyniki uzyskane w korelacjach dwustronnych Pearsona (wartość współczynnika Pearsona na poziomie 0,421 – 0,525).

**Tabela II. Średnie wartości w zakresie wybranych cech pracoholizmu, sklasyfikowane w grupie <<przyczyna, czy skutek>> uzyskane w badanej grupie (N=975)**

| Cecha | Numer pytania *WKOP* | Czynnik /uwarunkowanie cechy | Średnia wartość |
|---|---|---|---|
| **ANTYDELEGOWANIE** | 14 | Uważam, że praca zespołowa rzadko przynosi pozytywne rezultaty, ponieważ każdy powinien pracować na własny rachunek, a nie wykorzystywać innych do osiągnięcia własnych celów. | 3,43 |
| | 17 | Wiem, że powierzenie innym osobom nawet drobnych rzeczy do wykonania może nie przynieść dobrego rezultatu. | 3,75 |
| | 21 | Często jest tak, że wolę zrobić coś za innych, bo wydaje mi się, że zrobię to lepiej i bardziej sumiennie niż oni. | **4,48** |
| | 33 | Raczej nie powierzam innym zadań, które uważam za ważne. | **4,68** |
| | 40 | Uważam, że najlepiej sam(a) wykonam powierzone mi zadania. | **4,46** |
| | 85 | Często jest tak, że – w przypadku grupowego wykonywania zadania – nie można ufać nikomu poza sobą samym. | 3,55 |
| **DESTRUKCYJNY PERFEKCJONIZM** | 32 | Zdarza mi się często, że nadmierna koncentracja na szczegółach wykonywanego zadania sprawia, że zatracam jego ogólny sens. | **4,11** |
| | 41 | Kiedy podejmuję się wykonania jakiegoś zadania, często mam kłopoty z jego dokończeniem, ponieważ wydaje mi się, że ciągle nie jest na wystarczająco zadowalającym mnie poziomie. | 3,45 |
| | 80 | Zdarza się, że tak długo obmyślam, jak coś zrobić i ciągle wprowadzam poprawki, że mam trudności, by zdążyć na czas z zakończeniem zadania. | 3,58 |
| | 82 | Często bywa tak, że wykonując jakieś zadanie skupiam się na szczegółach, przez co mam trudności z zakończeniem zadania. | 3,54 |
| **NADOBOWIĄZKOWOŚĆ** | 6 | Nie powinno się zaczynać urlopu, jeśli nie zakończono wykonywania jakiegoś ważnego zadania do pracy/na uczelnię. | 3,93 |
| | 29 | Uważam, że w pierwszej kolejności powinno się wykonywać obowiązki, a dopiero później myśleć o przyjemnościach. | **4,77** |
| | 61 | Uważam, że najpierw powinno się zakończyć wykonywane zadanie związane z pracą/nauką, a dopiero potem myśleć o przyjemnościach/rozrywce. | 4,27 |
| | 91 | Rozrywka jest dla mnie ważniejsza niż praca/nauka. | 3,28 |
| | 94 | Kiedy jestem w domu, często myślę o tym, co powinienem/powinnam zrobić następnego dnia, np. planuję jutrzejszy dzień pod kątem spraw niezbędnych do załatwienia w pracy/na uczelni. | **4,76** |

*Źródło: opracowanie własne.*

**Tabela III. Średnie wartości w zakresie wybranych cech pracoholizmu, sklasyfikowane w grupie <<skutek, czy przyczyna>> uzyskane w badanej grupie (N=975)**

| Cecha | Numer pytania *WKOP* | Czynnik /uwarunkowanie cechy | Średnia wartość |
|---|---|---|---|
| **STRES, LĘK** | 7 | Rzadko mam kłopoty z radzeniem sobie ze stresem. | 3,89 |
| | 10 | Brakuje mi pewności siebie. | **4,00** |
| | 15 | Często rozmyślam, co złego może się zdarzyć, jeśli nie będę wypełniał(a) rzetelnie swoich zawodowych obowiązków. | 4,13 |
| | 22 | Zazwyczaj jestem rozluźniony(a) i nie zastanawiam się, co zdarzy się w przyszłości. | **4,32** |
| | 35 | Chciał(a)bym podchodzić do życia bardziej „na luzie”. | **4,79** |
| | 38 | Pod presją czasu odczuwam silny niepokój. | **4,59** |
| | 56 | Nie mam trudności ze zrelaksowaniem się. | 3,55 |
| | 79 | Przeżywam więcej emocji pozytywnych niż negatywnych. | 3,53 |
| | 83 | Od jakiegoś czasu jestem coraz bardziej rozdrażniony(a) i denerwują mnie rzeczy, które kiedyś były mi obojętne, a nawet przyjemne. | 3,87 |
| **UŻYWKI** | 47 | Zdarza mi się wziąć narkotyk. | 1,62 |
| | 49 | Zauważyłem(łam), że ostatnio coraz częściej nadużywam alkoholu lub innych używek. | 1,89 |
| | 57 | Trudno mi po ciężkim dniu odmówić sobie kieliszka alkoholu lub piwa. | 1,98 |
| | 65 | Zdarza mi się nieraz relaksować się za pomocą alkoholu. | **2,41** |
| | 69 | Palę więcej niż kiedyś/ zacząłem(ęłam) palić papierosy. | **2,15** |
| | 76 | Wydaje mi się, że coraz częściej sięgam po alkohol. | 1,92 |
| **ZABURZONE RELACJE SPOŁECZNE** | 4 | Wolę poczytać książkę lub obejrzeć telewizję niż wyjść gdzieś ze znajomymi. | **3,93** |
| | 9 | Kiedy któryś z moich znajomych zaprasza mnie na spotkanie, zazwyczaj odmawiam, gdyż wydaje mi się, że mam pilniejsze rzeczy do zrobienia. | 3,50 |
| | 44 | Zazwyczaj w weekend spotykam się ze znajomymi. | 3,84 |
| | 50 | Poza firmą/uczelnią nie mam okazji do nawiązywania nowych znajomości. | 3,33 |
| | 68 | Poświęcam niewiele czasu na spotkania towarzyskie. | **4,07** |
| | 92 | Odkąd studiuję/pracuję, kontakt z moimi dawnymi znajomymi zaczął się osłabiać, chociaż wcale nie musiałoby tak być. | **4,18** |

*Źródło: opracowanie własne.*

Z danych zaprezentowanych w tabeli III wyłania się bardzo wyraźny obraz pielęgniarki/pielęgniarza – osoby, przejawiającej zachowania pracoholiczne. Jest to: chciałaby podchodzić do życia bardziej „na luzie”, odczuwająca niepokój, gdy jest pod presją, o ile jest rozluźniona, to nie myśli o przyszłości, brakuje jej pewności, której zdarza się relaksować za pomocą alkoholu, odczuwająca fakt ograniczania kontaktu ze znajomymi przez pracę, poświęcająca niewiele czasu na spotkania towarzyskie.

Odnosząc tę charakterystykę do własnych, ponad dwudziestoletnich obserwacji autorki, należy z niepokojem stwierdzić, iż w codzienności pracy zawodowej opisywanego środowiska, takie osoby w zespołach pielęgniarskich, nie są niestety rzadkością. O czym świadczyć mogą też i wyniki badań, dotyczące skali zjawiska pracoholizmu [18]. Za

uznaniem przedstawionych w tabeli 2 cech, za osiowe dla zaistnienia zjawiska pracoholizmu w środowisku pielęgniarskim w Polsce, przemawiają ponadto wyniki uzyskane w korelacjach dwustronnych Pearsona (wartość współczynnika Pearsona na poziomie 0,070 – 0,376).

Analizując zgromadzony materiał badawczy, autorka poza szukaniem wzajemnych zależności pomiędzy poszczególnymi cechami pracoholizmu, ocenie poddała także wyniki uzyskane pomiędzy wyodrębnionymi cechami osiowymi a przyjętymi w badaniach zmiennymi socjometryczkowymi. W tej części opisu prezentację wyników zawężono jedynie do tych z wykorzystaniem testu chi-kwadrat oraz z wykorzystaniem analizy korelacji dwustronnych Pearsona, co ilustrują kolejno tabela IV i V.

**Tabela IV. Cechy pracoholizmu, sklasyfikowane w grupie <<przyczyna, czy skutek>> w odniesieniu do zmiennych socjometryczkowych**

| Zmienna | „Pracoholizm"/wyniki testu Chi - kwadrat | | Cecha „antydelegowanie" | Cecha „destrukcyjny perfekcjonizm" | Cecha „nadobowiązkowość' |
|---|---|---|---|---|---|
| | Wartość $X^2$ | Wartość „p" | | | |
| **Płeć** | 1.644065 | 0.43954 | -0,052112 | -0,012413 | 0,026872 |
| **Wiek** | 13.50462 | **0.00906** | **0,110428** | **0,104030** | 0,040767 |
| **Staż pracy** | 18.64356 | **0.00481** | **0,130967** | **0,107696** | 0,028385 |
| **Status rodzinny** | 10.62945 | 0.10053 | **0,086229** | 0,035152 | **0,063940** |
| **Wykształcenie** | 18.42558 | **0.00525** | **-0,085361** | **-0,081590** | -0,045458 |
| **Forma zatrudnienia** | 2.541670 | 0.63719 | 0,001589 | 0,000678 | -0,037496 |

*Źródło: opracowanie własne.*

**Tabela V. Cechy pracoholizmu, sklasyfikowane w grupie <<skutek, czy przyczyna>> w odniesieniu do zmiennych socjometryczkowych**

| Zmienna | „Pracoholizm"/wyniki testu Chi - kwadrat | | Cecha „stres lęk" | Cecha „używki" | Cecha „zaburzone relacje społeczne" |
|---|---|---|---|---|---|
| | Wartość $X^2$ | Wartość „p" | | | |
| **Płeć** | 1.644065 | 0.43954 | -0,044626 | 0,048298 | 0,002727 |
| **Wiek** | 13.50462 | **0.00906** | -0,020827 | -0,007506 | **0,162668** |
| **Staż pracy** | 18.64356 | **0.00481** | -0,010525 | -0,001049 | **0,156216** |
| **Status rodzinny** | 10.62945 | 0.10053 | -0,022166 | -0,028174 | **0,072633** |
| **Wykształcenie** | 18.42558 | **0.00525** | 0,020165 | -0,053953 | **-0,107102** |
| **Forma zatrudnienia** | 2.541670 | 0.63719 | -0,022726 | -0,045785 | 0,044782 |

*Źródło: opracowanie własne.*

Z danych przedstawionych w tabelach IV i V wynika, iż w badanej grupie zmienna: płeć, nie różnicuje respondentów w sposób istotny ze statystycznego punktu widzenia. Natomiast w oparciu o analizę z użyciem testu chi-kwadrat, w sposób istotny statystycznie

różnicują tę grupę takie zmienne, jak: wiek, staż pracy oraz wykształcenie. Na wystąpienie pracoholizmu bardziej narażone są: osoby z najstarszej grupy wiekowej, najdłuższym stażem pracy oraz niższym, jak magisterski poziom wykształcenia.

Potwierdzają ją także uzyskane wyniki zastosowania analizy współczynnika Pearsona. Ponadto w przypadku cech: „antydelegowanie", „nadobowiązkowość" oraz „zaburzone relacje społeczne" zależność taka występuje także w zakresie zmiennej socjometryczkowej „status rodzinny".

W oparciu o uzyskane wyniki, wyrażone uzyskaną wartością średnią dla wszystkich uczestników badania, w przypadku zmiennej „status rodzinny" wskazują, że zdecydowanie częściej ww. cechy pracoholizmu przejawiają osoby posiadające dzieci, jednocześnie będące stanu w związku.

Z uwagi na to, że wyniki analizy statystycznej z zastosowaniem testu chi-kwadrat uznano za istotniejsze dla wnioskowania końcowego, to w dalszej części opracowania (patrz tabela VI), zaprezentowano wyniki w ujęciu ich średnich wartości w badanej grupie.

**Tabela VI. Średnie wartości uzyskane w badanej grupie (N=975), w zakresie cech pracoholizmu, sklasyfikowanych w grupach <<przyczyna, czy skutek>> oraz <<skutek, czy przyczyna>> w odniesieniu do wybranych zmiennych socjometryczkowych**

| Zmienna socjometryczkowa | | Grupa cech <<przyczyna, czy skutek>> | | | Grupa cech <<skutek, czy przyczyna>> | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Cecha „anty delegowanie" | Cecha „destrukcyjny perfekcjonizm" | Cecha „nad obowiązkowość" | Cecha „stres lęk" | Cecha „używki" | Cecha „zaburzone relacje społeczne" |
| Wiek | **do 30 lat** | 3,908 | 3,565 | 4,199 | **4,114** | **2,045** | 3,538 |
| | **31 - 45 lat** | 4,028 | 3,571 | 4,127 | 4,053 | 1,947 | 3,867 |
| | **46 lat i więcej** | **4,241** | **3,893** | **4,303** | 4,064 | 2,017 | **3,972** |
| Staż pracy | **do 5 lat** | 3,908 | 3,582 | 4,243 | 4,111 | 2,028 | 3,556 |
| | **6 – 15 lat** | 3,884 | 3,419 | 4,072 | 3,957 | 1,980 | 3,860 |
| | **16 – 25 lat** | 4,108 | 3,668 | 4,094 | **4,113** | 1,918 | 3,900 |
| | **26 lat i powyżej** | **4,291** | **3,921** | **4,353** | 4,052 | **2,056** | **3,968** |
| Wykształcenie | **liceum medyczne** | **4,226** | **3,833** | **4,245** | 4,056 | 2,099 | **3,957** |
| | **studium medyczne** | 4,071 | 3,699 | 4,190 | 3,970 | **2,254** | **4,000** |
| | **licencjat** | 3,976 | 3,581 | 4,221 | **4,097** | 1,869 | 3,712 |
| | **magister** | 4,010 | 3,627 | 4,010 | **4,092** | 2,143 | 3,747 |

*Źródło: opracowanie własne.*

## DYSKUSJA

Celem badań było dokonanie analizy i oceny ryzyka występowania pracoholizmu w zakresie wybranych cech pracoholizmu, sklasyfikowanych w dwóch grupach: I grupa – <<skutek, czy przyczyna>>, tj.: „stres, lęk", „używki", „zaburzone relacje społeczne" oraz II grupa – <<przyczyna, czy skutek>>, tj.: „antydelegowanie", „destrukcyjny perfekcjonizm", „nadobowiązkowość". Spośród wszystkich 13 jego cech, zawartych w *WKOP* [18,20].

W oparciu o uzyskane wyniki, za istotne dla wystąpienia zjawiska pracoholizmu wśród polskich pielęgniarek/pielęgniarzy można uznać wszystkie sklasyfikowane powyżej cechy, ponieważ uzyskały one w badanej grupie wyższy odsetek, aniżeli opisywana w literaturze przedmiotu składowa tzw. „triady pracoholicznej" [12], opisująca stopień zaangażowania w pracę, w *WKOP* ujęta jako „entuzjazm pracy". Ponadto zgromadzone na potrzeby opracowania dane pozwoliły ustalić, że przy ok. 6% poziomie wysokiego ryzyka wystąpienia bądź już występowania pracoholizmu wśród osób objętych badaniem [18], jedne z najwyższych spośród 13 jego cech, zdefiniowanych w *WKOP*, a tym samym istotne znaczenie dla jego powstania, odgrywają, te sklasyfikowane przez autorkę, w grupie <<przyczyna, czy skutek>>, tj.: „antydelegowanie", „destrukcyjny perfekcjonizm", „nadobowiązkowość", uzyskując wysokie wartości współczynnika mierzącego ich korelację z pracoholizmem. Wszystkie ww. cechy są znacząco warunkowane osobowością danej pielęgniarki/pielęgniarza, tym samym budzą wątpliwości nie tylko u autorki opracowania [16-17,22-23], czy są rzeczywistą przyczyną, czy też objawem pracoholizmu. Będące przedmiotem tego opisu wyniki badań nie dają autorce podstaw do sformułowania na nie jednoznacznej odpowiedzi, dlatego pozostanie kwestią otwartą, dla czytającego.

Dotychczas opisywane w literaturze wyniki badań, w stosunkowo niewielkim tylko odsetku, dotyczyły zjawiska pracoholizmu występującego wśród pielęgniarek/pielęgniarzy. Autorka nie dotarła do badań, w których wykorzystano by jako narzędzie badawcze *WKOP*. Niemniej wyniki uzyskane przez autorów korzystających z tego narzędzia pomiarowego w Polsce, wskazują na zbliżony odsetek występowania pracoholizmu w Polsce, z tym uzyskanym przez autorkę opracowania, w środowisku pielęgniarskim [20]. Jedyne opracowanie dotyczące pracoholizmu wśród pielęgniarek/pielęgniarzy w Polsce, do jakiego dotarła autorka, to badania przeprowadzono w 2012 roku w grupie 107 pielęgniarek, w których wykorzystano jako narzędzie, skalę *Work Addiction Risk Test – WART*. Stwierdzono, iż skala pracoholizmu wśród pielęgniarek wynosi 18.69% [21]. Potwierdzona wynikami badań skala występowania ryzyka u co drugiego respondenta, a wysokiego ryzyka lub

zjawiska pracoholizmu w środowisku pielęgniarskim w Polsce, na poziomie 6% [18], w odniesieniu jej do ogólnej liczby pielęgniarek/pielęgniarzy w Polsce, szacowana na ok. 290 tys. [19], daje liczbę ok. 17 tys. pielęgniarek/pielęgniarzy w Polsce nań w wyraźny sposób narażonych, pozwala na uznanie zjawiska pracoholizmu za istotny problem zarówno organizacyjny, ale także, z uwagi na specyfikę tego zawodu, również i ogólnospołeczny. Mimo że uzyskane w grupie polskich pielęgniarek/pielęgniarzy wyniki w zakresie charakterystyki objawów osiowych pracoholizmu (patrz część 1 i 2), to jeżeli chodzi o wyniki uzyskane w analizach statystycznych, mających na celu zbadanie wzajemnych zależności pracoholizmu oraz każdej z jego cech, w odniesieniu do zastosowanych kryteriów socjometryczkowych, w badaniach własnych Autorka, w znacznym już wymiarze, uzyskała wyniki potwierdzające, te dotychczas uzyskiwane także i przez innych badaczy [1,3-5,7,9, 12-13,20-26]. W tym przypadku, niezależnie od stosowanego narzędzia, potwierdzają one wzajemne korelacje zjawiska pracoholizmu, w tym przypadku także i jego głównych cech, z wybranymi danymi demograficznymi, tj.: wiek, staż pracy oraz wykształcenie. W przypadku autorskich badań, zrealizowanych w grupie polskich pielęgniarek/pielęgniarzy, ponadto warto dla celów dalszych badań, rozważyć także i wyniki uzyskane w korelacji pracoholizmu, w odniesieniu do zmiennej socjometryczkowej: status rodzinny, zwłaszcza przy opisach dotyczących jego potencjalnych przyczyn, czy też konsekwencji.

Warto podkreślić, że mimo już dość bogatych zasobów publikacyjnych w tematyce pracoholizmu, wielkościach jego ujęć, każdorazowo, niezależnie np. od stosowanego przez badacza narzędzia, miejsca realizacji badań, czy też objętej badaniem grupy zawodowej, w każdym z tych opracowań podkreślano wydźwięk negatywnych następstw. Zarówno dla organizmu, jak i psychiki osoby pracoholika, ale także i osób z jego najbliższego otoczenia, czy to zawodowego, czy też osobistego [1-28]. Dotychczasowe badania dość obszernie charakteryzują wszelkiego typu konsekwencje pracoholizmu, to niejednokrotnie ich autorzy, podobnie jak i autorka poniższego opracowania, mają pewną trudność w wyraźnym rozróżnieniu przyczyn, objawów i następstw pracoholizmu [2,4-5,8,20-22,28]. Stąd zaproponowane w tym opracowaniu sklasyfikowanie cech pracoholizmu, w dwóch grupach. W pierwszej nazwanej <<skutek, czy przyczyna>> znalazły się takie cechy sklasyfikowane, w *WKOP*, które w dość dużym stopniu łączone są z typem osobowości danej osoby, są to: „stres, lęk", „używki", „zaburzone relacje społeczne", na których, każdym odrębnie nierzadko koncentrowana jest uwaga badawcza oraz drugiej, nazwanej na potrzeby tego opracowania <<przyczyna, czy skutek>>, w której umieszczono te cechy pracoholizmu, zawarte w *WKOP*, które najczęściej w analizach statystycznych uzyskują nieco słabsze wyniki odzwierciedlające

siłę ich wpływu na wystąpienie zjawiska pracoholizmu, ale jednocześnie, częściej są one opisywane w publikacjach jako konsekwencje jego wystąpienia. Niestety degradacja osoby pracoholika następuje nie tylko w sferze organizacyjnego jej funkcjonowania, ale także, czy też przede wszystkim, w wymiarze jej kosztów zdrowotnych i społecznych.

Co w Polsce, w dobie braków kadrowych w pielęgniarstwie, w sposób szczególny powinno skłaniać już nie do dyskusji na ten temat, ale do podjęcia szybkich działań, wdrożenia w praktykę skutecznych metod przeciwdziałania temu zjawisku lub mogących znacznie ograniczyć jego występowanie. Konieczne jest to, nie tylko z punktu widzenia pracownika, ale w przypadku sektora zdrowia, przede wszystkim z punktu widzenia pacjenta i jakości świadczonej opieki. Tyle w wymiarze teorii, niestety jak i w wielu dziedzinach, tak i w tym przypadku, praktyka nie nadąża za teorią.

## PODSUMOWANIE

W dobie odnotowywanych już w Polsce, braków kadrowych w pielęgniarstwie, przy jednoczesnym niewspółmiernym do odpowiedzialności ich wynagrodzeniu, dość często osobowość pracoholiczna, czy też pracoholik to dla większości organizacji w sektorze ochrony zdrowia, szczególnie cenny pracownik. Niestety tak myśląca kadra zarządzająca zapomina lub bagatelizuje fakt finalnie, w dłuższej perspektywie czasu, niskiej, czy wręcz żadnej efektywności takiej osoby. Dlatego też autorka tego opracowania skłania się do przyjęcia tezy, iż szczególnie w obszarze usług, w tym jakże ważnym dla każdego z nas, usług zdrowotnych, niezależnie od okoliczności, należy każdorazowo, jednoznacznie i wysoce skutecznie przeciwdziałać wystąpieniu pracoholizmu. Także i wówczas, gdy należy go już redukować. Wysoki odsetek ryzyka występowania zjawiska pracoholizmu w badanej grupie zawodowej (średnio co drugi respondent), powinien być wystarczającym przyczynkiem do tego, by skłaniać osoby decyzyjne do natychmiastowego podjęcia działań, mających na celu jego ograniczenie. Przede wszystkim polegających na uświadamianiu każdemu pracownikowi – pielęgniarce/pielęgniarzowi, jak ważne jest zachowanie równowagi pomiędzy życiem zawodowym i prywatnym. Uzyskane przez autorkę wyniki świadczą o związku pomiędzy występowaniem zjawiska pracoholizmu wśród polskich pielęgniarek/pielęgniarzy a ich wiekiem, długością stażu pracy oraz poziomem wykształcenia. Należałoby je uwzględnić nie tylko w codziennej praktyce zarządczej w zespołach pielęgniarskich, ale także w planowaniu przyszłego, optymalnego zabezpieczenia zasobów kadrowych względem przewidywanych, rosnących potrzeb społecznych.

## WNIOSKI

W oparciu o zgromadzony materiał badawczy sformułowano wniosek końcowy: sklasyfikowane w *WKOP* cechy pracoholizmu, w grupie polskich pielęgniarek/pielęgniarzy, w zdecydowanej większości, poza cechą „sumienność", nie wykazują istotnej statystycznie zależności oraz należy uznać za istotne w opisie tego zjawiska. Dlatego też dla dalszych badań w tym obszarze zasadnym byłoby stosowanie WKOP jako narzędzia.

## PIŚMIENNICTWO


1. Stychno E., Kulczycka K.: Pracoholizm w kategoriach deprecjacji pracy pielęgniarki. Wybrane aspekty. Journal of Education, Health and Sport, 2016; 6(10): 11–21.
2. Wróbel M.: Relacje między pracoholizmem, afektem i zdrowiem psychicznym. Studia z psychologii w KUL, 2011; 17: 55–80.
3. Andreassen C.S., Pallesen S., Moen B.E., Bjorvatn B., Waage S., Schaufeli W.B.: Workaholism and negative work – related incidents among nures. Industrial Health, 2018; 56: 373–381.
4. Dudek B.: Pracoholizm – szkodliwy skutek nadmiernego zaangażowania w pracę. Medycyna Pracy, 2008; 59(3): 247–254.
5. Malinowska D.: Pracoholizm. Zjawisko wielowymiarowe. Kraków, Wydawnictwo UJ, 2014.
6. Szpitalak M.: Pracoholizm: norma, patologia czy adaptacja? Sztuka Leczenia, 2008; 3-4: 47–57.
7. Wojdyło K.: Pracoholizm perspektywa poznawcza. Warszawa, Wydawnictwo Difin, 2010.
8. Dudek B. (red.): Społeczne, psychologiczne i zdrowotne skutki pracoholizmu. Łódź, Wydawnictwo UŁ, 2011.
9. Golińska L.: Pracoholik a pracoholik entuzjastyczny – dwa światy? Łódź, Wydawnictwo UŁ, 2011.
10. Oates W.E.: On being a 'workaholic'. Pastoral Psychology, 1968; 19: 16–20.
11. Oates W.E.: Confession of a workaholic: The fact about work addiction. New York, World Publishing, 1971.
12. Spence J.T., Robbins A.S.: Workaholism: definition, measurement, and preliminary results. Journal of Personality Assessment, 1992; 58(1): 160–178.

13. La Bier D.: Modern madness: the hidden link between work and emotional conflict. New York, Eds. Simon and Schuster, 1989.
14. Ostrowska M., Michcik A.: Pracoholizm – przyczyny, konsekwencje, przeciwdziałanie. Bezpieczeństwo Pracy, 2014; 12: 10–13
15. Kalinowski M., Czuma I., Kuć M., Kulik A.: Praca, Lublin, Wydawnictwo Gaudium, 2005.
16. Golińska L.: Pracoholizm – uzależnienie czy pasja. Warszawa, Wydawnictwo Difin, 2008.
17. Szpitalak M.: Behawioralne ujęcie pracoholizmu. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 2014; 23: 82–89.
18. Kunecka D., Hundert M.: The extent of workaholism in a group of polish nures. The International Journal of Health Planning and Management, 2019; 34(1): 194–202.
19. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Liczba pielęgniarek i położnych zarejestrowanych i zatrudnionych, stan na 31.12.2019r. https://nipip.pl/liczba-pieleg niarek-poloznych-zarejstrowanych-zatrudnionych/ (data dostępu 04.06.2020).
20. Golińska L.: Pracoholizm inaczej. Warszawa, Wydawnictwo Difin, 2014.
21. Szpitalak M.: Wielowymiarowy Kwestionariusz Oceny Pracoholizmu. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2012.
22. Stychno E., Suska L.: Występowanie zjawiska pracoholizmu wśród pielęgniarek. Badania wstępne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo – Humanistycznego w Siedlcach, Administracja i Zarządzanie 2014; 28(101): 167–179.
23. Wojdyło K., Buczny J.: Kwestionariusz do pomiaru pracoholizmu: WART – R. Analiza trafności teoretycznej i rzetelności narzędzia. Studia Psychologiczne 2010; 49(1): 67–80.
24. Andreassen C.S.: Workaholism: An overview and current status of the research. Journal of Behavioral Addictions, 2014; 3(1): 1–11.
25. Falvo R., Visintin E.P., Capozza D., Falco A., De Carlo A.: The relationships among Workaholism, proactivity, and locomotion in work setting. Social Behavior and Personality, 2013; 41(9): 1557–1570.
26. Ariapooran S.: Sleep Problems and Depression in Iranian Nurses: The Preddicttive Role of Workaholism. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 2019; 24(1): 30–37.
27. Maciejewska Ż.: Pracoholik. Pożądany typ pracownika czy przejaw patologii społecznej? – Słów kilka o homo Faber. TH!NK, 2016; 1(25): 29–38.

28. Hornowska E., Paluchowski W.J.: Praca – skrywana obsesja. Poznań, Wydawnictwo Naukowe Bogucki, 2007.

# Uzależnienie od piękna – wybrane aspekty psychodermatologii

**Klaudia Mazurek, Ewa Pierzchała**

Zakład Medycyny Estetycznej Katedry Kosmetologii, Wydział Nauk Farmaceutycznych w Sosnowcu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

## SUBIEKTYWNE POSTRZEGANIE ATRAKCYJNOŚCI

Ciało stanowi podstawę kształtowania się własnej tożsamości. Doznania związane z cielesnością inicjują fundamenty podstawowych aspektów tożsamości, takich jak poczucie własnej odrębności czy atrakcyjności. Obecnie narzucane kanony piękna, a także wszechobecny kult ciała stanowią bez wątpienia wyzwanie dla współczesnego człowieka, szczególnie dla osób młodych, podążających za kreowanymi przez media ideałami.

Wprowadzone w pierwszej połowie XX wieku przez Paula Schildera pojęcie *body image* wydaje się obecnie nabierać szczególnego znaczenia. *Body image* to projekcja, wyobrażenie własne ciała, które kreowane jest w ludzkim umyśle i często nie pokrywa się z faktycznym wyglądem. Model ciała tworzony jest bowiem w sposób wysoce subiektywny, w oparciu o czynniki emocjonalne, społeczne i środowiskowe. Ma znaczący wpływ na codzienne zachowania i podejmowane decyzje, ale przede wszystkim na relacje interpersonalne. Niejednokrotnie wyobrażenie dotyczące własnego wyglądu jest znacznie bardziej negatywne od stanu faktycznego, a to przekłada się na permanentne niezadowolenie i frustrację [1-3].

Rosnący brak akceptacji własnego wyglądu powoduje, iż coraz częściej pomoc poszukiwana jest w gabinetach medycyny estetycznej czy chirurgii plastycznej. Szeroko pojęte procedury estetyczne mogą przyczynić się do redukcji defektu i wzrostu samoakceptacji pacjenta. W wielu jednak przypadkach, mimo wykonania licznych zabiegów, poziom niezadowolenia pacjenta utrzymuje się, a nawet ma tendencję rosnącą. Wyimaginowane często defekty pozostają i paradoksalnie pojawiają się kolejne. Rodzi się swoisty przymus ciągłego udoskonalania. Taki model zachowania wpisuje się w definicję uzależnienia – swoistego uzależnienia od piękna.

W wielu przypadkach zgłaszane przez pacjenta dysfunkcje skórne, czy niedoskonałości urody mogą być swoistą manifestacją zaburzeń związanych ze sferą psychologiczną.

Psychodermatologia klasyfikowana jest jako nowa, rozwijająca się dziedzina. Jej celem jest zdefiniowanie interakcji zachodzących między skórą a umysłem, zaś podstawę terapii stanowi nie tylko diagnostyka i leczenie zmian skórnych, ale także redukcja poziomu stresu u pacjenta, poprawa jego samooceny, a także, w wielu przypadkach, równoczesna terapia depresji, zaburzeń lękowych, czy ograniczenie wytworzonej przez pacjenta izolacji społecznej [4].

## PSYCHIKA A SKÓRA

Powiązanie skóry z układem nerwowym widoczne jest już na etapie życia płodowego – obie struktury powstają bowiem z tego samego listka zarodkowego – ektodermy. Już Arystoteles sugerował, że umysł i ciało to dwie uzupełniające się istoty [5]. Obecnie skóra postrzegana jest jako niezwykle złożony narząd, pełniący funkcje czuciowe, neuroendokrynne i immunologiczne. Odgrywa kluczową rolę w komunikacji między otaczającym światem zewnętrznym a wnętrzem organizmu.

Wiele badań potwierdziło rolę czynników neurogennych w patogenezie stanu zapalnego skóry, a także związek między układem immunologicznym i endokrynnym. Poprzez skórne zakończenia nerwowe uwalniane są bowiem neuromediatory, które aktywują określone receptory zlokalizowane na komórkach docelowych, do których zalicza się m.in. komórki tuczne, komórki Langerhansa, komórki śródbłonka naczyń, eozynofile, limfocyty T, a także komórki naskórka (keratynocyty) oraz skóry właściwej (fibroblasty). Badania histologiczne potwierdziły obecność zwiększonej liczby włókien nerwowych w skórze dotkniętej schorzeniami cechującymi się uporczywym świądem. Neuromediatory wpływają na wzrost i różnicowanie się komórek, ale także mogą przyczynić się do aktywacji komórek zapalnych, czy wzmożonego procesu syntezy i uwalniania cytokin prozapalnych. Co więcej, same komórki obecne w skórze mogą uwalniać neuropeptydy należące do grupy opioidów, neurotrofin oraz neuropeptydów nieopioidowych. Oddziałują one na zakończenia nerwowe oraz na szereg komórek, w tym komórek skóry [4,6].

Skóra, oprócz niezwykle złożonych funkcji anatomicznych i fizjologicznych, jest kluczowym elementem wizerunku człowieka. Kondycja skóry wpływa na szeroko pojętą estetykę wyglądu. Szczególnie istotny wydaje się wygląd skóry w obszarze twarzy, szyi, dekoltu oraz dłoni. Obecność dermatoz znacząco obniża jakość życia pacjentów, a wyidealizowane, promowane przez media ideały piękna potęgują poczucie wyobcowania pacjentów dermatologicznych. Chorobom skóry często towarzyszy fobia społeczna, dysfunkcje adaptacyjne, czy też zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne [7]. Szacuje się, iż 30-60% pacjentów

dermatologicznych zmaga się z zaburzeniami urojeniowymi, lękowymi czy depresyjnymi [4, 8].

W grupie zaburzeń psychodermatologicznych można wyróżnić choroby skóry, których przebieg ewidentnie ulega zaostrzeniu na skutek stresu. Przykładem takich dermatoz jest atopowe zapalenie skóry, trądzik pospolity, pokrzywka, łysienie plackowate czy bielactwo nabyte [4,7,8]. Analogiczną korelację można zauważyć również w odniesieniu do łuszczycy. Badania dowodzą, iż prawie u 40% pacjentów zmagających się z łuszczycą, pojawienie się zmian skórnych poprzedziła sytuacja silnie stresująca, mająca miejsce w ciągu czterech wcześniejszych tygodni [9].

Stres przyczynia się do wzrostu liczby komórek tucznych oraz do ich zwiększonej aktywności, a co za tym idzie do uwalniania histaminy oraz czynników prozapalnych [7]. Rumień skóry, czy świąd często towarzyszą stresującym sytuacjom, zaś pojawienie się tych objawów posiada obecnie swoje pełne uzasadnienie poprzez zdefiniowaną korelację układu nerwowego z aktywnością komórek skóry. Czynniki emocjonalne często przyczyniają się do wyzwolenia lub nasilenia objawów pokrzywki [10]. Zaburzenia psychofizjologiczne mają znaczący udział wśród wszystkich dermatoz.

Ważną grupę stanowią zaburzenia psychiczne wtórne do chorób dermatologicznych, które rozwijają się w następstwie pierwotnej dermatozy, mające negatywny wpływ na relacje interpersonalne i potęgujące izolację społeczną pacjenta. Choroby dermatologiczne, szczególnie przewlekłe, prowadzą w wielu przypadkach do obniżenia samooceny. Mogą mieć fundamentalny wpływ na życie rodzinne, czy aktywność zawodową. Mimo iż nie stanowią zagrożenia dla życia pacjenta, mają ogromny wpływ na jego psychikę.

Dla obiektywnej oceny jakości życia pacjentów z problemami skórnymi stworzono szereg kwestionariuszy, w tym kwestionariusz oceniający wskaźnik jakości życia pacjentów z chorobami dermatologicznymi – DLQI (*Dermatology Quality of Life Index*). Stosowany powszechnie w badaniach pacjentów zmagających się m.in. z trądzikiem, bielactwem nabytym czy atopowym zapaleniem skóry. Kwestionariusz został także zmodyfikowany na potrzebę badania dzieci z przewlekłymi dermatozami [11,12].

Badania Lasek i Chren [13] wykazały, iż obecność zmian trądzikowych jest przyczyną znacznie obniżonej jakości życia pacjentów. Potwierdzono również, iż osoby te mają ograniczone relacje społeczne, rejestrowany jest u nich niepokój, a nawet depresja [14]. Zmiany trądzikowe u osób młodych zlokalizowane są przede wszystkim na twarzy, a także w obrębie dekoltu, pleców czy ramion – widocznych obszarów skóry, obszarów znacząco wpływających na ogólną estetykę wyglądu. W okresie adolescencji kształtuje się osobowość młodych ludzi.

W tym okresie niezwykle ważna wydaje się akceptacja, szczególnie ze strony rówieśników, natomiast obecność zmian trądzikowych staje się źródłem przygnębienia, a nawet depresji, która znacznie ogranicza bądź nawet całkowicie wyklucza budowanie więzi społecznych [7]. Według badań 30-50% nastolatków wykazuje dysfunkcje psychiczne, których wystąpienie może być powiązane z trądzikiem [15].

Znaczącym defektem estetycznym są także blizny zanikowe (atroficzne), widoczne na skórze w postaci „zagłębień". Zmiany te mogą być konsekwencją zmian trądzikowych.

W celu redukcji blizn potrądzikowych stosowane są obecnie różne protokoły, począwszy od peelingów chemicznych, poprzez laseroterapię, aż po iniekcje sieciowanym kwasem hialuronowym [16]. Wybór metody leczenia uzależniony jest od wielu składowych, zaś wykonanie procedury estetycznej wymaga znacznego doświadczenia i wiedzy ze strony specjalisty przeprowadzającego zabieg. Niezwykle ważne jest poinformowanie lekarza o stanie zdrowia oraz o pielęgnacji domowej, a także o wszystkich wykonanych wcześniej zabiegach kosmetycznych i procedurach medycyny estetycznej. W tym zakresie istnienie tajemnic i niedopowiedzeń jest niedopuszczalne, ponieważ skutkuje znacznymi powikłaniami pozabiegowymi.

Młodzi ludzie śledzą nowości kosmetyczne, które mają ograniczyć występowanie zmian skórnych. Często bezkrytycznie wierzą reklamom, które obiecują uzyskanie nienagannej cery. Niejednokrotnie poddają się zabiegom, które nie są im dedykowane. Wszystko to w celu doścignięcia nierealnych ideałów promowanych przez media.

Zdarza się, iż obsesyjne działania pielęgnacyjne wymagają weryfikacji nie tylko dermatologicznej, lecz także psychiatrycznej.

Duże wyzwanie dla współczesnej dermatologii stanowią pierwotne zaburzenia psychiczne mające manifestację skórną (m.in. dysmorfofobia, trichotillomania, dermatozy wywołane) [4,7]. Ilość diagnozowanych przypadków w ciągu ostatnich lat znacząco wzrosła [8,17].

Zaburzenia oceny i postrzegania własnego ciała obserwuje się częściej u pacjentów poszukujących i korzystających z procedur estetycznych. Niepokojący jest fakt, iż poziom niezadowolenia z własnego wyglądu paradoksalnie wzrasta po zabiegu estetycznym, zaś koncentracja uwagi przenosi się na kolejny defekt, inny obszar ciała [18]. Mimo licznych procedur pielęgnacyjnych i zabiegów medycyny estetycznej, postrzeganych często jako uzależnienie od piękna, poziom frustracji oraz izolacji społecznej utrzymuje się bądź wręcz ulega nasileniu.

## DYSMORFOFOBIA

Jedną z kluczowych jednostek z kręgu pierwotnych zaburzeń psychicznych posiadających manifestację skórną jest dysmorfofobia (BDD – *body dysmorphic disorder*). Cechą charakterystyczną BDD jest subiektywne, ciągłe poczucie nieatrakcyjnego wyglądu, pomimo braku istotnych defektów estetycznych. Wydawać mogłoby się, iż dysmorfofobia jest konsekwencją promowanego obecnie przez media idealnego, perfekcyjnego wizerunku. Termin *dysmorfia* pojawił się jednak już w dziełach Herodota. Początkowo schorzenie było traktowane jako rodzaj nerwicy. Pod koniec XX wieku wyróżniono dysmorfofobię nieurojeniową (nerwicową) oraz urojeniową (psychotyczną). Obecnie, uwzględniając klasyfikację ICD 10, BDD traktuje się jako zaburzenie hipochondryczne, którego zasadniczą cechą jest nienaturalna koncentracja na wyimaginowanym defekcie urody [17].

W etiopatogenezie zaburzenia bierze się pod uwagę czynniki środowiskowe, biologiczne oraz psychologiczne, zaś leczenie często opiera się na połączeniu terapii poznawczo-behawioralnej z farmakoterapią [19]. Szacuje się, iż u blisko 12% pacjentów dermatologicznych można zaobserwować zaburzenia o cechach dysmorfofobii [8]. Często pierwsze symptomy rejestrowane są już w okresie dojrzewania. BDD diagnozuje się zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Niestety wycofanie z życia towarzyskiego powoduje, iż znaczna część pacjentów pozostaje samotnych [8,17].

Pacjent koncentruje większość swojej uwagi na wyglądzie zewnętrznym, co znacznie dezorganizuje codzienne funkcjonowanie. Dokładnie ogląda odbicie w lustrze, poświęcając na to znaczą część swojego czasu. Jest absolutnie przekonany o istnieniu defektów w postaci, np. blizn, zmarszczek czy szpecącego nosa. W rzeczywistości owe defekty nie istnieją wcale bądź są nieznaczne [19]. Poświęca wiele uwagi, a także środków finansowych, na różne metody korekcji owych defektów. Silny makijaż, opalenizna, zakrywanie części twarzy przez włosy to tylko niektóre z zachowań typowych dla osób zmagających się z BDD. Pacjenci często korzystają także z usług chirurgów plastycznych bądź lekarzy medycyny estetycznej [17]. Niestety wykonane procedury estetyczne nie przynoszą upragnionej ulgi w dążeniu do wyimaginowanego piękna.

Podejmując temat dysmorfofobii należy również zwrócić uwagę na bigoreksję (dysmorfię mięśniową), definiowaną jako obsesyjne skupianie uwagi na muskulaturze ciała. Ten rodzaj zaburzenia diagnozowany jest zdecydowanie częściej u mężczyzn. Mimo posiadania znacznej muskulatury pacjenci postrzegają siebie jako niewystarczająco wysportowanych, a nawet słabych. Poświęcają nieproporcjonalnie dużo swojego czasu na

ćwiczenia fizyczne. Starają się uzyskać perfekcyjną ich zdaniem masę mięśniową, jednocześnie dbając, aby poziom tłuszczu w organizmie nie uległ wzrostowi. Osoby zmagające się z bigoreksją nie lubią eksponować swojego ciała, są wycofane, mają problemy z budowaniem relacji społecznych.

Wraz ze wzrostem popularności kulturystyki oraz zwiększoną dostępnością do siłowni wzrasta liczba młodych mężczyzn niezadowolonych ze swojego wyglądu oraz przypadków bigoreksji [20].

## TRICHOTILLOMANIA

Wszechobecny stres, pogoń za szeroko pojętą doskonałością, ciągłe wyzwania zarówno w życiu prywatnym, jak i zawodowym mogą wywierać wysoce negatywny wpływ na ludzką psychikę. Próby rozładowania lęku czy gromadzonych napięć często przekładają się na ingerencję we własny wygląd. Już Hipokrates w swoich pismach podejmował temat wpływu stresu na skórę. Wspominał o pacjentach, którzy wyrywali włosy w odpowiedzi na silne bodźce emocjonalne [5].

Obserwacje „ojca medycyny" z czasem zostały szerzej opisane oraz nazwane trichotillomanią. Obecnie zaburzenie klasyfikowane jest jako obsesyjno-kompulsyjne. Polega na powtarzającym się, często niekontrolowanym, pociąganiu włosów, prowadzącym do ich wypadania oraz znacznego ich upośledzenia czynnościowego. Dotyczy zazwyczaj owłosionej skóry głowy, jednak znane są również przypadki wyrywania brwi czy rzęs. Zachowanie to ma przynieść poczucie ulgi [17,21].

Trichotillomania rejestrowana jest rzadziej niż BDD [17]. Zazwyczaj rozpoznawana jest u osób młodych, w wieku 10-13 lat. W grupie dorosłych natomiast, diagnozowana jest czterokrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn [21]. Sposobem na rozładowanie napięć powstałych na skutek np. niepowodzeń w szkole, czy porażek zawodowych jest rodzaj samooszpecenia. Widoczne defekty estetyczne w postaci ognisk łysienia stają się jednak przyczyną kolejnych stresów, niskiej samooceny oraz izolacji społecznej.

Trichotillomania może prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych. Zdarza się bowiem, iż w celu usunięcia włosów pacjenci posługują się nożyczkami, pęsetami czy innymi ostrymi przedmiotami. Powstałe na skutek ich stosowania uszkodzenia skóry ulegają zakażeniom. Ponadto rejestrowane są przypadki zjadania wyrwanych włosów, co może stać się przyczyną poważnych zaburzeń pracy układu pokarmowego [17,21].

## DERMATITIS ARTEFACTA

Poważnym problemem społecznym, obserwowanym również w gabinetach medycyny estetycznej jest zjawisko samouszkodzeń skóry, definiowane jako celowe prowokowanie zmian skórnych. Działania te mają prowadzić do zaspokojenia nieświadomych potrzeb emocjonalnych lub też przyczynić się do stworzenia wizerunku chorego, cierpiącego na określoną dermatozę [22].

Zjawisko samouszkodzeń jest niezwykle złożone. Wyróżnia się kilka jego typów. Również obraz morfologiczny zmian skórnych jest wysoce zróżnicowany – począwszy od zadrapań, poprzez rany cięte, blizny, oparzenia, aż po sączące się owrzodzenia. Uszkodzenia mogą również dotyczyć okolic narządów płciowych [22,23].

Akty samookaleczania częściej odnotowywane są u kobiet. Pierwsze objawy diagnozowane są zazwyczaj około 20. roku życia [24,25]. Na uwagę zasługuje fakt, iż zachowanie to może być formą reakcji na silny stres. Często stanowi metodę zwrócenia na siebie uwagi najbliższego otoczenia.

Młodzi pacjenci zazwyczaj trafiają do gabinetu lekarza dermatologa za sprawą zatroskanych rodziców. Pacjenci udzielają wymijających odpowiedzi na zadawane pytania dotyczące okoliczności powstania wykwitów skórnych, co znacznie utrudnia diagnostykę. Próby estetycznej redukcji zmian, w większości przypadków nie przynoszą satysfakcjonujących efektów, zaś pomoc lekarza psychiatry wydaje się niezbędna.

Przytoczone przykłady obrazują potęgę wpływu psychiki na ludzkie ciało, ze szczególnym uwzględnieniem skóry oraz jej przydatków. Zmiany skórne mogą być bowiem swoistą manifestacją nieradzenia sobie ze stresem, żalem czy lękiem. Są dowodem na istniejącą korelację między układem nerwowym a skórą.

Ciało jest także niezwykle ważnym elementem kreowania tożsamości, a także swoistym nośnikiem, za pomocą którego można prezentować własne przekonania, treści religijne czy kulturowe. Pielęgnacja ciała stanowiła niezwykle ważną kwestię już od czasów starożytnych. Nienaganny wygląd, zgodny z obowiązującymi kanonami piękna, utożsamiany był i nadal jest ze zdrowiem oraz wysokim statusem socjoekonomicznym. Kobiety już od zarania dziejów za wszelką cenę starały się osiągnąć perfekcyjny wygląd. Niejednokrotnie popadały w swoiste uzależnienie od piękna. Jednym z kluczowych elementów budujących wizerunek jest kondycja i odcień cery. Na przestrzeni wieków jako idealną uważano alabastrową skórę. Popularnymi środkami wybielającymi, stosowanymi chociażby przez Japonki w VIII wieku, były ołów i rtęć. Do końca XVIII wieku opaleniznę utożsamiano z niskim statusem społecznym. Przełomowe,

innowacyjne podejście do kwestii opalania można przypisać Coco Chanel, która to zaczęła promować na salonach opaloną skórę [26]. Obecnie, mimo kampanii promujących ograniczenie ekspozycji słonecznych oraz korzystania z solarium, w świadomości wielu osób opalone ciało nadal postrzegane jest jako bardziej zadbane i znacznie bardziej atrakcyjne.

## TANOREKSJA

Terminem tym określa się uzależnienie od opalania. Uzyskanie opalonej skóry może być następstwem zarówno korzystania z naturalnego światła, jak i ze sztucznych jego źródeł. Tanorektycy nie mogą zaakceptować bladej skóry. Dążą do posiadania całorocznej opalenizny. Z czasem naturalna przyjemność, wynikająca z przebywania na słońcu, ustępuje miejsca przymusowi korzystania z lamp solaryjnych. Analiza zagadnienia, jakim jest nadmierne opalanie wykazuje cechy klasycznego uzależnienia [27]. Osoby cierpiące na tanoreksję wypierają fakt istnienia zaburzenia. Zdaniem niektórych badaczy nadmiernie opalona skóra może być przejawem zaburzeń dysmorficznych czy obsesyjno-kompulsyjnych [28]. W związku z narastającym problemem, jakim jest tanoreksja opracowano kilka klasyfikacji oceniających stopień uzależnienia od opalania [27].

Oczywiście promieniowania ultrafioletowego (UV – *ultraviolet radiation*) nie można jedynie krytykować. W odpowiednich ilościach jest ono niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania ludzkiego organizmu. Głównym źródłem witaminy D u człowieka jest bowiem proces jej skórnej syntezy [29]. Ponadto udowodniono, iż sezonowy brak promieniowania słonecznego łączy się ze spadkiem nastroju, opisanym jako zespół sezonowych zaburzeń afektywnych (SAD – *seasonal affective disorder*) – powszechnie zwanych depresją jesienno-zimową [30]. Promieniowanie słoneczne łagodzi ból, a także może mieć pozytywny wpływ na niektóre dermatozy (np. łuszczycę) [28].

Należy jednak stanowczo podkreślić, iż nadmierna ekspozycja na UV szczególnie w dzieciństwie, jest istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju czerniaka złośliwego skóry, a także wpływa promująco na powstawanie raków skóry. Biorąc pod uwagę kwestie estetyczne, czynnik ten jest kluczowym w procesie egzogennego starzenia się skóry [28]. Powstaje pewien paradoks – z jednej strony bowiem ciało opalone postrzegamy często jako młodsze i bardziej atrakcyjne, zaś z drugiej strony sami dobrowolnie narażamy je na szybsze starzenie. Wydaje się zatem, iż ciągła edukacja w kwestii zagrożeń wynikających z niekontrolowanej, nadmiernej ekspozycji na promieniowanie UV jest nadal niezwykle potrzebna.

## PODSUMOWANIE

Słowo „piękno”, w kontekście ludzkiego ciała, wymawiamy obecnie wyjątkowo często. Rzadko jednak zastanawiamy się nad istotą tego słowa. W klasycznej koncepcji sztuki piękno utożsamiano z harmonią, równowagą czy zachowaniem proporcji.
Kanony piękna współczesnego człowieka, kreowane w znacznej mierze przez media społecznościowe, często ze starożytną koncepcją mają niewiele wspólnego [31].

W celu osiągnięcia wymarzonego wyglądu sięgamy coraz częściej po pomoc ze strony lekarzy chirurgów czy dermatologów. Redukcja defektów urody wydaje się być obecnie czymś naturalnym, mogącym podnieść komfort życia pacjentów. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie jest bowiem stanem pełnego, dobrego samopoczucia zarówno fizycznego, społecznego, a także psychicznego, a nie tylko brakiem choroby czy niepełnosprawności [32]. Zatem ciągłe przygnębienie i frustracja wynikająca z niezadowolenia z własnej fizyczności ma istotny wpływ na powstanie dysfunkcji zdrowotnych. Promowanie pozytywnego wizerunku ciała jest zatem wysoce zalecane.

Niebezpieczeństwo pojawia się w momencie obsesyjnego poprawiania urody oraz w sytuacjach, kiedy skóra staje się elementem, poprzez który manifestujemy lęki, niepowodzenia i stres. W takich sytuacjach pomoc ze strony zarówno dermatologa, jak i psychologa czy psychiatry wydaje się koniecznością.

W kreowanym obecnie przez media wizerunku kobiety nie ma miejsca na niedoskonałość czy słabość, co może stanowić kluczową przyczynę swoistego „uzależnienia od piękna”.

## PIŚMIENNICTWO

1. Brytek-Matera A.: Obraz ciała- obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym. Warszawa, Wydawnictwo Difin, 2008.
2. Wardle J., Foley E.: Body image: stability and sensivity of body satisfaction and body size emotion. International Journal of Eating Disorder's, 1989; 8: 55-62.
3. Tomas-Aragones L., Marron S.E.: Body Image and Body Dysmorphic Concerns. Acta Dermato-Venereologica, 2016; 23,96(217): 47-50.
4. Jafferany M., Franca K.: Psychodermatology: Basics Concepts. Acta Dermato-Venereologica, 2016; 23, 96(217): 35-37.
5. França K., Chacon A., Ledon J., Savas J., Nouri K.: Pyschodermatology: a trip through history. The Journal Brazilian Annals of Dermatology, 2013; 88: 842-843.

6. Teresiak E., Czarnecka-Operacz M.: Neurogenny stan zapalny skóry – aktualny stan wiedzy. Postępy Dermatologii i Alergologii, 2005; 22(1): 38-45.
7. Barańska-Rybak W., Nowicki R., Jakuszkowiak K., Cubała W.J.: Psychodermatologia – nowa dziedzina medycyny. Przewodnik Lekarza, 2005; 1: 50-55.
8. Makowska I., Gmitrowicz A.: Psychodermatologia – pogranicze dermatologii, psychiatrii i psychologii. Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 2014; 14(2): 100-105.
9. Gupta M.A., Gupta A.K.: Psychiatric and psychological comor-bidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. American Journal of Clinical Dermatology, 2003; 4: 833-842.
10. Kasperska-Zając A., Jagodzińska J.: Etiopatogeneza i diagnostyka pokrzywki przewlekłej. Alergia Astma Immunologia, 2012; 17(1): 5-10.
11. Kowalewska B., Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Niczyporuk W., Sobolewski M.: Samoocena jakości życia przez pacjentów z problemami skórnymi. Dermatologia Kliniczna 2010; 12(2): 106-113.
12. Baranowska A., Krajewska-Kułak E., Szyszko-Perłowska A., Bielemuk A., Jankowiak B., Rozwadowska E.: Problem jakości życia w dermatologii. Problemy Pielęgniarstwa, 2011; 19(1): 109-115.
13. Lasek R.J., Chren M.M.: Acne vulgaris and quality of life of adult dermatology patients. Archives of Dermatology, 1998, 134: 454-458.
14. Magin P., Adams J., Heading G., Pond D., Smith W.: Psychological sequelae of acne vulgaris of a qualitative study. Canadian Family Physician, 2006; 52: 978-979.
15. Haroon M.Z., Alam A., Ullah I., Ali R., Taimur M.F., Raza K.: Quality of life and depression among young patients suffering from acne. Journal of Ayub Medical College Abbottabad Pakistan, 2019; 31(3): 436-440.
16. Gozali M.V., Zhou B.: Effective treatments of atrophic acne scars. The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology, 2015; 8(5): 33-40.
17. Cieścińska Cz., Romańska-Gocka K., Placek W.: Aspekty psychologiczne w praktyce lekarza dermatologii estetycznej. Dermatologia Estetyczna, 2012; 1(78): 47-52.
18. Kuhn H., Cunha P.R., Matthews N.H., Kroumpouzos G.: Body dysmorphic disorder in the cosmetic practice. Journal of the Italian Society of Dermatology and Sexually Transmitted Diseases, 2018;153(4): 506-515.
19. Hong K., Nezgovorova V., Uzunova G., Schlussel D., Hollander E.: Pharmacological treatment of body dysmorphic disorder. Current Neuropharmacology, 2019; 17(8): 697-702.

20. Mosley P.E.: Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. European Eating Disorders Review, 2009; 17(3): 191-198.
21. Grant J.E., Chamberlain S.R.: Trichotillomania. American Journal of Psychiatry, 2016; 1, 173(9): 868-874.
22. Olisova O.Y., Snarskaya E.S., Smirnova L.M., Grabovskaya O., Anpilogova E.M.: Dermatitis artefacta: self-inflicted genital injury. International Medical Case Reports Journal, 2019; 18(12): 71-73.
23. Grewling K., Kursa-Orłowska J., Sempruch M., Sikora K., Stępień B., Jenerowicz D.: Analiza trzech przypadków samouszkodzenia skóry. Postępy Dermatologii i Alergologii, 2005; 22(1): 46-50,
24. Saha A., Seth J., Gorai S., Bindal A.: Dermatitis artefacta: a review of five cases: a diagnostic and therapeutic challenge. Indian Journal of Dermatology, 2015; 60(6): 613-615.
25. Rodríguez Pichardo A., García Bravo B.: Dermatitis artefacta: a review. Actas Dermo-Sifiliográfica, 2013; 104(10): 854-866.
26. Fitzpatrick L.: From Elizabeth Bennet to Barbie: sun tanning through the ages. JAMA Dermatology, 2014; 150(4): 406.
27. Andreassen C.S., Pallesen S., Torsheim T., Demetrovics Z., Griffiths M.D.: Tanning addiction: conceptualization, assessment and correlates. British Journal of Dermatology, 2018; 179(2): 345-352.
28. Nolan B.V., Taylor S.L., Liguori A., Feldman S.R.: Tanning as an addictive behavior: a literature review. Photodermatol Photoimmunol Photomed, 2009; 25(1): 12-19.
29. Armas L.A., Dowell S., Akhter M., Duthuluru S., Huerter C., Hollis B.W., Lund R., Heaney R.P.: Ultraviolet-B radiation increases serum 25-hydroxyvitamin D levels: the effect of UVB dose and skin color. Journal of American Academy of Dermatology, 2007; 57: 588-593.
30. Virk G., Reeves G., Rosenthal N.E., Sher L., Postolache T.T.: Short exposure to light treatment improves depression scores in patients with seasonal affective disorder: A brief report. The International Journal on Disability and Human Development, 2009; 8(3): 283-286.
31. Harth W.: What is beauty? Manifest for an aesthetic character medicine. Hautarzt, 2017; 68(12): 950-958.
32. Charlier P., Coppens Y., Malaurie J., Brun L., Kepanga M., Hoang-Opermann V., Correa Calfin J.A., Nuku G., Ushiga M., Schor X.E., Deo S., Hassin J., Hervé C.: A new definition

of health? An open letter of autochthonous peoples and medical anthropologists to the WHO. European Journal of Internal Medicine, 2017; 37: 33-37.

# NASTĘPSTWA UZALEŻNIEŃ



# Przyczyny choroby alkoholowej i motywy podjęcia leczenia terapeutycznego przez mężczyzn uzależnionych od alkoholu

**Katarzyna Jakubczak[1], Barbara Jankowiak[2]**

1. Oddział Terapii Uzależnień od Alkoholu dla Mężczyzn Specjalistyczny Publiczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Choroszczy
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

## WSTĘP

Pomimo tego, że już w początkach XIX wieku naukowcy i lekarze mieli dużą wiedzę na temat uzależnienia, było wiele kontrowersji w zakresie jednomyślności dotyczącej ustalenia jednolitej definicji, określającej chorobę alkoholową.

Magnus Huss – szwedzki lekarz po raz pierwszy wprowadził do literatury pojęcie - *alcoholismus chronicum eller chronisk alkoholssjukdom (alkoholizm przewlekły, czyli przewlekła choroba alkoholowa)* i pod takim samym tytułem opublikował dzieło, w którym sformułował koncepcję alkoholizmu, jako choroby (1849). Przez wiele kolejnych lat próbowano zdefiniować to zjawisko. Louis Wictor Marce twierdził, że ,,chroniczny dypsoman, pijak, to ten, który po spożyciu alkoholu przejawia początki osłabienia intelektualnego, a to uniemożliwia dokonanie jakiegokolwiek wysiłku woli" [1].

Jedna ze współczesnych definicji mówi, że ,,alkoholizm to choroba polegająca na utracie kontroli nad ilością spożywanego alkoholu. Spożywanie zazwyczaj dużych ilości alkoholu przez alkoholika jest spowodowanie przymusem o charakterze psychicznym i somatycznym, i nie podlega jego woli (silne, przemożne pragnienie), jednak jest możliwy do powstrzymania i utrzymania abstynencji. Mechanizm powstawania uzależnienia nie jest do końca wyjaśniony, ale ma bezpośredni związek z nadużywaniem alkoholu. Nawet po długim okresie abstynencji wypicie alkoholu prowadzi do nawrotu objawów uzależnienia w dużo krótszym czasie niż poprzednio" [2].

Po zakończeniu II Wojny Światowej, długo opracowywano jednorodną definicję określającą chorobę alkoholową. Początkowo cała uwaga ekspertów była ukierunkowana na osoby uzależnione od alkoholu z zaburzeniami fizycznymi, psychicznymi i zaburzonym

funkcjonowaniu w społeczeństwie w wyniku nadużywania alkoholu. Później zwrócono uwagę na jeszcze inne kryteria choroby, czyli niemożność powstrzymania się od picia i deficyt zdolności do zachowania abstynencji z powodu pojawiających się objawów somatycznych i psychicznych [3].

Dość aktualną okazała się IX wersja definicji, w której pojęcie „alkoholizm" zastąpiono sformułowaniem bardziej rozbudowanym z uwagi na mnogość i złożoność istoty chorobowej, tj. *„…stan psychiczny, a także fizyczny, powstający w wyniku spożywania alkoholu, charakteryzujący się określonymi zachowaniami i innymi reakcjami, wśród których zawsze znajduje się przymus spożywania alkoholu (występuje stale lub okresowo) w celu uzyskania określonych efektów psychicznych, a czasami w celu uniknięcia przykrości związanych z jej brakiem. W tym syndromie tolerancja może, lecz nie musi występować"* [3].

W 1992 roku Światowa Organizacja Zdrowia wydała X wersję Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), gdzie do rozpoznania uzależnienia od alkoholu, jako choroby przewlekłej potrzebne jest stwierdzenie trzech z poniższych objawów, które wystąpiły w ostatnim roku [4]:

- *„Silna potrzeba, (głód) picia albo kompulsywne picie alkoholu.*
- *Trudności w kontrolowaniu zachowań związanych z piciem pod postacią upośledzenia kontroli nad: rozpoczęciem picia (np. powstrzymywania się od picia przed południem), długością trwania picia (np. ograniczenia picia do jednego dnia) lub ilością wypijanego alkoholu (konieczność picia „do dna butelki").*
- *Objawy abstynencyjne - spowodowane przerwaniem picia lub zredukowaniem dawki alkoholu, przejawiający się: charakterystycznym zespołem abstynencyjnym, piciem alkoholu lub przyjmowaniem substancji o podobnym działaniu (typowo są to pochodne benzodiazepiny) z zamiarem złagodzenia lub uniknięcia objawów abstynencyjnych.*
- *Występowanie tolerancji, polegającej na tym, że do wywołania efektu powodowanego poprzednio mniejszymi dawkami konieczne jest wypicie większych dawek alkoholu (są one nieraz tak duże, że mogłyby spowodować śmierć osoby nieuzależnionej). To kryterium warto opatrzyć dodatkowym komentarzem: u osób uzależnionych, u których doszło do uszkodzenia wątroby lub ośrodkowego układu nerwowego (OUN), po wielu latach używania alkoholu tolerancja może ulegać zmniejszeniu (tzn. coraz mniejsze dawki alkoholu mogą wywołać objawy intoksykacji). Jest to spowodowane ograniczeniem liczby komórek nerwowych w uszkodzonym OUN oraz zmniejszoną zdolność uszkodzonej wątroby do metabolizowania etanolu; Postępujące zaniedbywanie alternatywnych przyjemności lub zainteresowań z powodu picia,*

*zwiększenie ilości czasu potrzebnego na zdobycie alkoholu lub powrócenie do normy po wypiciu.*

- *Picie alkoholu mimo wiedzy o jego szkodliwości (np. o uszkodzeniu wątroby spowodowanym alkoholem, stanach depresyjnych po dłuższym piciu)"* [4].

Nie jest to jednak definicja uniwersalna, ponieważ niektóre kraje przyjmują założenia opracowane przez *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Obie definicje niewiele różnią się od siebie, co ma związek z możliwością prowadzenia badań porównawczych w tym kierunku, aczkolwiek założenia odnośnie zjawiska samego używania alkoholu definicja DSM przedstawia nieco inaczej niż WHO. W założeniach DSM- piątej edycji, problem alkoholizmu postrzegany jest w kontekście zaburzeń, a nie uzależnienia (tak jak w definicji WHO), o różnych stopniach nasilenia, od łagodnych do ciężkich zaburzeń manifestujących się, co najmniej sześcioma objawami [4].

Aby mówić o zaburzeniach związanych z problemowym piciem muszą wystąpić przynajmniej dwie oznaki spożywania alkoholu w przeciągu ostatnich dwunastu miesięcy. W definicji DSM zwrócono uwagę na problemy zdrowotne związane z odstawieniem alkoholu, scharakteryzowano szczegółowo objawy, które występują w sytuacji nagłego zaprzestania picia. Twórcy nowej teorii podkreślają swoisty charakter picia alkoholu, który przybiera różne formy od patologicznego upijania się do niewielkiego popijania codziennego, które nie kwalifikuje do rozpoznania zaburzenia. W tym kontekście wprowadzono pojęcie wczesnej remisji, co oznacza, że objawy odstawienne nie występują w przeciągu ostatnich trzech miesięcy i remisji trwałej, gdzie brak tych objawów utrzymuje się co najmniej jeden rok. Niezwykle istotne jest podejście autorów definicji, którzy uważają, że zaburzenie używania alkoholu do niedawna, niesłusznie było uznawane za stan nieuleczalny [4].

## CHOROBA ALKOHOLOWA – CHARAKTERYSTYKA SCHORZENIA

Elvin M. Jellinek cały proces rozwoju uzależnienia, czyli etiologii powstawania choroby podzielił na poszczególne fazy, poczynając od pierwszego kontaktu z substancją alkoholową [1].

**Pierwsza faza prealkoholowa** - może trwać różnie długo, od kilku miesięcy do kilku lat. Na tym etapie alkohol powoduje uśmierzenie bólu, łagodzi różne nieprzyjemne stany emocjonalne, daje przyjemność delektowania się trunkiem [1].

**Następna faza zwana jest ostrzegawczą**, w której dochodzi do ubytków pamięciowych – palimpsestów. Dla diagnozy jest istotne na tym etapie, czy luki pamięciowe

powtarzają się bez utraty przytomności i po spożyciu nawet niewielkiej ilości alkoholu. W tym momencie dochodzi do inicjowania, szukania okoliczności i sposobności do picia, chowania alkoholu w domu w niewielkich ilościach na zapas i wyrzutów sumienia z powodu braku kontroli nad uzależnieniem [5].

**Następną fazą jest faza krytyczna,** która charakteryzuje się utratą kontroli nad piciem, problemem w funkcjonowaniu bez alkoholu, dezorganizacją w życiu rodzinnym i zaburzonymi relacjami społecznymi, często utratą pracy, odrzuceniem przez najbliższych i stygmatyzacją. Podejmowane są samodzielne próby zerwania z nałogiem, obietnice ograniczenia ilości spożywanego alkoholu i wyrzuty sumienia z powodu niespełnionej obietnicy przed samym sobą, bezsilności i bezradności wobec uzależnienia. Rytuałem staje się ranne „klinowanie", czyli wypicie niewielkiej ilości alkoholu, co znacznie poprawia samopoczucie, uśmierza ból głowy i czasami lęk przed np. wyjściem z domu [5].

**Ostatnia faza przewlekła** następuje w momencie pojawienia się ciągów alkoholowych, trwających przez kilka lub kilkanaście dni. Oznacza to, że picie alkoholu staje się jedynym celem w życiu, uzależnieni od alkoholu koncentrują swoją uwagę na sposobach zdobycia alkoholu, gotowi są poświęcić wszystko dosłownie, aby nasycić organizm, gdyż głód alkoholowy jest nie do zniesienia. Sytuacja taka prowadzi do nasilonych objawów abstynencyjnych, izolacji, depresji, prób samobójczych związanych z pojawieniem się urojeń i halucynacji. Stan taki najczęściej prowadzi do śmierci z powodu wyniszczenia organizmu, jeżeli na tym etapie nie dojdzie do podjęcia leczenia choroby [5].

Oczywiście nie jest to schemat szablonowy, nie każdy uzależniony od alkoholu przechodzi dokładnie taki etap krok po kroku. Różnice te wynikają z uwarunkowań kulturowych, tradycji rodzinnych oraz specyfiki zachowań w danym środowisku, ale także predyspozycji genetycznych danego osobnika. Z uwagi na wszystkie te cechy Elvin Jellinek dokonał typologii uzależnienia od alkoholu w zależności od etapów zaawansowania choroby [6].

***Alkoholizm typu Alfa*** - polega na kontrolowanym piciu niewielkiej ilości alkoholu, który ma za zadanie poprawę nastroju, uśmierzenie bólu, działa relaksacyjnie, nie powodując przy tym szkód społecznych.

***Alkoholizm typu Beta*** - jest to wyższy stopień zaawansowania choroby, w którym obserwowane są zmiany somatyczne związane z dolegliwościami wątroby, żołądka, sygnały ze strony układu neurologicznego.

***Alkoholizm typu Gamma*** - charakteryzuje się utratą kontroli nad piciem, pojawiają się zmiany w zachowaniu, zmiany osobowościowe, dołączają się objawy psychotyczne. Jest to

uzależnienie trwające długi czas, powodujące wyraźne wyniszczenie organizmu pod względem fizycznym i umysłowym.

***Alkoholizm typu Delta*** – to typ, w którym pojawiają się ciągi alkoholowe, które powodują brak możliwości przerwania picia z uwagi na występowanie zespołów abstynencyjnych. Jest to stan, w którym uzależnieni w sposób ciągły muszą dostarczać do organizmu niewielkie ilości alkoholu niskoprocentowego po to, aby uniknąć drżenia rąk i całego ciała, niepokoju, lęku, złego samopoczucia związanego z bólem głowy, mięśni, stawów.

***Alkoholizm typu Epsilon*** – jest to postać choroby, która charakteryzuje się tym, że osobnik pochłania bardzo duże dawki alkoholu, często pije do utraty świadomości. Jest to upijanie się sporadyczne, ale bardzo intensywne. Nie występuje wówczas silne pragnienie picia alkoholu. Znamiennym jest fakt, iż osoba taka potrafi utrzymać abstynencję nawet do roku czasu [5,6].

## METODY ROZPOZNANIA CHOROBY

Pomimo wielu starań w celu zdiagnozowania choroby alkoholowej nadal istnieje wielu aspektów, które budzą wątpliwości odnośnie jednorodnej diagnozy uzależnienia od alkoholu. Fakt ten wynika z różnorodności cech indywidualnych osób uzależnionych, predyspozycji genetycznych, cech osobowościowych, przyczyn sięgania po alkohol [7].

Trudności w ustaleniu rozpoznania wynikają z faktu, iż uzależnienie od alkoholu jest to choroba trwającą wiele lat. Rozpoczyna się zazwyczaj w okresie dorastania i początkowo kontakt z alkoholem ma charakter incydentalny, później ryzykowny, który prowadzi często do picia szkodliwego i uzależnienia, co następuje w przeciągu kilku do kilkunastu lat. Długość procesu rozwoju choroby zależy głównie od dynamiki i intensywności używania i nadużywania alkoholu. O ewolucji uzależnienia mogą świadczyć niektóre symptomy związane z zaburzeniami funkcjonowania psychospołecznego i neurobiologicznego jednostki. Na podstawie tych objawów, rozwijających się w przeciągu jakiegoś czasu można przypuszczać, że istnieje problem z nadużywaniem alkoholu [8]. Należą do nich:

- spożywanie alkoholu dość często po pracy, w dnii wolne, święta, gdyż daje odprężenia, uśmierza ból i rozładowuje napięcie, działa jako środek nasenny,
- szukanie sposobności do picia alkoholu, inicjowanie spotkań towarzyskich, picie do upicia się – coraz częstsze incydenty, wyprzedzanie toastów, picie łapczywe,
- pojawiające się problemy zdrowotne i zauważalne objawy nadużywania alkoholu zaniedbania w wyglądzie zewnętrznym,

- wzrost tolerancji, możliwość wypicia większej porcji alkoholu tzw. mocna głowa,
- pojawienie się luk pamięciowych, problemy z odtworzeniem świeżych informacji, wydarzeń, które rozegrały się podczas spożywania alkoholu- palimpsesty alkoholowe, ,,przerwy w życiorysie",
- picie alkoholu w samotności w ukryciu przed domownikami u osób, które wcześniej piły tylko w towarzystwie lub przy okazji uroczystości,
- jazda pod wpływem alkoholu, picie przed pójściem do pracy w godzinach rannych,
- drażliwość podczas próby rozmowy na temat ograniczenia spożywania alkoholu, gniew i agresja - to reakcja na propozycję ograniczenia, zaprzestania picia bądź poddanie się leczeniu,
- frustracja w sytuacji braku lub niemożliwości wypicia alkoholu,
- samodzielne ,,ciche próby" ograniczenia bądź całkowitego odstawienia alkoholu w celu udowodnienia sobie, że ma się kontrolę nad piciem [1].

Obecnie istnieje wiele publikacji zawierających kwestionariusze/testy, w których szczere odpowiedzi obrazują dość wiarygodną skalę istniejącego problemu. Jednym z takich narzędzi jest Test Baltimorski, a pytania w nim zawarte sformułowane są w prosty sposób. Jedna twierdząca odpowiedź w teście jest ostrzeżeniem, dwie pozytywne odpowiedzi świadczą o dużym prawdopodobieństwie uzależnienia, natomiast trzy ewidentnie potwierdzają uzależnienie od alkoholu [1].

Powstało wiele testów, ale do najpopularniejszych praktykowanych w warunkach klinicznych należą:

***CAGE*** (klatka) - to krótki test, zawierający cztery pytania odnośnie samoistnej potrzeby ograniczenia picia alkoholu, rozdrażnienia spowodowanego rozmową na temat problemów z alkoholem, wyrzutów sumienia, wstydu i potrzeby picia następnego dnia po wybudzeniu się. Trafność tego testu to 62%, czyli zbyt mało, by można było postawić jednoznaczną diagnozę, ale może służyć jako uzupełnienie innych testów [9].

***MAST*** (*Michigan Alcoholism Screening Test*- 25 pytań). Jest to test podstawowy, oryginalny. Natomiast skrócona wersja tego testu zawiera jedynie dziesięć pytań opracowanych w sposób zapewniający, zgodnie z opinią niektórych biegłych, postawienie jednoznacznego rozpoznania. Pytania w teście dotyczą samooceny w postępowaniu z alkoholem, strat spowodowanych piciem, zaniedbywania obowiązków w rodzinie, służbowych, zerwania z dotychczasowymi zainteresowaniami na rzecz upijania się. W teście są pytania odnośnie

pierwszych objawów uzależnienia i krytycznego podejścia do problemu, korzystania z opieki medycznej i szukania pomocy w klubie Anonimowych Alkoholików [10].

***AUDIT*** (*The Alcohol Use Disorders Identification Test*) – jest to test przesiewowy, który został stworzony przez Światową Organizację Zdrowia. Ma za zadanie wyodrębnić osoby pijące z pojawiającym się już problemami zdrowotnymi, pijącymi ryzykownie. Do tego testu wprowadza się również badanie fizykalne oraz badania biochemiczne – poziom gamma glutamylo- transpeptydazy (GGT). Cały test składa się z dwóch części: wywiadu z pacjentem i badania klinicznego [11].

***RAPS-4*** (*Rapie Alcohol Problem Screening*) - to krótki test zawierający cztery pytania, ważny jest z tego względu, gdyż wystarczająca jest jedna pozytywna odpowiedź dla postawienia diagnozy. Wszystkie pytania dotyczą zdarzeń, które miały miejsce w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy. Chodzi głównie o poczucie winy, luki pamięciowe, zaniedbywanie obowiązków, czy też picie alkoholu w porze rannej [1].

***SRUA*** (Skala rozwoju uzależnienia od alkoholu**).** Jest to kwestionariusz, za pomocą którego można określić nie tylko obecność objawów, ale także stopień ich nasilenia w odniesieniu do etapu rozwoju choroby. Badanie polega na szczegółowym wywiadzie z pacjentem, który był już w przeszłości leczony z powodu uzależnienia od alkoholu. Dalsze postępowanie polega na dokonaniu autodiagnozy przeprowadzanej przez lekarzy psychiatrów, psychoterapeutów i certyfikowanych specjalistów. Do rozpoznania uzależnienia i jego etapu choroby bierze się pod uwagę odpowiednie kryteria:

- głód alkoholowy i wszystkie objawy towarzyszące,
- upośledzenie kontroli oraz wszystkie aspekty z tym związane,
- AZA- kiedy pojawiły się pierwsze objawy, czym się charakteryzowały, częstość występowania,
- tolerancja jako czwarte kryterium
- repertuar zachowań alkoholowych, czyli charakterystyka wzorców,
- picie pomimo wiedzy [12].

W diagnozowaniu choroby alkoholowej nie sposób nie wspomnieć o badaniach laboratoryjnych, aczkolwiek nie istnieje badanie, które po jednorazowym pobraniu materiału biologicznego jednoznacznie określiłoby uzależnienie od alkoholu. Pobranie próbek krwi i nieprawidłowości w wynikach w połączeniu ze zmianami w narządach wewnętrznych mogą potwierdzić przypuszczenie o nadmiernym spożywaniu alkoholu [11].

Bardziej specjalistyczne badania wykonywane w celu potwierdzenia choroby alkoholowej to biomarkery alkoholowe, które są pomocne w procesie diagnostycznym i różnicowym. Należą do nich:

- biologiczne markery nadmiernego spożywania alkoholu, czyli markery czynnościowe GGT
- gęstość cholesterolu w surowicy krwi (HDL)
- podwyższony poziom transferyny C
- wzrost wartości beta- heksozoamindazy po spożyciu alkoholu
- anemia makrocytarna (zmniejszenie objętości krwinek czerwonych przy jednoczesnym wzroście ich objętości w sytuacji intensywnego spożywania alkoholu przez okres około miesiąca)
- podwyższony poziom immunoglobulin A w osoczu
- podwyższony poziom markerów CDT (białko obecne we krwi, którego poziom wzrasta wraz ze wzrostem podaży alkoholu) [11].

## METODY LECZENIA UZALEŻNIENIA W ZALEŻNOŚCI OD ETAPU CHOROBY

Pierwszym etapem leczenia uzależnienia od alkoholu w oddziale jest ***detoksykacja,*** czyli odtrucie. Trzeba mieć świadomość, że pacjent trafiający na taki oddział może i najczęściej jest obarczony innymi chorobami somatycznymi, które powodują komplikacje podczas standardowego postępowania. W związku z tym bardzo ważna jest ocena stanu pacjenta zarówno pod względem somatycznym, jak i psychicznym. W dalszym postępowaniu należy wykonać podstawowe badania laboratoryjne, co jest standardem postępowania w przypadku nowo przyjętego pacjenta. Podczas wykonywania wszystkich czynności należy zachować spokój, ograniczyć do minimum bodźce zewnętrzne, zapewnić pacjentowi bezpieczeństwo. Kolejnym etapem postępowania jest w każdym przypadku:

- nawodnienie pacjenta, które wynika z ubytków wody i elektrolitów spowodowanych najczęściej wzmożoną potliwością i wymiotami.
- podanie leków normalizujących pracę serca i obniżających ciśnienie tętnicze krwi, kontrolę parametrów życiowych, co 1/2 h, do momentu normalizacji, a następnie, co 4-6h.
- suplementacja witaminowa, z uwagi na niedobory szczególnie witamin z grupy B, PP, najczęściej we wstrzyknięciu domięśniowym (Milgamma) przez 1-3 doby-

standardowo, później drogą doustną, natomiast u pacjentów z zaburzeniami hematologicznymi lub z objawami polineuropatii przedłuża się suplementację [13].

Postępowanie detoksykacyjne jest formą farmakologiczną leczenia osób w ostrych zespołach abstynencyjnych, czyli takich, gdzie występują objawy psychotyczne i somatyczne stanowiące zagrożenia życia i zdrowia pacjenta, np. zespół odstawienny, majaczenie alkoholowe, ostra i przewlekła halucynoza alkoholowa. Preferowaną drogą podania leków jest wlew dożylny z uwagi na możliwość wystąpienia wymiotów, mdłości, a także ze względu na szybszy efekt terapeutyczny. Oprócz nawodnienia i suplementacji stosuje się preparaty farmakologiczne [13].

Benzodiazepiny i klometiazol (Hemineuryna). Leki te mają działanie: przeciwlękowe, uspokajające, nasenne. Najczęściej stosowane benzodiazepiny to: diazepam (Relanium) i chlordiazepoksyd (Elenium) [13].

Ostatnio coraz częściej stosuje się: lorazepam (Lorafen) – szczególnie polecany u osób z marskością wątroby, klorazepat (Cloranxen, Tranxene) – można go podawać 1–2 x dobę. W postępowaniu terapeutycznym w przypadku niepowikłanych zespołów abstynencyjnych wystarcza podanie 10–30 mg diazepamu na dobę. W leczeniu drgawek abstynencyjnych zazwyczaj stosuje się benzodiazepiny [13].

U osób z licznymi napadami drgawkowymi w wywiadzie można użyć leków przeciwdrgawkowych, np. karbamazepinę (Amizepin, Tegretol).

W pewnym odsetku osób z majaczeniem można stosować neuroleptyki, np. haloperidol. Należy pamiętać przy tym o objawach ubocznych, takich jak: ostre dyskinezy, ortostatyczne spadki ciśnienia, obniżenie progu drgawkowego. Odstępstwo od zasady niepodawania leków psychotropowych u osób pod wpływem alkoholu dotyczy osób z alkoholemią i drgawkami (szczególnie napadami mnogimi).

W terapii wykorzystywane są także leki stosowane przez osoby cierpiące na padaczkę, takie jak Neurontin (Gabapentin), które pomagają w łagodzeniu objawów zespołu abstynencyjnego poprzez łagodzenie niepokoju, zapewniają spokojny sen i obniżają ryzyko zapaści [14].

Farmakoterapia to tylko jedna z form leczenia uzależnienia, a tak naprawdę to początek bardzo trudnej drogi do trzeźwienia, początek dla tych chorych, którzy rzeczywiście świadomie zamierzają podjąć walkę z nałogiem. Zdarza się niestety bardzo często tak, że pacjent po detoksykacji uważa, że jego problemy skończyły się wraz z opuszczeniem murów szpitalnych. Po okresie odtrucia wszelkie objawy związane z zespołem abstynencyjnym zostały niejako wyciszone poprzez działanie farmaceutyków, witamin i nawodnienia [15].

Dlatego też sama detoksykacja to początek. Znaczące zadanie na takich oddziałach ma terapeuta, którego rolą jest uświadomienie osobie uzależnionej potrzeby kontynuowania dalszego leczenia terapeutycznego i zmotywowanie pacjenta do podjęcia walki z uzależnieniem. Od decyzji pacjenta zależy, czy podejmie próbę ratowania swojego zdrowia i życia i jakie czynniki będą decydowały o jego ostatecznym postanowieniu [16].

Jako ewolucję w leczeniu alkoholizmu, od niedawna uważa się połączenie farmakoterapii i leczenia psychoterapeutycznego [17].

Nowe leki, które pomagają osobom uzależnionym w panowaniu nad emocjami, głodem alkoholowym, wyciszają i wpływają na regenerację mózgu są nieodzownym elementem w kompleksowej terapii. Lekami tymi są np. *Vivitrol, Antabus, Topamax,* uniemożliwiają alkoholikowi odczuwanie doznań po spożyciu alkoholu, takich jak wyciszenie, zadowolenie, euforia. *Campral* natomiast pomaga w przywróceniu prawidłowej funkcji neuroprzekaźników uszkodzonych w trakcie picia [17].

Pacjent czynnie uczestniczy w sesji psychologicznej, nie skupiając się jedynie na swoich dolegliwościach somatycznych i psychicznych, jego myśli połączone ze zdrową argumentacją skupiają się bardziej na zdrowym stylu życia [17].

Zdania wśród naukowców są podzielone odnośnie stosowania farmakoterapii w trakcie leczenia terapeutycznego.

W jednym z wywiadów B. T. Woronowicz wyjaśnia: *„…nie twierdzę, że stosowanie farmakoterapii w stosunku do osób uzależnionych od alkoholu czy narkotyków jest niewłaściwe. Uważam nawet, że w pewnych przypadkach należy je stosować (szczególnie w ograniczeniu szkód), jednak najpierw należy bardzo jasno określić kryteria ich stosowania (wskazania i przeciwskazania). Nie może być tak, że pacjent, który zgłosił się do mnie z powodu przyjmowania substancji chemicznej, już na wstępie dostaje inną substancję chemiczną, jaką jest lek. Tabletka nie nauczy uzależnionego jak żyć i cieszyć się życiem bez alkoholu. Proponowanie wszystkim leków to po prostu serwowanie im kolejnej chemii, za którą nie idzie żadna istotna zmiana”* [16].

Walka z uzależnieniem to długa i ciężka droga, nie jest problemem odstawienie alkoholu, lecz życie bez niego i radzenie sobie z objawami i problemami zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego.

Osoby uzależnione od alkoholu poddając się po raz pierwszy terapii sądzą, że po ukończeniu leczenia będą zupełnie zdrowe, stąd ogromne rozczarowanie, kiedy uświadamiają fakt, iż alkoholikiem jest się do końca życia.

## PSYCHOTERAPIA JAKO FORMA LECZENIA CHOROBY ALKOHOLOWEJ

Pierwowzorem leczenia terapeutycznego był Ruch Anonimowych Alkoholików, który powstał w latach 30-tych XX wieku. Założycielami byli dwaj mężczyźni, którzy pomimo profesjonalnych zaleceń specjalistów nie mogli poradzić sobie z problemem uzależnienia od alkoholu. Organizacja jednak nie miała poparcia ani ze strony środowisk medycznych ze względu na brak charakteru naukowego stowarzyszenia, ani ze strony społeczeństwa, gdyż alkoholicy uważani byli za patologię. Podstawą stowarzyszenia było ustalenie zasad, według których stowarzyszeni mieli wymieniać się doświadczeniami, pomagać sobie wzajemnie oraz przede wszystkim uświadomić fakt, że są osobą uzależnioną i mogą mieć odwagę się do tego przyznać. Grupa złożona była z ludzi z różnych środowisk, z różnych struktur społecznych bez względu na pochodzenie i majętność, lecz ich zaletą była anonimowość, co oznacza, że doświadczenia i wyznania, przeżycia, którymi się dzielą między sobą pozostają w kręgu grupy i nie wychodzą na zewnątrz. Do dnia dzisiejszego istnieje ruch AA i można pokusić się o stwierdzenie, że założenia i idee, jakimi kierowali się założyciele są aktualne do dnia dzisiejszego [17].

Zaangażowani członkowie AA są zdeterminowani na utrzymanie abstynencji i tego wymagają od nowych osób wstępujących do grona, nikogo nie potępiają, nie oceniają, uświadamiają, że możliwe jest życie bez alkoholu, stają się rodziną, nierzadko nawiązują się prawdziwe przyjaźnie [17].

Anonimowi Alkoholicy nie są instytucją, nie pobierają opłat za swoje usługi, nie zapewniają zaplecza medycznego, nie zatrudniają psychologa czy też kapłana. Jedyne, czego oczekuje stowarzyszenie to dobrowolna realizacja programu dwunastostopniowego, uczestnictwo w spotkaniach i korzystanie z porad sponsora. Sponsor to najbliższa osoba w grupie, do której można zwrócić się w trudnej sytuacji, o każdej porze dnia i nocy, w nieodpartej pokusie sięgnięcia po alkohol, w sytuacji kryzysowej, kiedy istnieje problem, z którym nie można sobie poradzić [17].

## CEL PRACY

Celem pracy było:

1. Określenie zależności pomiędzy czynnikami etiologicznymi choroby alkoholowej a argumentami i pobudkami, którymi kierowali się mężczyźni uzależnieni podejmując decyzję o leczeniu terapeutycznym.

2. Określenie różnic w motywacji pacjentów do podjęcia leczenia terapeutycznego w zależności od wieku, miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia.
3. Ocena wpływu problemów zdrowotnych, problemów z prawem na podjęcie decyzji o leczeniu terapeutycznym.

## MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badaniem objętych zostało 100 mężczyzn - pacjentów przebywających w Oddziale Terapii Uzależnień od Alkoholu w Specjalistycznym Publicznym Psychiatrycznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Choroszczy.

Do badań zostali zakwalifikowani mężczyźni, którzy spełniali kryteria zespołu uzależnienia od alkoholu według Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych i Zachowania ICD- 10 i zachowywali abstynencję bez objawów odstawienia.

Z badań wyeliminowane zostały osoby z podwójną diagnozą, czyli uzależnieniem mieszanym (z wyjątkiem uzależnienia od nikotyny). Średnia wieku pacjentów to 35- 45 lat.

Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego, przy użyciu autorskiego kwestionariusza ankiety.

Ankieta zbudowana była z 27 pytań, w tym 20 pytań stanowiła kafeteria zamknięta i zawierała pytania jednokrotnego wyboru, dysjunktywne i 7 pytań półotwartych, gdzie respondent miał możliwość wyboru odpowiedzi spośród podanych lub wyrażenia własnego zdania.

Kwestionariusz ankiety zbudowany był z dwóch części:

- W części pierwszej pytania dotyczyły danych metryczkowych, takich jak: wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny i źródła utrzymania.
- W części drugiej zawarte były pytania ściśle związane z tematyką pracy i dotyczyły pierwszego kontaktu z alkoholem, wpływu środowiska rodzinnego i otoczenia na rozwój choroby alkoholowej i predyspozycji genetycznych oraz powodów podjęcia leczenia terapeutycznego.

Kwestionariusz ankiety był anonimowy, dobrowolny, a pacjenci chętnie uczestniczyli w badaniu. Kwestionariusze zostały wypełnione przez pacjentów w czasie wolnym od zajęć terapeutycznych.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku Nr R-I-002/554/2018 z dnia 29.11.2018r.

# WYNIKI

## Charakterystyka grupy badanej

Wśród badanych 37% to mężczyźni w przedziale wiekowym od 36-45 lat oraz w wieku 46-50 lat (93%). Najmniej, bo 13% to mężczyźni powyżej 60-go roku życia oraz w wieku 25-35 lat (14%).

38% badanych to osoby z wykształceniem średnim, 33% z wykształceniem zawodowym i 20% z podstawowym. 7% respondentów stanowili pacjenci z wyższym wykształceniem.

Byli to mieszkańcy miast (50%) i wsi (49%). Jedna osoba nie określiła miejsca zamieszkania.

Najliczniejszą grupę stanowili kawalerowie (35%) i żonaci (30%), 26% - rozwiedzeni, 4% to osoby będące w separacji i 4% wdowcy. Jedna osoba nie określiła swego stanu cywilnego.

Najliczniejszą grupą byli mężczyźni, którzy pracują dorywczo (40%), stałą pracę posiadało 16% badanych, po 13% stanowili rolnicy i bezrobotni. Najmniejszą grupę byli pacjenci przebywający na rencie (8%).

## Szczegółowe opracowanie badań

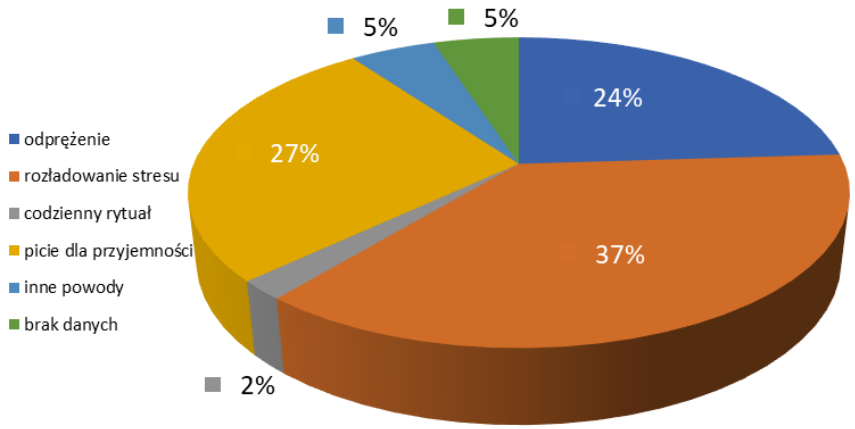
Wśród badanych najliczniejszą grupę (58%) stanowili mężczyźni, którzy pierwszą styczność z alkoholem rozpoczęli w wieku adolescencji, czyli ok. 15. roku życia, 23% w szkole podstawowej, natomiast 18% pacjentów zaczęło pić alkohol powyżej 20-go roku życia. Jedna osoba nie określiła, w jakim wieku nastąpił pierwszy kontakt z alkoholem.

Zdecydowana większość (73%) po alkohol sięgała początkowo podczas spotkań z kolegami po szkole, po pracy. 3% ankietowanych piło alkohol samotnie w domu, także 3% spożywało alkohol w pracy i również 3% wśród badanych piło alkohol w innych okolicznościach niż wyżej wymienione.

Najliczniejsza grupa (44%) odpowiedziało, że alkohol spożywała kilka razy w tygodniu, 39% - raz w tygodniu, natomiast 13% ankietowanych piło alkohol codziennie.

Główną przyczyną, dla której pacjenci pili alkohol był to sposób na rozładowanie stresu (37%). 5% ankietowanych podało inny powód spożywania alkoholu, natomiast kolejne 5% osób nie potrafiło określić przyczyny picia.

Wyniki obrazuje Rycina 1.




**Rycina 1. Powody, dla których pacjenci sięgali po alkohol**

Na pytanie „Czy w ich rodzinie były osoby uzależnione od alkoholu" 50% chorych przyznało, że w kręgu najbliższej rodziny były osoby mające problem z uzależnieniem. Natomiast 49% pacjentów odpowiedziało przecząco. Trzy osoby nie podały informacji na ten temat.

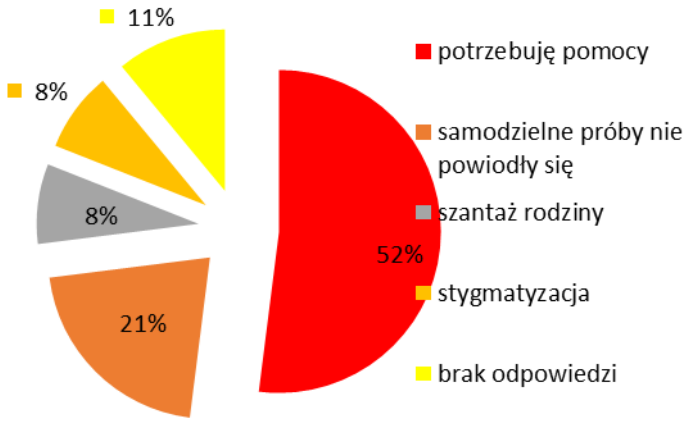
Pacjenci w zdecydowanej większości uważają się za osobę uzależnioną od alkoholu - 81%. Natomiast 9% stanowili mężczyźni bezkrytyczni wobec uzależnienia, a 10% nie określiło swego stosunku do choroby.

14% pacjentów, którzy podjęli się leczenia po raz kolejny przyznało, że ich abstynencja po zakończonej terapii trwała powyżej pół roku i była to najliczniejsza grupa. 9% to osoby, które w absencji wytrwały około miesiąca, 7% - powyżej roku, 8% dwa lata, a 6% ankietowanych nie potrafiło zachować abstynencji w ogóle.

Po zakończonej terapii 22% spośród pacjentów, którzy zgłosili się na terapię po raz kolejny uważało, że są już wyleczeni i samodzielnie potrafią pić kontrolowanie, 19% wskazało, jako czynnik namowę kolegów, 8% - nieodpartą chęć napicia się, natomiast 6% nie poradziło sobie ze stresem i trudną sytuacją w domu i ponownie wróciło do regularnego picia alkoholu.

Zdecydowana większość pacjentów (52%), jako główny powód podjęcia leczenia podało, że sami nie radzą sobie z problemem picia alkoholu i potrzebują fachowej pomocy. Pozostali ankietowani jako powód podjęcia leczenia terapeutycznego wskazali inne przyczyny takie jak szantaż ze strony najbliższych oraz uczucie stygmatyzacji ze strony otoczenia (Rycina 2).

Z powodu choroby alkoholowej pacjenci często mieli problemy w pracy, przeważnie dochodziło do utraty stanowiska i zwolnienia z firmy, zakładu pracy, co potwierdziło 35% ankietowanych pacjentów (Tabela I).




**Rycina 2. Powody podjęcia leczenia terapeutycznego przez mężczyzn**

**Tabela I. Wpływ uzależnienia na pracę zawodową**

| Problemy w pracy | Liczność | Procent |
|---|---|---|
| **Upomnienie w pracy** | 22 | 22,00 |
| **Utrata stanowiska** | 35 | 35,00 |
| **W pracy byłem trzeźwy** | 28 | 28,00 |
| **W pracy mogę pic** | 11 | 11,00 |
| **Brak danych** | 4 | 4,00 |
| **Razem** | 100 | 100,00 |

Ponad połowa ankietowanych przyznało, że nadużywanie alkoholu miało negatywny wpływ na życie rodzinne. Niewiele osób (3%) przyznało, że pod wpływem alkoholu często dochodziło do przemocy w domu (Tabela II).

Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między motywami zgłoszenia się na leczenie odwykowe a okolicznościami, w jakich badany sięgał po alkohol. Dla badanych, którzy wśród motywów zgłoszenia się na leczenie podali fakt nieradzenia sobie z problemem tylko 19,4% piło w okolicznościach innych niż z kolegami, pozostałe 80,6% badanych piło z kolegami. Podobne wskaźniki procentowe uzyskano w grupie osób, które zgłosiły się na leczenie z powodów innych niż poczucie nieradzenia sobie z problemem alkoholowym. Otóż tych, którzy zgłosili się na leczenie z powodów innych niż poczucie nieradzenia sobie z problemem alkoholowym, a zarazem pili w okolicznościach innych niż koledzy było 6,67%, natomiast tych, którzy zgłosili się na leczenie z powodów innych niż poczucie nie radzenia sobie z problemem alkoholowym a zarazem pili z kolegami było aż 93,33% badanych.

**Tabela II. Wpływ alkoholu na życie w rodzinie**

| Życie rodzinne | Liczność | Procent |
|---|---|---|
| **Częste kłótnie** | 52 | 52,00 |
| **Przemoc wobec domowników** | 3 | 3,00 |
| **Tolerowanie alkoholu** | 14 | 14,00 |
| **Odpowiedz własna** | 22 | 22,00 |
| **Brak danych** | 9 | 9,00 |
| **Razem** | 100 | 100,00 |

Również nie ma zależności pomiędzy motywami podjęcia terapii przez osoby uzależnione a intensywnością spożywania alkoholu przez mężczyzn uzależnionych (Chi^2 Pearsona=0,042; p=0,837). Badani, którzy leczenie podjęli z powodu nieradzenia sobie z problemem samodzielnie i potrzebują fachowej pomocy, pili alkohol w 59,72% codziennie i kilka razy w tygodniu. Podobna była sytuacja wśród mężczyzn, którzy także potrzebują pomocy i nie radzą sobie z problemem, ale oni alkohol w 40,28% pili tylko raz w tygodniu. Badani respondenci, którzy z powodów rodzinno- społecznych podjęli leczenie spożywali w 62,50% bardzo intensywnie, czyli codziennie i kilka razy w tygodniu i mężczyźni znajdujący się na oddziale z tych samych powodów w 37,50% pili alkohol tylko raz w tygodniu.

Na podstawie przeprowadzonego badania nie stwierdzono zależności (Chi^2 Pearsona=0,035; p=0,851) pomiędzy intensywnością i częstością spożywania alkoholu przez mężczyzn a wiarą w skuteczność leczenia terapeutycznego. Badana grupa osób, która wierzy w skuteczność leczenia w 59,09% byli to mężczyźni pijący bardzo intensywnie, czyli co najmniej codziennie. Natomiast mężczyźni, którzy pili raz w tygodniu i także mieli nadzieję wyleczenia stanowili 40,91% respondentów. Inna grupa chorych, którzy nie pokładała zbyt dużych nadziei na wyleczenie, a pili alkohol intensywnie, czyli codziennie stanowiła 62,50%. Pacjenci, którzy pili nieco rzadziej, bo raz w tygodniu w 37,50% także mieli wątpliwości, co do skutecznego wyleczenia choroby.

Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy motywami zgłoszenia się na leczenie odwykowe a przyczynami i powodami picia alkoholu przez mężczyzn (Chi^2 Pearsona =1,574; p=0,455). Mężczyźni podejmujący leczenie z powodu nieradzenia sobie z chorobą, a w przeszłości pili alkohol dla relaksu stanowili 26,71%, natomiast ci, którzy poprzez alkohol uciekali od problemów życia codziennego to 45%, ci którzy początkowo pili dla przyjemności to 28,17% badanych. Natomiast pacjenci przebywający na oddziale z innych

przyczyn niż nieradzenie sobie z chorobą w 14,29% piło dla odprężenia, relaksu, jako sposób na rozładowanie stresu, ucieczkę od problemów życia codziennego - 42,86%, pili alkohol dla przyjemności- 42,86%.

Na podstawie wyników badań nie stwierdzono zależności pomiędzy wiarą pacjentów w skuteczność leczenia terapeutycznego a przyczynami picia alkoholu (Chi^2 Pearsona=4,572; p=0,102). Grupa badanych pacjentów, którzy wierzyli w skuteczność leczenia w 23,53% podali, że powodem picia alkoholu była chęć odprężenia się, 44,71% twierdzili, że picie było ucieczką od problemów natomiast 31,76% osób mających nadzieję na fachową pomoc podało, że początkowo było to picie alkoholu dla przyjemności, później stało się to koniecznością. Osoby, które nie wierzyły w pomoc w walce z nałogiem podały, że przyczyną częstego używania alkoholu było w 50% chęć zrelaksowania się i także 50% grupy podało, że powodem picia alkoholu była ucieczka od problemów życia codziennego.

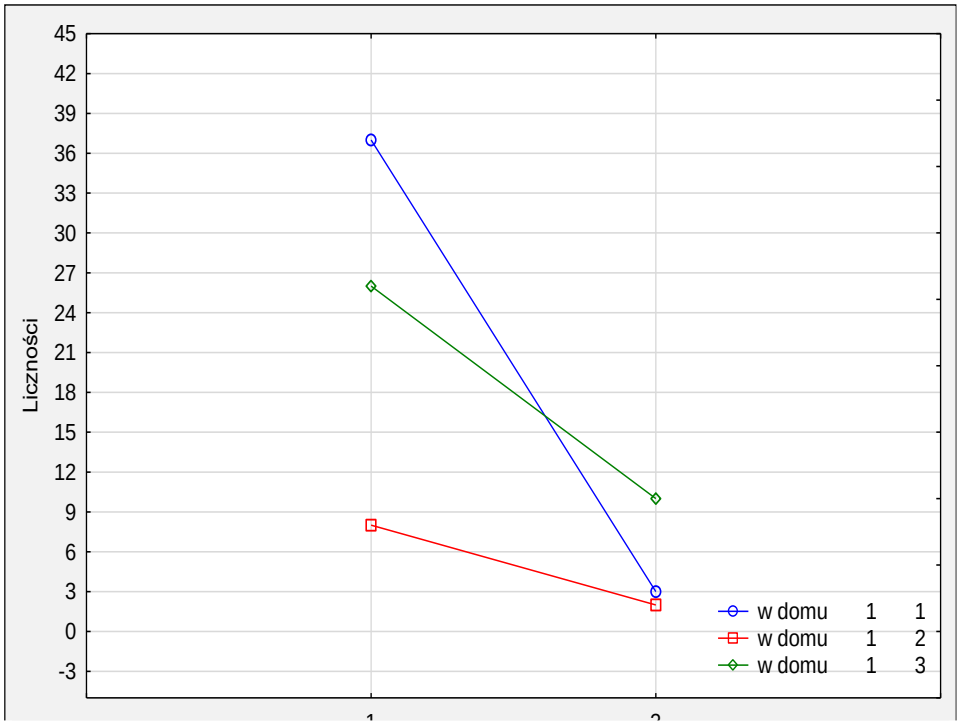
Wyniki przeprowadzonych obliczeń nie wykazały zależności pomiędzy przyczynami i motywami, którymi kierowali się pacjenci kierujący się na leczenie a wpływem uzależnienia od alkoholu na życie rodzinne (Chi^2 Pearsona=0,010; p=0,921). Pacjenci podejmujący leczenie z powodów nieradzenia sobie z chorobą samodzielnie, u nich w 57% w domu były częste kłótnie i też osoby, które przebywały w oddziale terapeutycznym z innych powodów, takich jak presja rodziny i stygmatyzacja otoczenia w 57,14% przyznały się do tego, że w domu dochodziło do nieporozumień. Wśród pacjentów, u których w domu dochodziło do przemocy w 41,43% także podejmowali leczenie z powodu nie radzenia sobie z chorobą, ale też mężczyźni będący na oddziale z innych powodów rodzinno- społecznych w 42,86% potwierdzili przemoc w domu z powodu nadużywania przez nich alkoholu.

Przeprowadzone analizy statystyczne nie wykazały zależności pomiędzy motywacją pacjenta do leczenia a czynnikiem genetycznym, gdzie ktoś w rodzinie był uzależniony od alkoholu (Chi^2 Pearsona=1,115; p=0,291). Pacjenci, u których w najbliższej rodzinie znajdowały się osoby mające problem z alkoholem w 58% zgłosiły się do oddziału przyznając, że nie radzą sobie z problemem i potrzebują fachowej pomocy. Inna grupa badanych przebywających na leczeniu w oddziale z tych samych przyczyn w 41,43% nie potwierdziła faktu osoby bliskiej z podobnym problemem. Podobnie było w kolejnej grupie osób, która przebywała na terapii z innych przyczyn niż uświadomienia sobie samemu potrzeby leczenia w 57,14% przyznała się do tego, że w ich najbliższej rodzinie znajdują się osoby mające problem z uzależnieniem i podobnie w 42,86% negują takie informacje.

Na podstawie przeprowadzonych analiz statystycznych nie wykazano zależności pomiędzy wiarą w skuteczność terapii pacjentów a chorobą alkoholową występującą w rodzinie

(Chi^2 Pearsona=5,307; p=0,151). Pacjenci, którzy potwierdzili obecność w najbliższej rodzinie osoby mającej problem z alkoholem w 48,15% byli przekonani o skuteczności podejmowanego leczenia i podobnie u respondentów, u których w rodzinie nie było osób uzależnionych w 51,84% także wierzyli w skuteczność terapii. Natomiast pacjenci, którzy nie ufają w powodzenie leczenia terapeutycznego, w 12,50% posiadali w swojej rodzinie osoby mające problemy z nałogami i aż 87,50% nie potwierdzili takiej choroby w rodzinie.

Stwierdza się natomiast istotną statystycznie zależność (Chi^2 Pearsona=5,462; p=0,065) między stylem picia alkoholu w domu a motywami zgłoszenia się na leczenie odwykowe. Gdy w domu piło się alkohol przy każdym rodzinnym spotkaniu, to w 92,50% przypadków motywem do leczenia było poczucie nieradzenia sobie z problemem, a pozostałe motywy stanowiły zaledwie 7,50% przypadków. Gdy zaś alkohol był rzadko spożywany w domu, wówczas znacząco statystycznie (27,78% przypadków) wzrasta nacisk rodzinno-społeczny na leczenie (Rycina 3).




**Rycina 3. Zależność pomiędzy motywami podjęcia leczenia terapeutycznego a kultem spożywania alkoholu w domu rodzinnym**

Przeprowadzone badania nie wykazały zależności pomiędzy wiarą w skuteczność leczenia terapeutycznego a stylem i okolicznościami spożywania alkoholu w domu rodzinnym (Chi^2 Pearsona=5,1134; p=0,078). Pacjenci, którzy byli przekonani o skuteczności leczenia terapeutycznego potwierdzili fakt w 52,11%, że w ich domu rodzinnym alkohol był traktowany

jako tradycja przy każdym rodzinnym spotkaniu i również pacjenci, którzy nie widzieli szansy w leczeniu terapeutycznym w 20% potwierdzili ten fakt. Badana grupa, w której alkohol gościł sporadycznie w domu rodzinnym w 36,62% chciała się leczyć i wierzy w skuteczność terapii. Natomiast pacjenci, którzy nie byli przekonani do leczenia przyznała się do tego w aż 66,67%, że w ich domu rodzinnym nie piło się alkoholu.

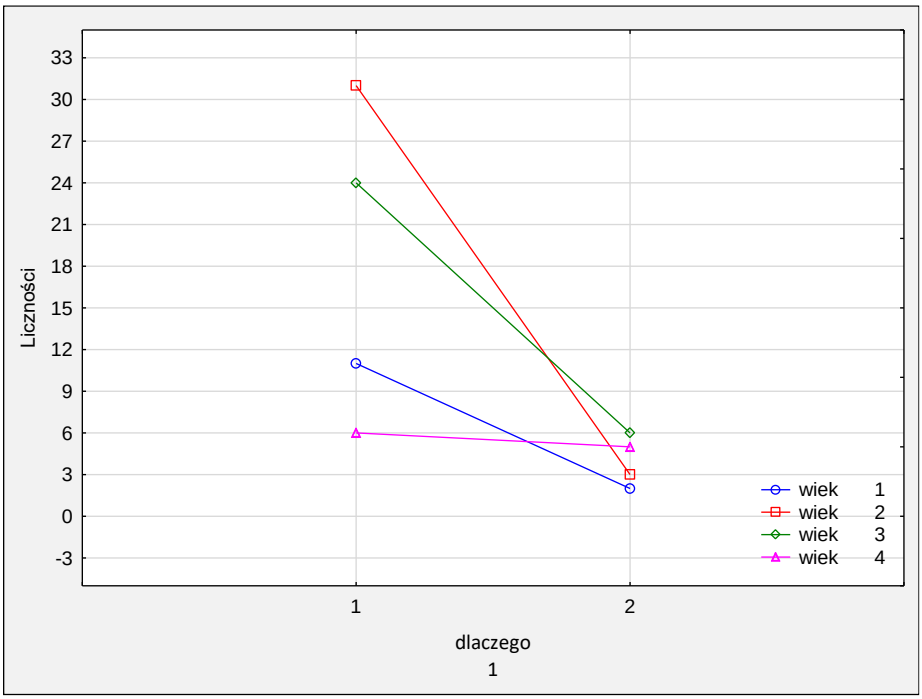
Na podstawie przeprowadzonych badań nie stwierdzono zależności pomiędzy motywami podjęcia leczenia przez mężczyzn na oddziale terapii a wiekiem pierwszego kontaktu z alkoholem (Chi^2 Pearsona=2,603; p=0,272). Pacjenci nieradzący sobie z uzależnieniem i potrzebujący pomocy rozpoczynali picie alkoholu w 52,11% w wieku szkolnym, natomiast mężczyźni będący pacjentami oddziału terapii, którzy poddali się leczeniu z przyczyn rodzinno- społecznych w 20% rozpoczynali przygodę z alkoholem także w wieku szkolnym. Nie wykazano również istotnej zależności pomiędzy pacjentami, którzy rozpoczynali picie w wieku powyżej 20 lat, gdyż 11,27% wśród badanych leczy się dlatego, że są świadomi bezradności wobec choroby, natomiast 13,33% podejmuje leczenie w związku z szantażem i presją rodziny oraz uważają, że są stygmatyzowani przez rodzinę.

W przeprowadzonych badaniach nie stwierdzono zależności pomiędzy deklaracją pacjentów o dobrowolności podejmowanego leczenia choroby alkoholowej a wiekiem w jakim aktualnie się znajdują (Chi^2 Pearsona=1,374; p=0,712). Pacjenci, którzy dobrowolnie podjęli leczenie, a są w przedziale wiekowym 25-35 lat stanowili 16,13%, natomiast ci, którzy byli zobligowani do leczenia z innych powodów niż własna wola stanowili 11,43%. Mężczyźni w wieku pomiędzy 36-45 lat dobrowolnie zgłaszający się na leczenie stanowili 38,71%, a pacjenci niedeklarujący dobrowolność leczenia stanowili niewiele mniej, bo 37,14%. Ankietowani powyżej 60-go roku życia przebywający na oddziale z własnej woli stanowili 9,68%, natomiast inna grupa chorych w tym samym wieku bezkrytycznych wobec choroby stanowiła aż 17,14%.

Przeprowadzone badania wykazały zależność pomiędzy motywami podejmowanego leczenia przez pacjentów a wiekiem w jakim obecnie się znajdują (Chi^2 Pearsona=7,637; p=0,0540.

Zdecydowana większość pacjentów w przedziale wiekowym 36-45 lat miała najwyższy stopień motywacji do leczenia, bo aż 84,62% i przyznało, że nie radzi sobie samodzielnie z problemem oraz potrzebuje fachowej pomocy.

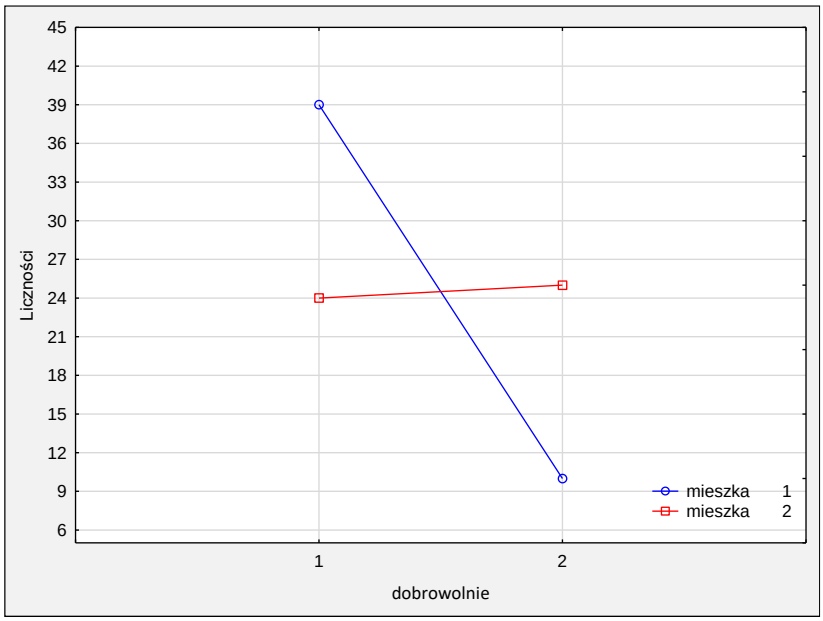
Natomiast pacjenci z pozostałych przedziałów wiekowych podali inne przyczyny zgłoszenia się do oddziału takie jak szantaż ze strony najbliższych, stygmatyzację otoczenia, co stanowiło 15,38% przyczyn zgłoszenia się na leczenie (Rycin 4).




**Rycina 4. Zależność pomiędzy motywacją pacjentów do leczenia a wiekiem w jakim obecnie się znajdują**

Przeprowadzone badania nie wykazały zależności pomiędzy wiekiem pacjentów na oddziale a świadomością wyleczenia z choroby w przypadku wcześniejszego zgłoszenia na leczenie terapeutyczne (Chi^2 Pearsona=1,434; p=0,697). Pacjenci w przedziale wiekowym pomiędzy 25- 35 rokiem życia, deklarowali, że w 15,79% podjęliby leczenie wcześniej, gdyby wiedzieli, że terapia przynosi pozytywne rezultaty. Ankietowani z tego samego przedziału wiekowego, którzy nie byli przekonani o skuteczności leczenia stanowili niewiele mniej, bo 13,16%. Pacjenci powyżej 60-go roku życia nie byli przekonani o skuteczności leczenia w 10,53% i niewielu więcej, bo 15,79% badanych z tego samego przedziału wiekowego skorzystałoby wcześniej z formy leczenia terapeutycznego.

Na poziomie istotności p=0,002; Chi^2 Pearsona=10,000 stwierdzono zależność pomiędzy miejscem zamieszkania a sposobem podejmowania leczenia przez mężczyzn. Przeprowadzona analiza wykazała, że pacjenci pochodzący z miasta byli bardziej otwarci na metody terapeutyczne i podejmują się leczenia dobrowolnie, co stanowiło 79,59%, natomiast pozostałe 20,41 to mężczyźni, którzy nie byli w oddziale z własnej inicjatywy i także mieszkali w mieście. Natomiast druga grupa ankietowanych to mężczyźni zamieszkujący wieś i oni w 48,98% zgłosili się na oddział dobrowolnie i podobnie klasuje się statystyka mężczyzn, którzy są zobligowani do podjęcia leczenia i stanowili 51,02% (Rycina 5).




**Rycina 5. Zależność pomiędzy miejscem zamieszkania ankietowanych a dobrowolnością w podjęciu leczenia**

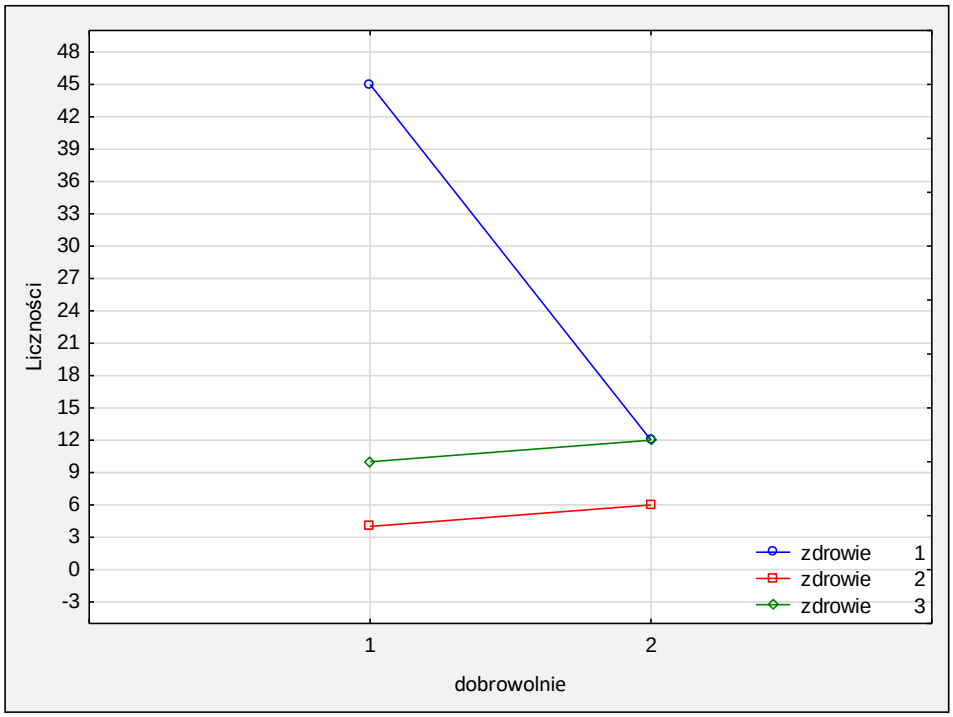
Badania nie wykazały istotnej zależności w motywacji do walki z chorobą alkoholową pomiędzy pacjentami zamieszkującymi miasto a wieś (Chi^2 Pearsona=0,492; p=0,483). Mężczyźni pochodzący z miasta w 15,28% motywują swoją decyzję o podjęciu leczenia tym, iż ich próby samodzielnego zerwania z nałogiem nie powiodły się i potrzebują fachowej pomocy, natomiast pozostała część uzależnionych 12,50% pochodząca z miasta podała inne przyczyny zgłoszenia się do oddziału. Pacjenci, którzy pochodzą ze wsi w 43,06% podali tę samą przyczynę podjęcia leczenia terapeutycznego, co pacjenci z miasta, czyli nieradzenie sobie z chorobą i tylko 18,75% stawiło się na oddział z innego powodu.

Wyniki przeprowadzonych badań nie wykazały zależności pomiędzy faktem dobrowolnej deklaracji pacjentów do leczenia a poziomem wykształcenia (Chi^2 Pearsona=4,336; p=0,227). Pacjenci z wykształceniem podstawowym zgłosili się na terapię dobrowolnie i stanowili 18%, natomiast ci, którzy przebywali na oddziale z innych powodów stanowili 26% badanych. Także nie ma istotnej różnicy pomiędzy pacjentami z wyższym wykształceniem i przyczynami pobytu w oddziale terapeutycznym, ponieważ mężczyźni, którzy byli dobrowolnie stanowili 8%, a pozostali, którzy znaleźli się z innych powodów na oddziale terapeutycznym stanowili 6% badanych.

Na podstawie przeprowadzonego badania nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy motywacją pacjentów do leczenia a poziomem wykształcenia (Chi^2 Pearsona=0,459; p=0,928). Otóż ankietowani z wykształceniem podstawowym podejmujący świadomie leczenie z powodu nieradzenia sobie z chorobą alkoholową stanowili 18%,

natomiast pozostali mężczyźni z wykształceniem podstawowym w 26% byli na oddziale z innych powodów społeczno- rodzinnych. Najliczniejsza grupa wśród badanych posiadała wykształcenie średnie i część z nich w 45% leczyło się z powodu nieradzenia sobie z problemem alkoholowym, natomiast pozostali stanowiący 26% znajdowali się w oddziale terapii z innych przyczyn.

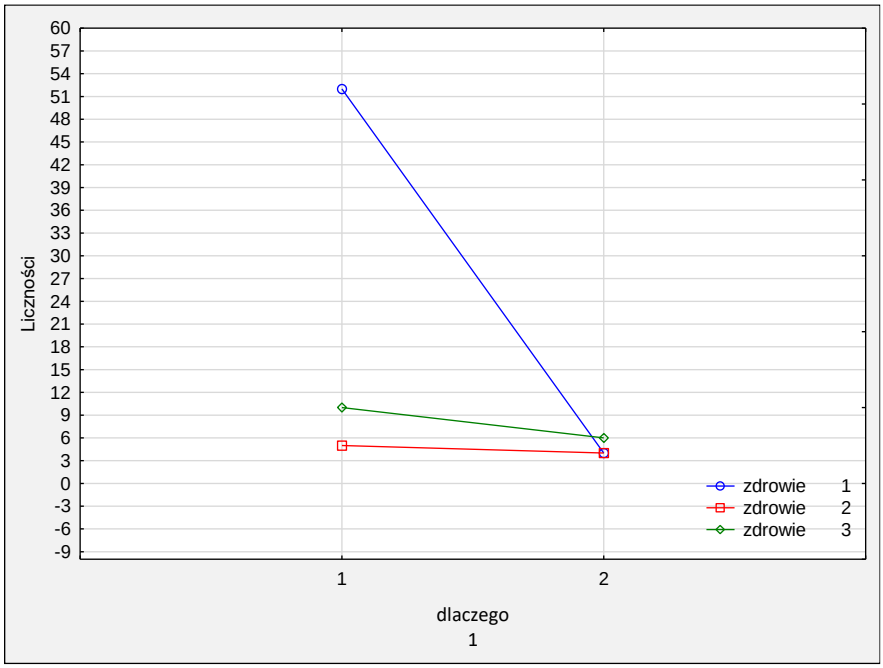
Na poziomie istotności p=0,003; Chi^2 Pearsona=11,454 badania wykazały istotną zależność pomiędzy świadomością pacjentów odnośnie wpływu alkoholu na problemy zdrowotne a chęcią leczenia. Ankietowani, którzy zgłosili się do oddziału dobrowolnie przyznali, że alkohol ma negatywny wpływ na ich stan zdrowia (78,95%). Zupełnie inaczej klasują się wyniki statystyczne w przypadku, gdy mężczyźni są na oddziale terapeutycznym z innych przyczyn, nie wiążą swoich problemów zdrowotnych z chorobą alkoholową, co stanowiło 21,5% ankietowanych (Rycina 6).




**Rycina 6. Zależność pomiędzy motywami podjęcia leczenia terapeutycznego a kultem spożywania alkoholu w domu rodzinnym**

Na poziomie istotności p=0,001; Chi^2 Pearsona=13,246 badania wykazały zależność statystyczną pomiędzy motywami podjęcia leczenia terapeutycznego przez chorych a świadomością szkodliwego działania etanolu na zdrowie. Ankietowani, którzy potrzebowali fachowej pomocy i nie radzą sobie z problemem byli przekonani, że alkohol ma negatywny wpływ na zdrowie (92,86%). Inna sytuacja była wśród mężczyzn, którzy leczą się z powodu

presji rodziny bądź stygmatyzacji otoczenia. Oni w 7,14% twierdzili, że alkohol nie szkodzi zdrowiu. Pozostała grupa badanych nie miała zdania na temat działania alkoholu na ich zdrowie, wśród nich byli mężczyźni, którzy zgłosili się do oddziału, bo potrzebują pomocy i stanowili 62,50% i kolejna grupa badanych, którzy byli w oddziale innych względów stanowiła 37,50% (Rycina 7).

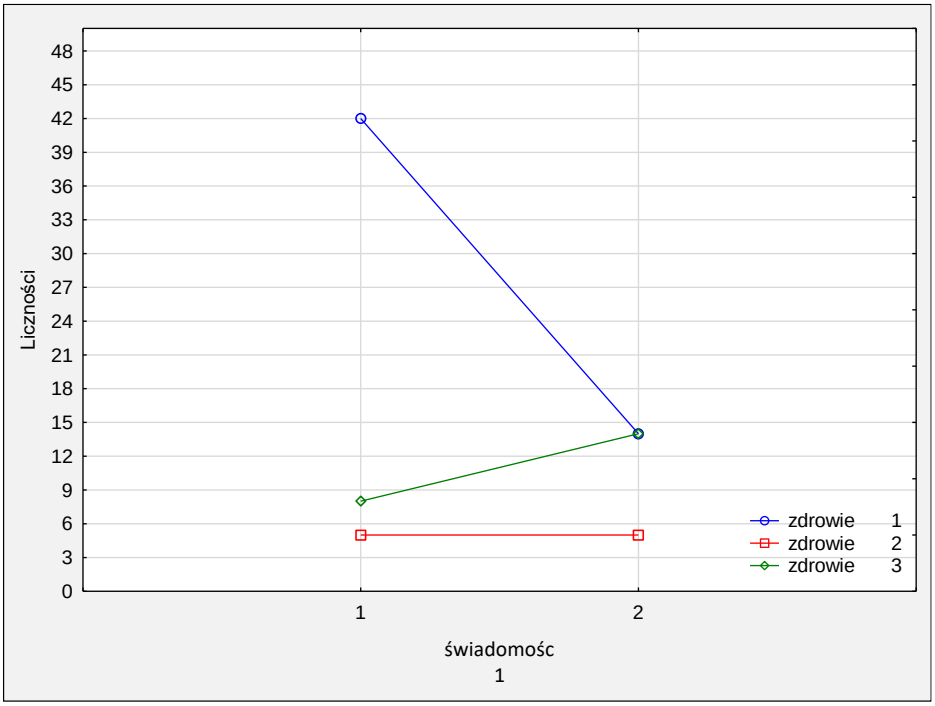



**Rycina 7. Zależność pomiędzy motywami podejmowanego leczenia przez pacjentów a ich świadomością na temat problemów zdrowotnych związanych z nadużywaniem alkoholu**

Na poziomie istotności p=0,004; Chi^2 Pearsona=10,812 stwierdza się statystycznie zależność pomiędzy świadomością pacjentów o skuteczności leczenia terapeutycznego, a wpływem nadużywania alkoholu na zdrowie. Ankietowani, którzy mają świadomość negatywnego wpływu alkoholu na zdrowie w 75,00% deklarowali, że podjęliby leczenie wcześniej, gdyby wiedzieli, że ta forma walki z chorobą jest skuteczna. Natomiast pacjenci z kolejnej grupy badanych, którzy skorzystaliby wcześniej z leczenia w 25,00% twierdzili, że alkohol nie szkodzi zdrowiu lub nie wiedzą nic na ten temat (Rycina 8).

W badaniu nie stwierdzono zależności pomiędzy świadomością pacjentów odnośnie skuteczności leczenia choroby alkoholowej a problemami w pracy (Chi^2 Pearsona=3,690; p=0,297). Ankietowani, którzy otrzymali upomnienie w pracy z powodu nadużywania alkoholu w pracy, zgłosiliby się na leczenie wcześniej wiedząc, że ta forma terapii jest skuteczna (42,86%). Z niewielką różnicą statystyczną przedstawiają się wyniki wśród osób, które nie

deklarowały chęci podjęcia leczenia, pomimo wiedzy, że taka możliwość istnieje. Otóż ta grupa chorych także miała problemy w pracy w 18,75%.




**Rycina 8. Zależność pomiędzy wpływem uzależnienia na zdrowie a świadomością o skuteczności leczenia**

Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy sposobem podjęcia leczenia przez pacjentów uzależnionych od alkoholu a występowaniem problemów z prawem (Chi^2 Pearsona=0,198; p=0,657). Ankietowani, którzy posiadali wyroki sądowe w związku z naruszeniem prawa w 54,10% do podjęcia terapii deklarowali się dobrowolnie. Kolejna grupa nieposiadająca wykroczeń prawnych i stanowiąca 45,90% także leczenie podjęła dobrowolnie. Mężczyźni przebywający na oddziale terapeutycznym nie z własnej woli w 58,82% posiadają na swoim koncie wyroki karne, natomiast kolejna grupa badanych nie ma konfliktu z prawem karnym, ale leczenie podejmuje z innych przyczyn niż własna wola i ta grupa stanowiąca 41,18%.

Nie stwierdzono zależności pomiędzy motywami podjęcia leczenia terapeutycznego, a problemami z systemem prawnym ankietowanych (Chi^2 Pearsona=0,045; p=0,831). Pacjenci podejmujący leczenie z powodu nieradzenia sobie z chorobą alkoholową w 56,34% mieli problemy z systemem prawnym, pozostali będący na oddziale z tych samych pobudek nie mieli takich problemów i stanowili niewiele mniej, bo 43,66%. Natomiast pacjenci przebywający na oddziale terapeutycznym z innych powodów społeczno- rodzinnych mieli wyroki sądowe

odnośnie wykroczeń prawnych i stanowili 53,33%, a chorzy bez problemów z systemem karnym stanowili 46,67%.

Nie stwierdzono zależności statystycznej pomiędzy karalnością pacjentów a świadomością skorzystania z leczenia choroby alkoholowej (Chi^2 Pearsona=2,237; p=0,135). Pacjenci, którzy mieli problemy z systemem prawnym w 64,29% gdyby mieli świadomość, że leczenie terapeutyczne jest skuteczne skorzystaliby wcześniej z pomocy, ale też pacjenci niemający kłopotów prawnych w 35,71% także skorzystaliby z leczenia wcześniej. Ankietowani, którzy twierdzili, że picie alkoholu sprawia im przyjemność w 48,65% mieli problemy z prawem, ale też spośród 51,35% badanych niemających konfliktów z prawem nie zadeklarowało chęci podjęcia leczenia, gdyż picie alkoholu to dla nich przyjemność.

## DYSKUSJA

Motywowanie do podjęcia leczenia szczególnie u osób uzależnionych od alkoholu to niezwykle trudne zadanie. Przekonanie chorego o tym, że leczenie jest skuteczne to jedna kwestia, natomiast innym problemem jest uświadomienie osobie uzależnionej konieczności podjęcia kroków zmierzających w kierunku ratowania zdrowia, a niekiedy życia. Charakterystyczny mechanizm zaprzeczania wśród alkoholików, to głównie przedstawiane przez nich argumenty typu: „nie piję tak dużo, nie jestem alkoholikiem, nie mam problemu z alkoholem”, obrona swoich przekonań i racji sprawia, że osoba uzależniona unika towarzystwa ludzi ingerujących w ich świat [18].

Na podstawie przeprowadzonych badań wśród pacjentów przebywających na Oddziale Terapii Odwykowej od Alkoholu w Szpitalu Psychiatrycznym w Choroszczy stwierdzono, że najliczniejsza grupa ankietowanych znajdowała się w przedziale wiekowym pomiędzy 36. a 45. rokiem życia. Podobne wyniki badań przedstawił Chodkiewicz [19]. W jego badaniach średnia wieku mężczyzn uzależnionych od alkoholu wynosiła 45,32 spośród 120 mężczyzn kończących terapię, natomiast w drugiej badanej grupie wśród 250 mężczyzn średni wiek to 44,6.

Według badań przeprowadzonych w niniejszej pracy większość pacjentów posiadała średnie wykształcenie (38%), natomiast w badaniach przeprowadzonych w ośrodku leczenia uzależnień w Łodzi pacjenci ze średnim wykształceniem to 44,6% badanych w pierwszej grupie, natomiast w drugiej grupie było to 53,2% ankietowanych [19].

Kolejną cechą, którą została zbadana w przedstawionej pracy był stan cywilny mężczyzn. Wśród badanej grupy 35% ankietowanych to kawalerowie. Podobne wyniki osiągnięto w Łodzi, gdzie mężczyzn wolnego stanu było 26,4% [19].

Pacjenci oddziałów terapeutycznych w większości mieszkają razem z rodziną, co potwierdzają badania Chodkiewicza. Było to 68,4% wśród 250 osób i 59% wśród 120 osób [19]. Natomiast w prezentowanej pracy 65% mężczyzn mieszkało z rodziną.

Mężczyźni uzależnieni od alkoholu z reguły nie posiadali stałego zatrudnienia, co wynika ze specyfiki choroby alkoholowej, w której cała uwaga osoby uzależnionej koncentruje się na zdobyciu alkoholu i jego konsumpcji. W związku z tym najczęściej pracowali dorywczo, co potwierdziły przeprowadzone badania, w których wskaźniki są porównywalne w trzech grupach. Ankietowani z ośrodków w Łodzi to 55,6% z 250 i 60% ze 120 badanych, którzy nie posiadali stałego zatrudnienia [19]. W naszych badaniach było to 40% ankietowanych.

Osoby uzależnione od alkoholu, które podejmowały leczenie terapeutyczne z reguły były krytyczne wobec choroby i utożsamiały się z nią, co zaobserwowano u 81% ankietowanych w przedstawionej pracy. Chodkiewicz uzyskał nieco niższe wyniki pytając mężczyzn o ich podejście do uzależnienia i było to 55,2% wśród 250 i 56,7% wśród 120 ankietowanych, którzy przyznali się do uzależnienia od alkoholu [19].

Większość badanej grupy pacjentów ma świadomość szkodliwego działania alkoholu na ich zdrowie, co udowodniono w przeprowadzonej analizie statystycznej ($p=0,003$), w której wykazano istotną zależność pomiędzy świadomością pacjentów odnośnie wpływu alkoholu na problemy zdrowotne a chęcią leczenia. Analizując takie zmienne, jak sposób podejmowania leczenia przez pacjenta a jego świadomość odnośnie toksycznego działania alkoholu stwierdzono, że zdecydowana większość badanych respondentów problemy zdrowotne wiązało z nadużywaniem alkoholu i byli tego świadomi w 78,95%, a tylko 6,78% z tej grupy nie dostrzegało związku pomiędzy nadużywaniem alkoholu a problemami zdrowotnymi. Mężczyźni, którzy przebywali w oddziale terapii nie z własnej woli, nie byli świadomi destrukcyjnego działania alkoholu na ich organizm i stanowili 60% ankietowanych, a 40% spośród tej grupy wiedziało, że alkohol zagraża zdrowiu i życiu. Z przeprowadzonej analizy wynika, że im większa była motywacja do podjęcia leczenia tym pacjent był bardziej świadomy szkodliwości działania etanolu na organizm ludzki. Podobne wyniki badań uzyskano w Kielcach, gdzie świadomych zagrożeń zdrowotnych, zmotywowanych respondentów było 89,80% wśród badanej społeczności, natomiast osoby, które nie wiązały problemów zdrowotnych z nadużywaniem alkoholu było tylko 10,20% wśród ankietowanych [20].

Mężczyźni uzależnieni od alkoholu zgłosili się na oddział w celu szukania pomocy najczęściej, co wykazały badania, ale ich pobyty dość często powtarzały się z różnych przyczyn. Bywa tak, że nie radzili sobie po zakończonej terapii i potrzebowali dodatkowego wsparcia. W takiej sytuacji zazwyczaj otrzymywali wykaz placówek oferujących terapię w warunkach ambulatoryjnych bądź wracali na oddział na tak zwane „nawroty".

Przeprowadzona analiza wyników badań wykazała, że najliczniejszą grupę stanowili chorzy, którzy leczenie terapeutyczne podjęli po raz pierwszy w oddziale, stanowili oni 56% ankietowanych. Natomiast tylko 25% podjęło leczenie terapeutyczne po raz drugi lub kolejny. W oddziale terapii w Łodzi uzyskano podobne wyniki analizując pierwszorazowe pobyty pacjentów, które stanowiły 62% wśród 250 badanych, natomiast kolejną próbę terapii podjęło już tylko 38% wśród 250 osób i 20% wśród 120 mężczyzn [18].

Rozwój choroby alkoholowej uwarunkowany jest pewnymi czynnikami psychologicznymi i społecznymi, a także czynnikami genetycznymi. Jak wykazały przeprowadzone badania nie bez znaczenia miał pierwszy kontakt z alkoholem, szczególnie u adolescentów.

Analizy wykazały, że zdecydowana większość pacjentów, czyli 58% przebywających na Oddziale Terapeutycznym w Choroszczy swoją pierwszą inicjację z alkoholem mieli w wieku 15 lat. Podobne badania były przeprowadzone przez CBOS (Centrum Badania Opinii Społecznej) w 2016 roku, które wykazały, że na 1106 ankietowanych zdecydowana większość (75,1%) rozpoczynała swoją, przygodę" z alkoholem w wieku 13 lat i 2 miesięcy, natomiast do pierwszego upicia dochodziło średnio w wieku 14 lat i 9 miesięcy [21]. Innego rodzaju badania przeprowadzono w łódzkim ośrodku leczenia uzależnień. Badania pod kątem pierwszej inicjacji alkoholowej przeprowadzono na podstawie wywiadów z pacjentami trzeźwiejącymi (wśród 10 osób, w tym 8 mężczyzn i 2 kobiety), którzy swoje biografie rozpoczynali od relacji z czasów szkolnych- historie rozwoju choroby były uderzająco podobne w każdym przypadku. Badania przedstawione przez Kacprzyka potwierdzają, że młodzież rozpoczynająca picie alkoholu we wczesnym wieku dojrzewania w 90% pochodzili z rodzin z problemem alkoholowym [22].

Wśród czynników biologicznych na szczególną uwagę zasługuje dziedziczność choroby alkoholowej o podłożu genetycznym. Pomimo wielu badań w tym kierunku nie udało się jednoznacznie udowodnić dziedziczenia choroby alkoholowej, jednak są dowody na to, że dziedziczeniu podlega biochemiczne podłoże, na którym rozwija się uzależnienie [23]. Zaprezentowane badania w niniejszej pracy przedstawiają predyspozycje uwarunkowań genetycznych. 47% ankietowanych potwierdzało problem alkoholizmu wśród najbliższej

rodziny (matka, ojciec, siostra, brat), natomiast u 50% badanych choroba alkoholowa nie występowała. Podobne wyniki uzyskano w Łodzi, gdzie ankietowani mężczyźni potwierdzali obecność uzależnionych osób w rodzinie w 56,7% wśród 120 osób i 55,2% wśród 250 ankietowanych [21]. Mężczyźni, którzy nie potwierdzili obecności w rodzinie osób z problemem alkoholowym stanowili 43,3% wśród 120 ankietowanych i 44,8% z 250 badanych w analizie przeprowadzonej przez Chodkiewicza [19].

Przeprowadzone badania w kierunku czynników społecznych, takich jak okoliczności spożywania alkoholu przez pacjentów oraz stylem picia alkoholu w środowisku domowym wykazały, że zdecydowana większość ankietowanych alkohol spożywała w towarzystwie kolegów (73%). Podobne wyniki badań uzyskano przez CBOS, w których do spożywania alkoholu w gronie znajomych przyznało się 51% ankietowanych, natomiast pozostała grupa badawcza przyznała się do picia alkoholu w domu z członkami rodziny (47%) [24].

Wśród badań przeprowadzonych w niniejszej pracy zadano pytanie ankietowanym, „W jaki sposób alkohol był traktowany w ich domu rodzinnym?". Respondenci odpowiedzieli, iż w domu rodzinnym alkohol był spożywany dość często przy każdym spotkaniu, był to nieodłączny element tradycji rodzinnej u 43% mężczyzn. Oprócz tradycji rodzinnych alkohol był spożywany przez ankietowanych kilka razy w tygodniu (44%). Natomiast 25% badanych przez CBOS przyznało, że pili alkohol zarówno w dni powszednie, jak i weekendy oraz aż 73% respondentów ograniczała się tylko do weekendów [24].

Prezentowane badania obrazują wyraźnie, czym kierowali się pacjenci Oddziału Terapii Odwykowej od Alkoholu w podjęciu decyzji zerwania z nałogiem. Najliczniejsza grupa wśród respondentów jako główny powód podjęcia leczenia podała nieradzenie z problemem uzależnienia i potrzebowali fachowej pomocy (52%). Podobne pytanie zadano respondentom w Kielcach, gdzie 92,86% badanych przyznało się do braku umiejętności radzenia sobie z codziennymi trudnościami. 72,4% zgłosiło się do ośrodka odwykowego, gdyż potrzebowali fachowej pomocy. Inna grupa badanych, którzy byli mniej krytyczni wobec własnej choroby i zgłosili się na Oddział Leczenia Uzależnień w Choroszczy z powodu szantażu osób bliskich lub czuli się stygmatyzowani (16%) [20].

W wielu publikacjach można odnaleźć twierdzenia, że nasza tradycja kulturowa i sposób traktowania alkoholu niejako ceremoniału przy szczególnych okolicznościach ma niebagatelny wpływ na rozwój i propagowanie alkoholizmu, jako tradycji rodzinnej. W 2010 roku badania przeprowadzone przez CBOS potwierdziły tę teorię, ponieważ wśród ankietowanych (91-93%) alkohol był spożywany przy każdych uroczystościach rodzinnych, urodzinach, spotkaniach towarzyskich [24].

Badania przeprowadzone wśród 100 pacjentów na oddziale terapii w Choroszczy wykazały następujące wyniki. Ankietowani mężczyźni stwierdzili, że w 92,50% alkohol był spożywany dość często w domu, jako nieodłączny element tradycji rodzinnej i ta grupa ankietowanych podała, że motywem podjęcia leczenia terapeutycznego było nieradzenie sobie z problemem i chorobą alkoholową. Zadeklarowali, potrzebę fachowej pomocy. Natomiast pozostałe przyczyny podjęcia leczenia przez mężczyzn z tej grupy stanowiły zaledwie 7,50%. W grupie ankietowanych, gdzie alkohol był spożywany sporadycznie lub rzadko w domu rodzinnym, dominującym motywem podjęcia leczenia wśród 27,78% ankietowanych był nacisk ze strony rodziny lub poczucie stygmatyzacji ze strony otoczenia (p=0,065). Tak, więc, badania potwierdzają hipotezę odnośnie wpływu czynników społecznych i kulturowych na zwiększone ryzyko rozwoju choroby alkoholowej. Im bardziej alkohol był kultywowany w środowisku rodzinnym, z kolegami, spożywany często, tym większe ryzyko wystąpienia choroby alkoholowej i większa motywacja do podjęcia leczenia.

Gdy alkohol spożywany był w domu sporadycznie, osoby uzależnione poddawały się terapii jedynie, dlatego, że były zmuszane przez bliskich lub instytucje państwowe. Podobne badania były przeprowadzone w Kielcach, gdzie czynnikiem motywacyjnym do podjęcia leczenia przez osoby uzależnione od alkoholu były: chęć radzenia sobie z problemami nie sięgając przy tym po alkohol (92,86%), świadomość krzywdzenia bliskich (89,80%), a presja ze strony najbliższych była motywacją do leczenia u 82,65% ankietowanych [20].

Prezentowane wyniki i ich analiza porównawcza jednoznacznie obrazują, że zdecydowana większość pacjentów przebywających w ośrodku terapeutycznym to kawalerowie w wieku średnim, którzy mieszkają z rodziną i pozostają na ich utrzymaniu. Są to osoby, które pomimo osiągniętego wieku dojrzałości nie potrafili założyć własnych rodzin, nie są w stanie utrzymać stałego stanowiska pracy, ich spectrum zainteresowań odnosiło się do zaspokajania własnych egoistycznych potrzeb związanych z życiem towarzyskim, gdyż najczęściej spożywali alkohol z kolegami, znajomymi. Nie bez znaczenia dla rozwoju choroby alkoholowej jest fakt utrwalania pewnych preferowanych wśród młodzieży zachowań odnośnie spożywania alkoholu. Zakorzenione w naszej kulturze tradycje i stereotypy w połączeniu z nierzadko alkoholowym podłożem rodzinnym ukierunkowują młode pokolenia do zachowań patologicznych. Młodzież w dzisiejszych czasach częściej spotyka się na piwie niż na lodach, w teatrze, w kinie. Zadaniem edukatorów począwszy już od przedszkola powinno być uświadamianie dzieci, przekazywanie im wiedzy w oparciu o najbardziej aktualne badania problemów związanych ze spożywaniem alkoholu, jego skutkach ubocznych i konsekwencjach nadużywania.

Niniejsza praca zawiera jedynie zarys informacji odnośnie etiologii choroby alkoholowej, aczkolwiek po dogłębnej analizie przeprowadzonych badań czytelnik ma dość wyrazisty obraz zarówno przyczyn uzależnienia, jak i destrukcji osobniczej i społecznej, a także problemów, jakie napotykają mężczyźni uzależnieni od alkoholu, którzy zdecydowali się na zmianę w swoim życiu. Wyniki prezentowanych badań mają duże znaczenie praktyczne i teoretyczne przede wszystkim w podejściu do całego procesu leczniczego. Informacje zdobyte bezpośrednio od ankietowanych, którzy są osobami uzależnionymi ukazują, czym kierowali się mężczyźni decydujący się na leczenie choroby i co w danej chwili stanowiło największy problem tych ludzi.

Szersza wiedza odnośnie specyfiki jednostki chorobowej oraz stanu psychicznego i fizycznego, potrzeb pacjenta zwiększa skuteczność leczenia terapeutycznego i klinicznego. W dalszej perspektywie badań należałoby ocenić także, w jaki sposób radzą sobie pacjenci, którzy zakończyli leczenie terapeutyczne, jakie problemy napotykają po wyjściu ze szpitala. Koniec okresu hospitalizacji niejednokrotnie jest dla nich traumą, są pozbawieni „parasola ochronnego", jakim był personel oddziału, do którego zwracali się w każdej sytuacji zwątpienia, uczucia głodu alkoholowego. Odczuwają lęk przed samodzielnym podejmowaniem trudnych decyzji, wyborów w obliczu powrotu do dawnego środowiska, w którym funkcjonowali przed podjęciem leczenia.

## WNIOSKI

1. Pacjenci zgłaszający się na oddział terapeutyczny nie radzą sobie z chorobą alkoholową i potrzebują profesjonalnej pomocy oraz ich samodzielna walka z uzależnieniem nie przynosi oczekiwanych rezultatów, co stanowi główny motyw do podjęcia leczenia.
2. Najbardziej zmotywowani do leczenia są mężczyźni w wieku produktywnym, którzy mają świadomość destrukcyjnego wpływu uzależnienia na ich zdrowie, relacje w rodzinie i kontakty społeczne. Im ankietowani byli starsi tym poziom ich motywacji do podjęcia leczenia był mniejszy.
3. Mężczyźni, którzy rozpoczynali picie alkoholu w wieku adolescencji najczęściej robili to w towarzystwie kolegów, spożywali alkohol kilka razy w tygodniu, co przyczyniło się do rozwoju choroby alkoholowej.
4. Środowisko rodzinne ma niewątpliwie istotny wpływ na kształtowanie postaw i przenoszenie w tym wypadku negatywnych wzorców takich jak: spożywanie alkoholu przy okazji świąt, urodzin, innych okoliczności rodzinnych do życia dorosłego.

5. Założenia odnośnie dziedziczenia choroby alkoholowej w prezentowanych badaniach nie potwierdziły się, ponieważ proporcjonalnie połowa ankietowanych przyznała się do występowania choroby alkoholowej wśród najbliższych osób w rodzinie i niemal dokładnie tyle samo negowało ten fakt.
6. Motywacja do podjęcia walki z chorobą alkoholową jest na takim samym poziomie u mężczyzn z miasta i ze wsi. Obie grupy badanych jako główny cel podjęcia leczenia terapeutycznego podają bezradność wobec uzależnienia i chęć zmiany stylu życia.
7. Respondenci przebywający na oddziale terapeutycznym pochodzący z miasta w większości zgłaszają się na leczenie dobrowolnie i ich motywacja jest znacznie wyższa niż osób ze wsi, którzy znajdują się w oddziale z przyczyn nie zależnych od siebie.
8. Mężczyźni, którzy mieli konflikty z systemem prawnym posiadają taką samą motywację do leczenia jak osoby niekarane.
9. Ankietowani przyznali w większości, że gdyby mieli informację wcześniej o skuteczności leczenia terapeutycznego skorzystaliby wcześniej z tej formy pomocy.
10. Mężczyźni, którzy dobrowolnie deklarują chęć podjęcia leczenia terapeutycznego mają zdecydowanie większą wiedzę na temat skutków toksycznego działania alkoholu na organizm, są bardziej zmotywowani do pracy nad sobą, wierzą w skuteczność leczenia. Respondenci, którzy przebywają w oddziale terapeutycznym z przyczyn nie zależnych od nich, nie utożsamiają się z chorobą alkoholową, pozostają bezkrytyczni wobec uzależnienia, nie posiadają dostatecznej wiedzy na temat destrukcji alkoholowej stąd ich niechęć do leczenia terapeutycznego.

## PIŚMIENNICTWO

1. Woronowicz T. (red.): Geneza, terapia, powrót do zdrowia. Warszawa, Parpamedia, 2009.
2. Fudała J. (red.): Poza paradygmatem abstynencji. Warszawa, Remedium, 2017.
3. Margasiński A. (red.): Rodzina alkoholowa z uzależnionym w leczeniu. Kraków, Wydawnictwo Impuls, 2010.
4. Modrzyński R., Ziębińska M.: Alkoholizm- zaburzenie czy nieuleczalna choroba? Diagnoza uzależnienia w oparciu o DSM-5 oraz ICD-11. Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia. PARPA 2018; 6: 21-23.
5. Gorczyca P.W. (red.): Wpływ aglomeracji miejskich i pozycji przestrzennej na występowanie chorób psychicznych i uzależnienia od alkoholu- studium z zakresu medycyny i socjologii. Kraków, Impuls Oficyna Wydawnicza, 2009.
6. Wojnar M (red.): Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu. Warszawa, PARPA, 2017.

7. Iwanicka K., Malicki D., Pyłypczuk A., Olajossy M.: Typologia uzależnienia alkoholowego według Lescha- proponowane formy terapii. Current Problems of Psychiatry, 2011; 12(3): 260-265.
8. Chodkiewicz J., Poprawa R.: Pomiar stopnia zaangażowania w używanie alkoholu. Badania właściwości psychometrycznych skali używania alkoholu [w:] Wybrane zagadnienia psychologii alkoholizmu, Gąsior K. (red.). Warszawa, Wydawnictwo Difin SA, 2013: 7-13.
9. Jarema M. (red.): Psychiatria. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2016.
10. Chodkiewicz J., Poprawa R.: Narzędzia pomiaru stopnia używania alkoholu [w:] Wybrane zagadnienia psychologii alkoholizmu, Gąsior K. (red.). Warszawa, Wydawnictwo Difin SA, 2013: 14-28.
11. Samochowiec A. (red.): Psychologiczne uwarunkowania uzależnienia od alkoholu u kobiet w odniesieniu do typologii alkoholizmu według Lescha. Szczecin, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, 2012.
12. Bętkowska- Korpała B., Kasprzyk J.: Diagnoza nasilenia objawów uzależnienia od alkoholu za pomocą skali rozwoju uzależnienia od alkoholu- wstępna prezentacja narzędzia [w:] Wybrane zagadnienia psychologii alkoholizmu, Chodkiewicz J., Gąsior K. (red.). Warszawa, Wydawnictwo Difin SA, 2013: 42-65.
13. Jarema M. (red.): Zaburzenia spowodowane spożywaniem alkoholu. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2016.
14. Jarema M. (red.): Uzależnienia i substancje psychoaktywne w praktyce lekarza POZ. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2018.
15. Jelska M.: Neurologiczne objawy niedoboru witamin z grupy B jako rezultat przewlekłego uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia. 2016; 6: 34-37.
16. Woronowicz B.T.: Leki nie dla wszystkich. Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia. 2013; 6: 3-5.
17. Urschel H.C. (red.): Leki, które inicjują ozdrowienie. Uwolnij mózg od uzależnienia. Rewolucyjny program wychodzenia z nałogu. Warszawa, Wydawnictwo Czarna Owca, 2011.
18. Miller W. R., Rollnick. S.: Wywiad motywujący - jak przygotować ludzi do zmiany. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2010.
19. Chodkiewicz J.: Motywacja do leczenia i utrzymania abstynencji a ukończenie terapii przez mężczyzn uzależnionych od alkoholu. Alkoholizm i Narkomania 2013; 26: 119-136.

20. Karaś J., Szpringer M., Karaś T.: Zmiana motywacji do osób uzależnionych od alkoholu w trakcie terapii odwykowej. Studia Medyczne, 2009; 16: 29-34.
21. Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej. Postawy Młodzieży wobec alkoholu. Warszawa, 2016.
22. Kacprzyk A.: Międzypokoleniowa transmisja alkoholizmu (na podstawie narracji „trzeźwiejących" alkoholików). Łódź, Uniwersytet Łódzki, 2011.
23. Brudek P., Krok D., Landwójtowicz P. (red.): Choroba alkoholowa, jako czynnik dysfunkcjonalności rodziny. Rodzina w nurcie współczesnych przemian. Opole, Wydawnictwo WTUO, 2010.
24. Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej. Postawy wobec alkoholu. Warszawa 2010.

# Problemy pielęgnacyjne pacjentów uzależnionych od alkoholu w percepcji pielęgniarki

**Beata Lachowicz[1], Grzegorz Bejda[2], Agnieszka Kułak-Bejda[3]**

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
3. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

## WPROWADZENIE

O zjawisku uzależnienia alkoholowego mówi się, gdy alkohol jest ważniejszy niż inne aspekty życia, zaczyna przejmować kontrolę nad życiem. Pielęgniarka w trakcie przeprowadzania wywiadu środowiskowego, często jako pierwsza, ma szansę rozpoznania, że rodzina jest dotknięta alkoholizmem, jest dysfunkcyjna. Od pielęgniarki środowiskowej wymagana jest wiedza, zaangażowanie i szczególny profesjonalizm w trakcie komunikacji z pacjentem. Pielęgniarka środowiskowa powinna objąć opieką nie tylko samego uzależnionego, ale i członków jego rodziny [1].

Pielęgniarka pracująca w oddziale odwykowym styka się z szeregiem problemów somatycznych, natury emocjonalnej oraz psychicznych [2].

Niezwykle istotną częścią opieki pielęgniarskiej są dzieci osób uzależnionych. Niestety to one w największym stopniu odczuwają niszczący wpływ alkoholu. W rodzinach dotkniętych chorobą alkoholową dzieci funkcjonują według trzech zasad [1]:

- nie ufać nikomu, a w szczególności rodzicom;
- nie dzielić się informacjami na temat sytuacji w domu;
- nie wypowiadać się źle o rodzicach, nie odczuwać ani uczuć negatywnych, ani pozytywnych.

Nadużywanie alkoholu inicjuje szereg problemów psychicznych, behawioralnych a także społecznych, które zależą od:

- ilości i częstości spożywanego alkoholu;
- umiejętności zapobiegania nałogowi;
- zespołu abstynencyjnego;

- wcześniejszych chorób i chorób poalkoholowych;
- chęci uczestnictwa w procesie terapii;
- indywidualnych cech; relacji interpersonalnych, wsparcia od najbliższych;
- sposobów terapii.

Działanie pielęgniarskie powinny być skoncentrowane na niwelacji szkód dla zdrowia, wywołanych spożywaniem nadmiernych ilości alkoholu, zmniejszanie deficytów biopsychospołecznych, naukę zmiany postaw w odniesieniu do choroby alkoholowej, terapii, stylu życia, a także osoby własnej [3].

Do najważniejszych problemów pielęgnacyjnych należą [3]:

- Niedobory żywieniowe, wodno – elektrolitowe oraz kasowo – zasadowe.

Powstają w wyniku zaniedbań w żywieniu, występowania biegunek i wymiotów, wzmożonej potliwości w przebiegu AZA.

- Występowanie zaburzeń rytmu serca, kardiomiopatii, podwyższonego tętna powyżej 100 uderzeń/minutę (tachykardii) oraz nadciśnienia tętniczego.

Problemy z sercem są wynikiem wpływu toksycznego alkoholu, charakterystyczne są dla zespołu odstawienia alkoholu. Niekiedy dolegliwości sercowe utrzymują się także w okresie niepicia.

- Hipoglikemia, cukrzyca i insulinooporność – skutek rozregulowanej gospodarki węglowodanowej.

Powstaje na skutek picia znacznych ilości alkoholu oraz nieprawidłowości w sposobie żywienia. Spożywanie alkoholu generuje występowaniem hipoglikemii (najczęściej z objawami głodu, lęku, napięcia emocjonalnego) lecz w następstwie problemów z trzustką oraz wątrobą, następuje wzrost poziomu glukozy we krwi.

- Problemy z zachowaniem i utrzymaniem równowagi, spadek napięcia mięśniowego za skutek ubytków neurologicznych (zaburzenia pracy móżdżku, polineuropatie), występowanie drżenia kończynowego, najczęściej w przebiegu AZA.

Problemy te są wynikiem nieprawidłowości w sposobie żywienia (za mała podaż witamin, szczególnie B1), toksycznego wpływu alkoholu na nerwy obwodowe i OUN oraz nadreaktywności OUN (drżenia mięśniowe).

- Występowanie napadów padaczkowych pierwotnych lub wtórnych, jako „efekt odbicia” na skutek zmniejszenia progu drgawkowego w przebiegu zespołu odstawienia alkoholu.

- Podwyższone stężenie lipidów we krwi alkoholika.

  Wzrost stężenia lipidów wywołane jest niewłaściwą dietą oraz hipercholesterolemią.
- Występowanie zmian skórnych.

Powstają one na skutek niewłaściwej podaży składników pokarmowych, a także w wyniku nadużywania alkoholu.

- Zaburzenia procesów poznawczych, procesów myślenia oraz spostrzegania.
- Poczucie dyskomfortu wywołane lękiem, czasami o charakterze panicznym.
- Przejawianie zachowań agresywnych (agresja fizyczna i/lub słowna) w odniesieniu do własnej osoby bądź innych ludzi czy też przedmiotów.
- Negatywny obraz siebie, postawa pesymistyczna, krytycyzm w stosunku do własnej osoby.
- Niedostateczne relacje społeczne, w wyniku stawiania alkoholu wyżej w hierarchii niż kontaktów społecznych.
- Niedostateczna motywacja do podjęcia terapii oraz efektywnej współpracy z zespołem terapeutycznym.
- Problemy ze snem w wyniku wpływu alkoholu na OUN, ZA, objawów psychotycznych czy sytuacji lękowych.
- Niepokój o utrzymanie trzeźwości.
- Zastępowanie alkoholu innymi psychoaktywnymi substancjami (lekami przeciwbólowymi lub uspokajającymi, mocną kawą i herbatą).
- Bierność życiowa, nieprzejawianie zainteresowania normalnymi życiowymi sytuacjami.
- Zmniejszenie lub utrata możliwości na uzyskanie wsparcia na skutek samotności (wzrost ryzyka bezdomności oraz zachowań samobójczych).

Alkoholizm to przewlekła, ciężka i postępująca choroba, która polega na fizycznym, a także psychicznym uzależnieniu od alkoholu, będąca problemem nie tylko chorego, ale i całej jego rodziny, przyczyniając się do wielokierunkowych negatywnych następstw. Jest problemem o największej szkodliwości dla społeczeństwa i najszerszym zasięgu na świecie. Szacuje się, że około 15% społeczeństwa polskiego nadużywa alkoholu, natomiast 2% jest uzależniona.

Pielęgniarka, jako często osoba pierwszego kontaktu z pacjentem, odgrywa naczelną rolę w profilaktyce oraz w leczeniu osób uzależnionych od alkoholu, a także w prowadzeniu działań edukacyjnych w odniesieniu do pacjenta i jego najbliższych. Aby prowadzić

skuteczne działania profilaktyczne, pielęgniarka posiadać powinna wiedzę z zakresu przyczyn oraz czynników ryzyka rozwoju choroby alkoholowej w różnych społeczeństwach, a także powinna wykazać się znajomością problemów pielęgnacyjnych pacjentów uzależnionych od alkoholu.

## CEL PRACY

Celem niniejszej pracy była:

- Identyfikacja najważniejszych problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych osób uzależnionych od alkoholu, w opinii pielęgniarek.
- Ocena wiedzy pielęgniarek o profilaktyce i leczeniu choroby alkoholowej.
- Ocena przygotowania pielęgniarek do sprawowania funkcji edukacyjnej osób uzależnionych od alkoholu w zależności od takich zmiennych, jak wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie oraz staż pracy w zawodzie.
- Ocena zależności pomiędzy wiedzą pielęgniarek, czy alkoholik może zostać całkowicie wyleczony z nałogu a wiekiem, miejscem zamieszkania, stanem cywilnym, posiadanym wykształceniem i stażem pracy w zawodzie pielęgniarki.

**Hipoteza** - Pielęgniarka jako członek zespołu terapeutycznego posiada niezbędną wiedzę na temat profilaktyki, leczenia oraz problemów pielęgnacyjnych pacjentów dotkniętych chorobą alkoholową.

**Spodziewane wyniki** - przeprowadzone badania umożliwiły poznanie ewentualnych deficytów wiedzy z zakresu profilaktyki, leczenia oraz problemów pielęgnacyjnych osób uzależnionych od alkoholu celem lepszego przygotowania do prowadzenia działań edukacyjnych wobec osób borykających się z alkoholizmem.

## MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badania przeprowadzono wśród 100 pielęgniarek pracujących w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Psychiatrycznym w Choroszczy, w okresie od września 2018 roku do stycznia 2019 roku.

W badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety.

Wśród pielęgniarek rozprowadzono łącznie 100 ankiet i otrzymano zwrotnie 100 ankiet. Pielęgniarki wypełniały je dobrowolnie i anonimowo, po wyrażeniu świadomej zgody.

Na badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Wyższej Szkole Medycznej w Białymstoku.

Ankieta składała się z 30 pytań. Pierwsza część zawierała 6 pytań dotyczących danych socjodemograficznych pielęgniarek (wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, posiadane wykształcenie, staż pracy w zawodzie oraz zajmowane stanowisko pracy). Druga część dotyczyła konkretnej wiedzy na temat uzależnienia od alkoholu.

## Metody statystyczne

W celu przeprowadzenia analizy statystycznej uzyskanych danych z ankiet, jak i celem określenia prawdopodobieństwa zależności w próbie i uogólnienia ich na całą grupę badaną, wykorzystano metodę opisu materiału badawczego, a także badania współzależności dla cech jakościowych i ilościowych.

Opis zebranych danych polegał na grupowaniu ich – cechy nominalne, z wyróżnieniem częstości ich występowania oraz wykonaniu statystyk opisowych (cechy mierzalne).

Wyniki zaprezentowano za pomocą rycin, tabel, struktury procentowej i liczbowej. Obliczenia przeprowadzono za pomocą programu Microsoft Excel 2007, ryciny opracowano w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Office Excel 2007.

W celu obliczenia istotności statystycznej posłużono się kalkulatorem chi – kwadrat. O istotności statystycznej badanej zależności świadczyło tzw. prawdopodobieństwo testowe (p). Przyjęto następujące reguły: gdy $p < 0,05$ – istotnie statystyczne zależności; $p < 0,01$ – wysoce istotne zależności; $p < 0,001$ - bardzo wysoko istotne statystycznie zależności.

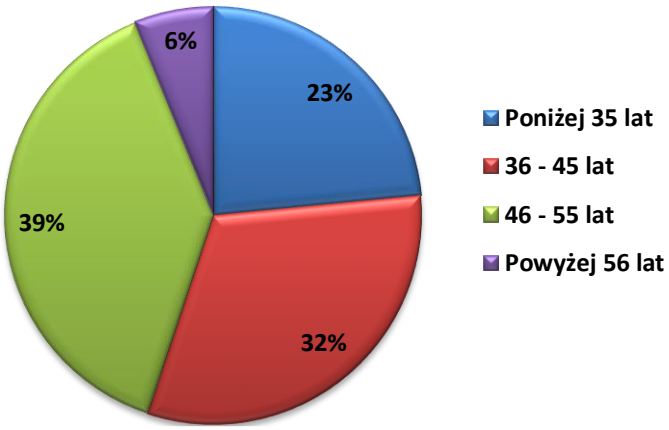
## WYNIKI BADAŃ

Na potrzeby niniejszych badań wiek badanych pielęgniarek został podzielony na cztery następujące grupy:

- Grupa I – poniżej 35. lat;
- Grupa II – 36 – 45 lat;
- Grupa III – 46 – 55 lat;
- Grupa IV – powyżej 56 lat.

Największy odsetek badanych (39%) stanowiły pielęgniarki będące w wieku 46 – 55 lat. Pielęgniarek w wieku 36 – 45 lat było 32%, a w wieku poniżej 35 lat – 23%. Najmniejszą grupę (6%) stanowiły najstarsze respondentki – będące w wieku powyżej 56. lat. Wyniki zobrazowano Ryciną 1.

Analizując dane zawarte w Tabeli I stwierdzono, że średnia wieku badanych wynosiła 43 lata± 9,08. Najmłodsza pielęgniarka miała 22 lata, natomiast najstarsza 63 lata. Pierwszy kwartyl dla wieku wynosił 38,5 a drugi kwartyl 45 lat. Wyniki zobrazowano Tabelą I.

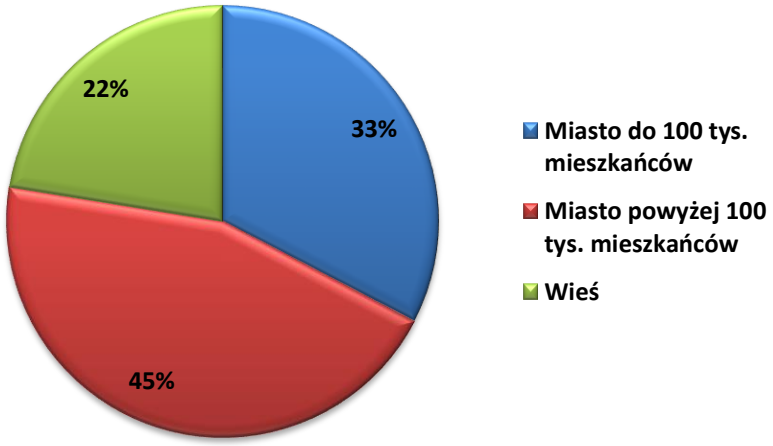



**Rycina 1. Wiek badanych**

**Tabela I. Szczegółowa analiza wieku badanych pielęgniarek**

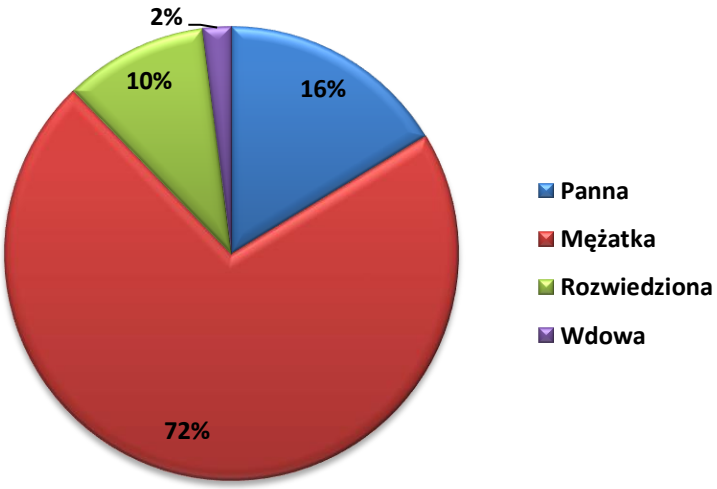
| | **Wiek** |
|---|---|
| **Średnia** | 43,01 |
| **Minimum** | 22 |
| **Maksimum** | 63 |
| **Odchylenie standardowe** | 9,89 |
| **Pierwszy kwartyl** | 38,5 |
| **Drugi kwartyl** | 45 |

Przeważający odsetek badanych (45%) zamieszkiwało duże miasta, powyżej 100 tys. mieszkańców. Mieszkańcy miast do 100 tys. stanowili 33%, a mieszkańcy wsi 22% badanej grupy. Opisywane informacje w sposób graficzny przedstawiono na Rycinie. 2.



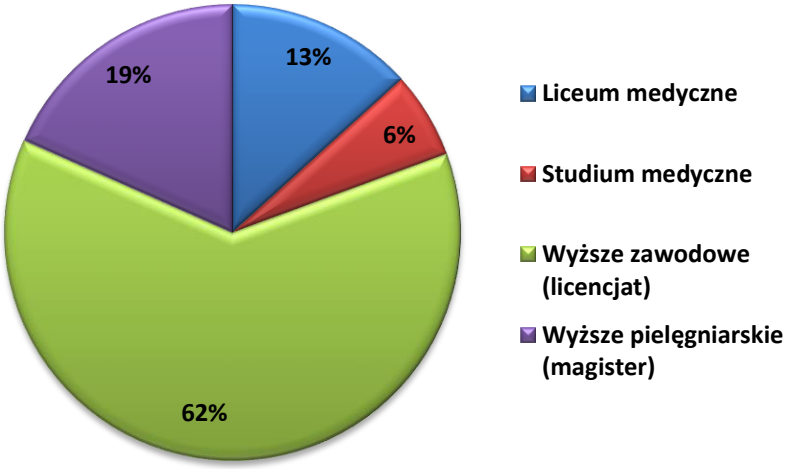

**Rycina 2. Miejsce zamieszkania**

Zdecydowaną większość badanych pielęgniarek (72%) stanowiły osoby zamężne. Panien było 16% (16. Osób). 10% ankietowanych to mężatki, a pozostałe 2% to wdowy. Powyższy opis zilustrowano na Rycinie 3.



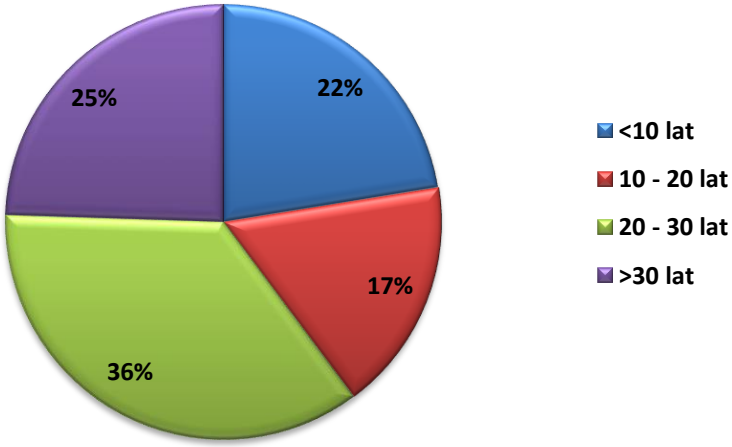

**Rycina 3. Stan cywilny**

Zdecydowana większość badanych, bo aż 62%, posiadało wykształcenie wyższe zawodowe (licencjat). 19% respondentek - wyższe pielęgniarskie (magister), 13% badanych ukończyło liceum medyczne, a 6% - studium medyczne. Opisywane informacje przedstawiono na Rycinie 4.



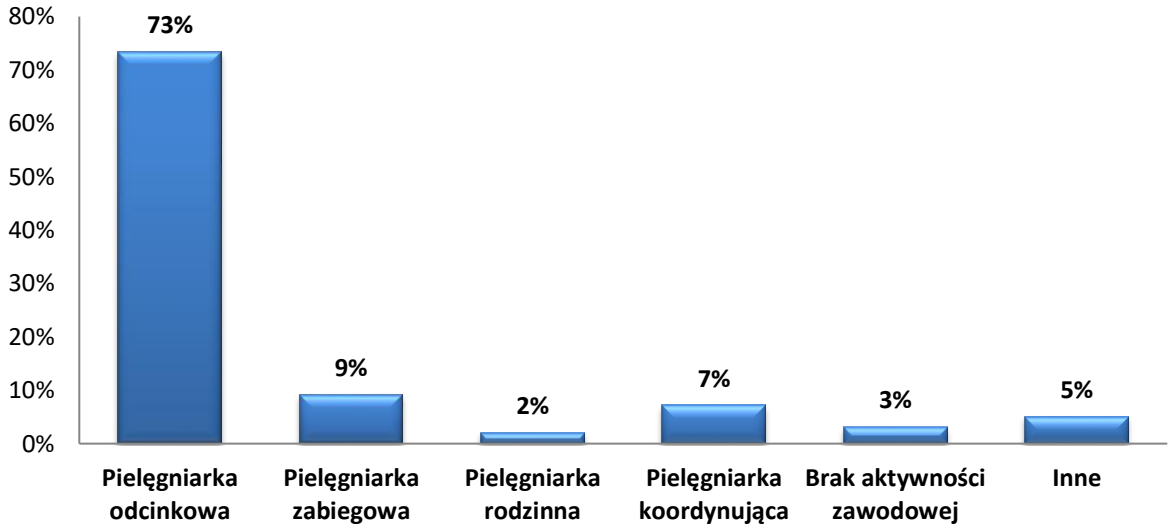

**Rycina 4. Wykształcenie**

Największy odsetek badanych (36%) pracowało w zawodzie 20–30 lat. Najdłuższy, ponad 30. letni staż pracy posiadało ¼ respondentek. Krócej niż 10. lat pracowało 22% pielęgniarek, a 17% od 10 do 20 lat w zawodzie. Powyższy opis zaprezentowano w sposób graficzny na Rycinie 5.




**Rycina 5. Staż pracy w zawodzie**

Największy odsetek pielęgniarek, bo aż 73%, pracowało na stanowisku pielęgniarki odcinkowej. 9% zajmowało stanowisko pielęgniarki zabiegowej, 7% było na stanowisku pielęgniarki koordynującej, a 2% pielęgniarki rodzinnej. 3% ankietowanych deklarowało brak aktywności zawodowej (Rycina 6).

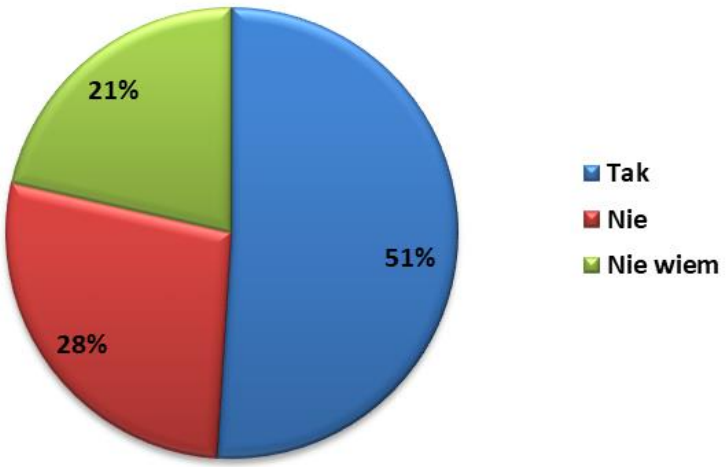



**Rycina 6. Zajmowane stanowisko**

Na podstawie uzyskanych wyników badań stwierdzono, że 5% badanych wybrało odpowiedź „inne" i wskazywały one następujące stanowiska pracy:

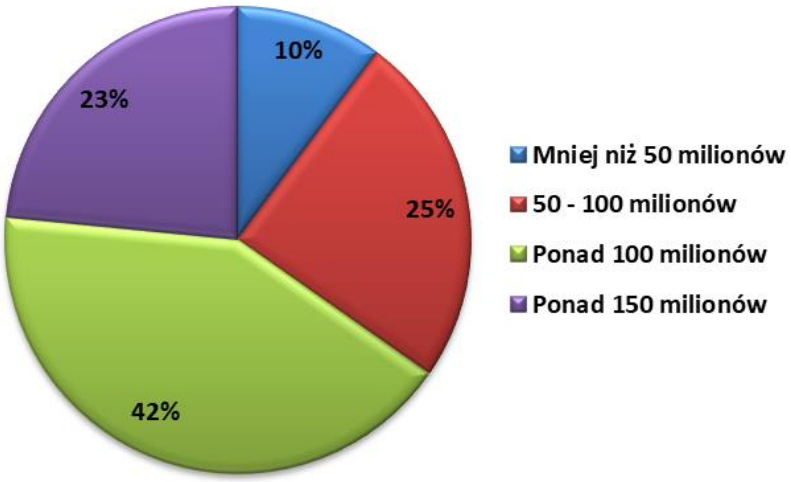
- pielęgniarka szczepienna – 2 respondentki;
- pielęgniarka anestezjologiczna – 2 respondentki;
- pielęgniarka w środowisku nauczania i wychowania – 1 respondentka.

Więcej niż połowa badanych pielęgniarek (51%) deklarowała, że zna narzędzia przesiewowe służące do oceny stylu picia alkoholu. 28% badanych nie posiadało takiej wiedzy, a 21% wybrało odpowiedz „nie wiem". Powyższe informacje ukazuje Rycina 7.



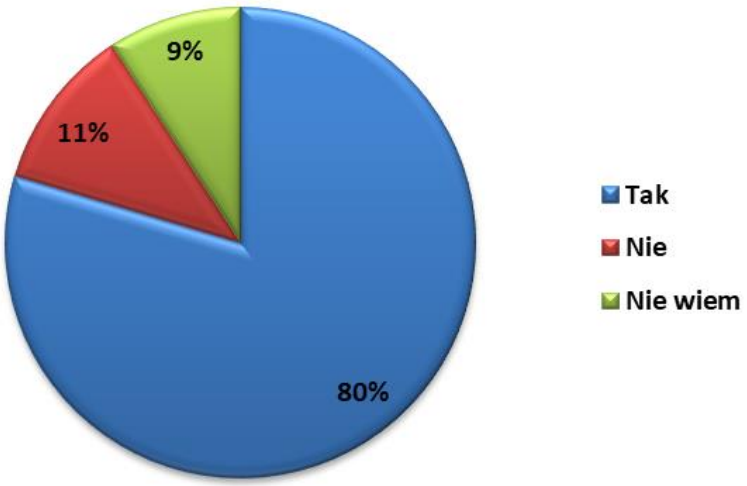

**Rycina 7. Znajomość narzędzi przesiewowych służących do oceny stylu picia alkoholu**

42% respondentek uznało, że według WHO, na świecie na alkoholizm cierpi ponad 100 milionów ludzi. ¼ ankietowanych stwierdziła, że jest to 50–100 milinów alkoholików, a 23% badanych wskazało odpowiedź „ponad 150 milionów". Zaledwie 10% badanych uznało, że na świecie jest mniej niż 50 milionów alkoholików. Powyższy opis ukazuje Rycina 8.




**Rycina 8. Odsetek osób na świecie, wg. WHO, cierpiących na alkoholizm**

Aż 80% respondentek deklarowało, że alkoholizm jest chorobą kliniczną. 11% badanych tak nie uważało, a 9% pielęgniarek stwierdziło, że nie posiada wiedzy na ten temat. Opisywane informacje przedstawia Rycina 9.




**Rycina 9. Alkoholizm jako choroba kliniczna**

Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru (istniała możliwość wybrania kilku wariantów odpowiedzi), tak więc uzyskane wartości procentowe nie sumują się do 100%.

Największa część badanych (60%) uznała, że do okoliczności przyczyniających się do nadmiernego spożycia alkoholu należy chęć poprawy nastroju. 46% pielęgniarek wskazało na sytuacje konfliktowe w środowisku pracy, 33% - czynnik genetyczny, 31% - uroczystości rodzinne, 27% - sytuacje konfliktowe w miejscu pracy, 19% - złe warunki finansowo – mieszkaniowe rodziny, a 16% uznało, że do nadmiernego spożycia alkoholu przyczyniają się pobyty w lokalach.

Powyższy opis przedstawiono na Rycinie 10.

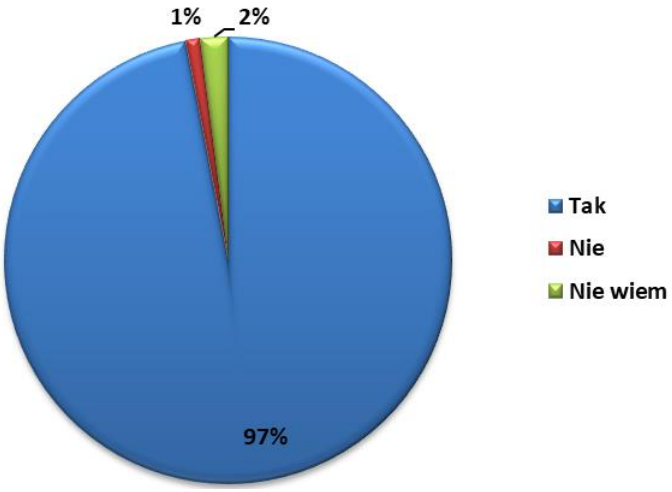



**Rycina 10. Okoliczności przyczyniające się do nadmiernego spożycia alkoholu**

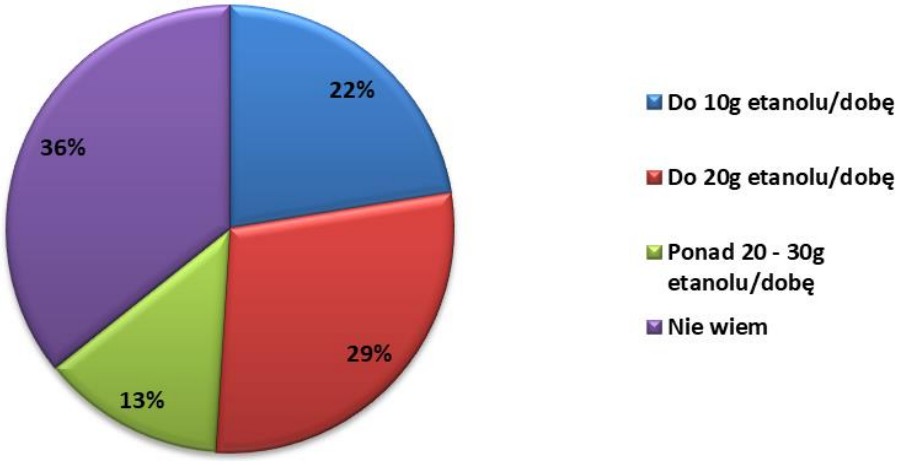
Aż 97% badanych uznała, że picie alkoholu przyczynia się do wystąpienia nadciśnienia tętniczego. Jedna osoba - że spożywany alkohol nie ma wpływu na wartości ciśnienia tętniczego, a 2% zadeklarowało, że nie posiada informacji na ten temat. Powyższy opis przedstawia Rycina 11.

Największy odsetek badanych pielęgniarek (36%) uznało, że nie zna progu spożycia alkoholu, po którym wzrasta ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego. 29% respondentek przyznało, że wzrost prawdopodobieństwa wystąpienia nadciśnienia tętniczego występuje po spożyciu do 20g etanolu/dobę, 22% - że „do 10g etanolu/dobę", a 13% stwierdziło, że ryzyko wzrasta po przekroczeniu progu ponad 20–30g etanolu/dobę.

Opisywane dane ukazuje Rycina 12.

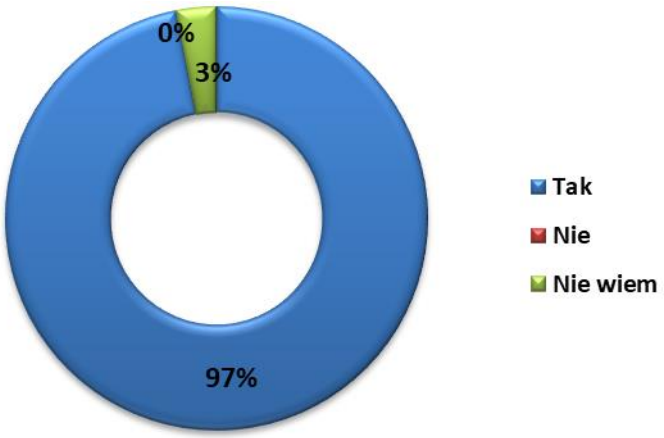



**Rycina 11. Wpływ picia alkoholu na występowanie nadciśnienia tętniczego**



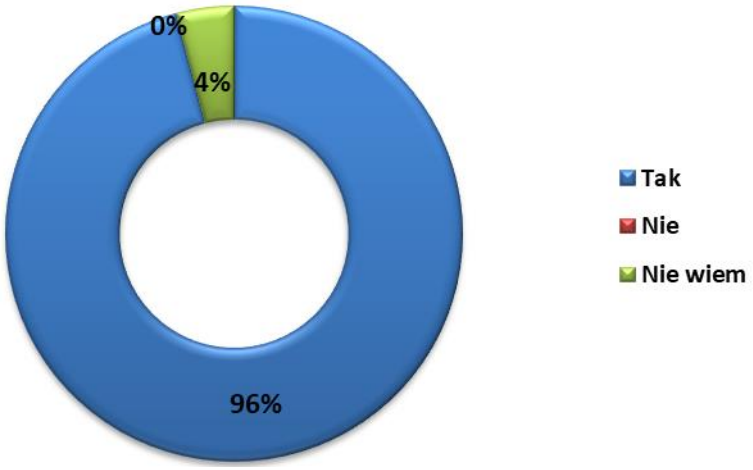

**Rycina 12. Próg spożycia alkoholu, po którym wzrasta prawdopodobieństwa wystąpienia nadciśnienia tętniczego**

Zdecydowana większość badanych (97%) uznała, że picie alkoholu powoduje wzrost ryzyka wystąpienia udaru mózgu. Pozostałe wyniki obrazuje Rycina 13.



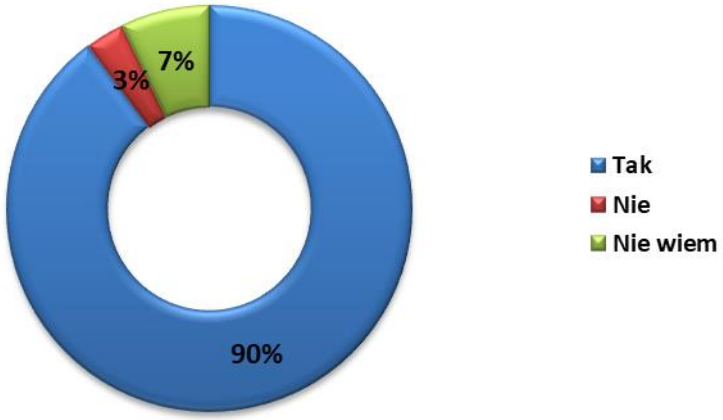

**Rycina 13. Wpływ picia alkoholu na wzrost ryzyka wystąpienia udaru mózgu**

Przeważający odsetek respondentek, bo aż 96%, uznało, że nadmierne spożycie alkoholu przyczynia się do powiększenia wątroby oraz wzrostu poziomu gamma-glutamylo-transferazy. Cztery pielęgniarki nie posiadały wiedzy na ten temat. Powyższy opis zobrazowano na Rycinie 14.



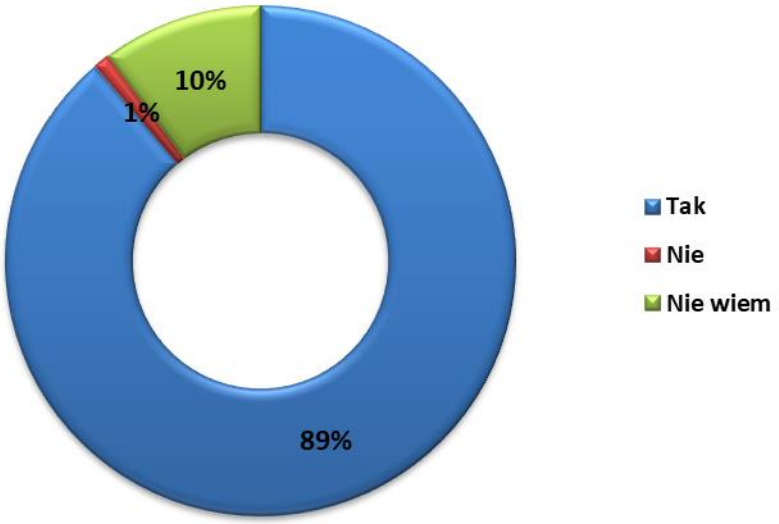

**Rycina 14. Wpływ nadmiernego spożycia alkoholu na powiększenie wątroby i zwiększenie poziomu gamma-glutamylo-tansferazy**

Aż 90% badanych przyznało, że nadmierne spożycie alkoholu powoduje wzrost ryzyka zachorowania na cukrzycę, a 3% - że nie ma wpływu. 7% respondentek miało problem z jednoznaczną deklaracją (Rycina 15).




**Rycina 15. Wpływ nadmiernego spożywania alkoholu na wzrost ryzyka zachorowania na cukrzycę**

89% respondentek przyznało, że nadmierne spożywanie alkoholu zwiększa ryzyko zachorowania na nowotwór, zaledwie 1% twierdziło odmiennie, a 10% nie posiadało informacji na ten temat (Ryc. 16).




**Rycina 16. Wpływ alkoholizmu na ryzyko zachorowania na nowotwór**

Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru – uzyskane wartości procentowe nie sumują się do 100%, a także półotwarty – istniała możliwość wpisania swojego wariantu odpowiedzi.

Największy odsetek ankietowanych (72%) wskazało nudności i wymioty, jako główne dolegliwości występujące po spożyciu alkoholu. 68% pielęgniarek - pogorszenie funkcji pamięci, 64% - bóle głowy, 59% - występowanie omamów wzrokowych i słuchowych, 49% - osłabienie organizmu, a 45% - osłabienie bądź utratę apetytu. Zaledwie dwie pielęgniarki wybrały odpowiedź „inne". Wskazały one na:

- zaburzenia równowagi – 1 respondentka;
- pogorszenie nastroju i zaburzenia emocjonalne – 1 pielęgniarka.

Opisywane informacje przedstawiono na Rycinie 17.

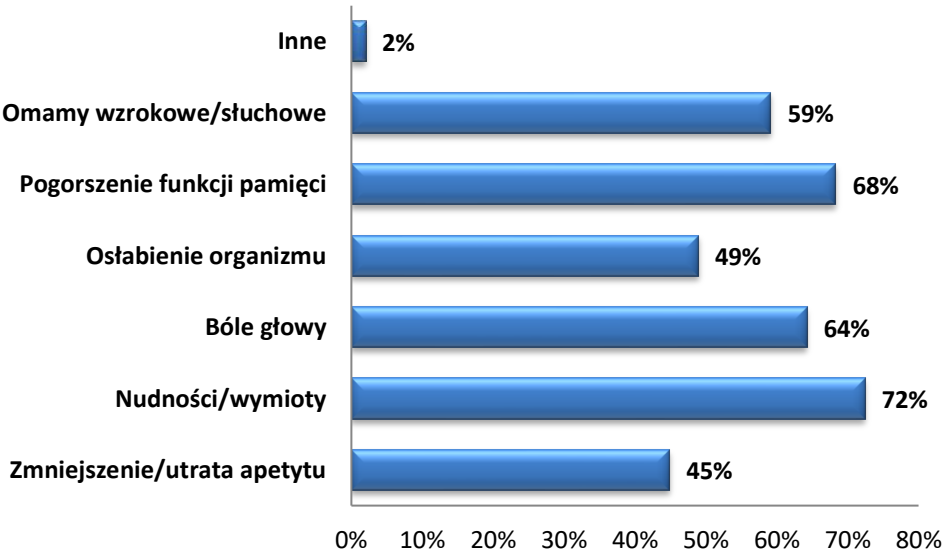
Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru (istniała możliwość wpisania kilku wariantów odpowiedzi), tak więc uzyskane wartości procentowe nie sumują się do 100%.

Przeważający odsetek badanych, jako główne problemy emocjonalne i psychiczne pacjentów uzależnionych od alkoholu, wskazało - drażliwość (76%), niestabilne nastroje (69%), występowanie stanów lękowych (56%) oraz utratę poczucia własnej wartości (53%). 40% respondentek za powyższe uznało niechęć do życia. Zbliżony odsetek ankietowanych wymieniło trudności w podejmowaniu decyzji (36%) oraz poczucie odrzucenia (35%). 28% badanych preferowało występowanie uczucia strachu, a 19% - „niechęć do rozmów z innymi". Opisywane dane przedstawiono na Ryc.18.

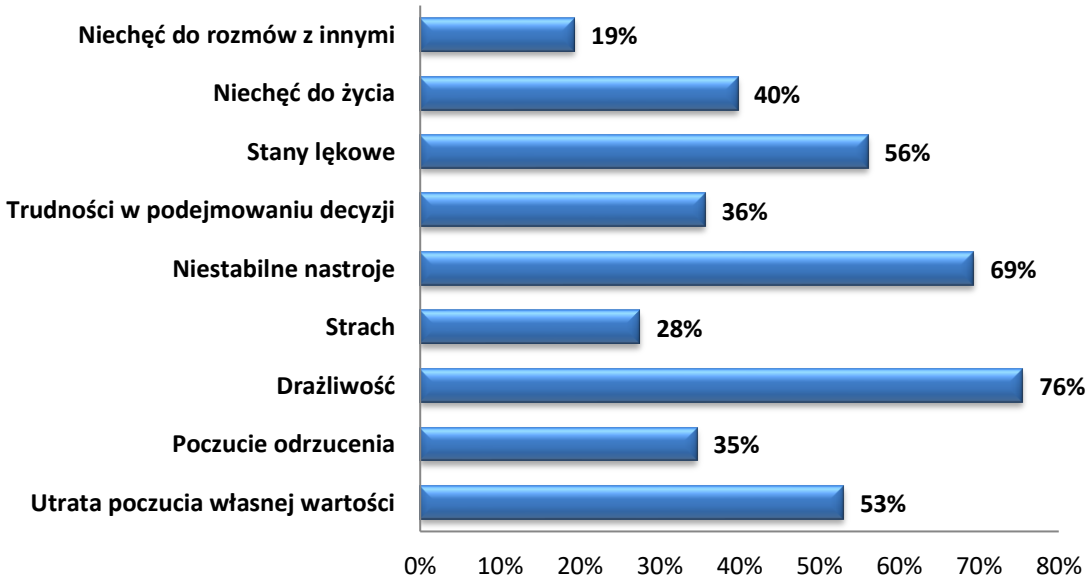
Przeważający odsetek badanych (53%), jako główny problem osób uzależnionych od alkoholu, wskazało na konflikty z rodziną. ¼ ankietowanych uznała brak pracy, a 18% -

kłopoty finansowe. Zaledwie 4% respondentek stwierdziło, że głównym problemem alkoholików był brak stałego miejsca zamieszkania. Powyższe informacje ukazuje Rycina 19.

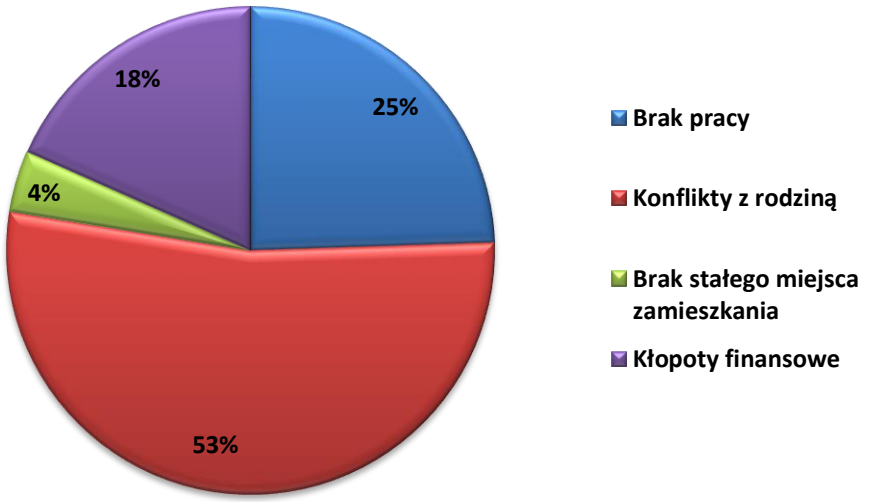
Zdecydowana większość respondentek stwierdziła, że dominującym problemem osób uzależnionych od alkoholu jest wytrwanie w trzeźwości. Zbliżony odsetek badanych wskazało na drażliwość i wybuchowość (10%), znalezienie pracy (7%) oraz na pogorszenie stanu zdrowia (6%). Trzy pielęgniarki wskazały na znalezienie własnego miejsca zamieszkania. Opisywane informacje przedstawia Rycina 20.



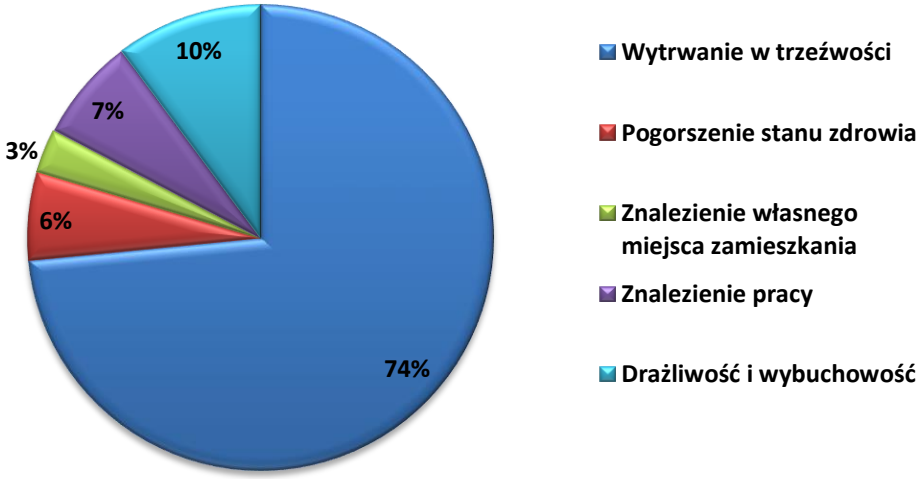

**Rycina 17. Dolegliwości występujące po spożyciu alkoholu**




**Rycina 18. Główne problemy emocjonalne i psychiczne pacjentów uzależnionych od alkoholu**




**Rycina 19. Główny problem, na jaki trafiają osoby uzależnione od alkoholu**



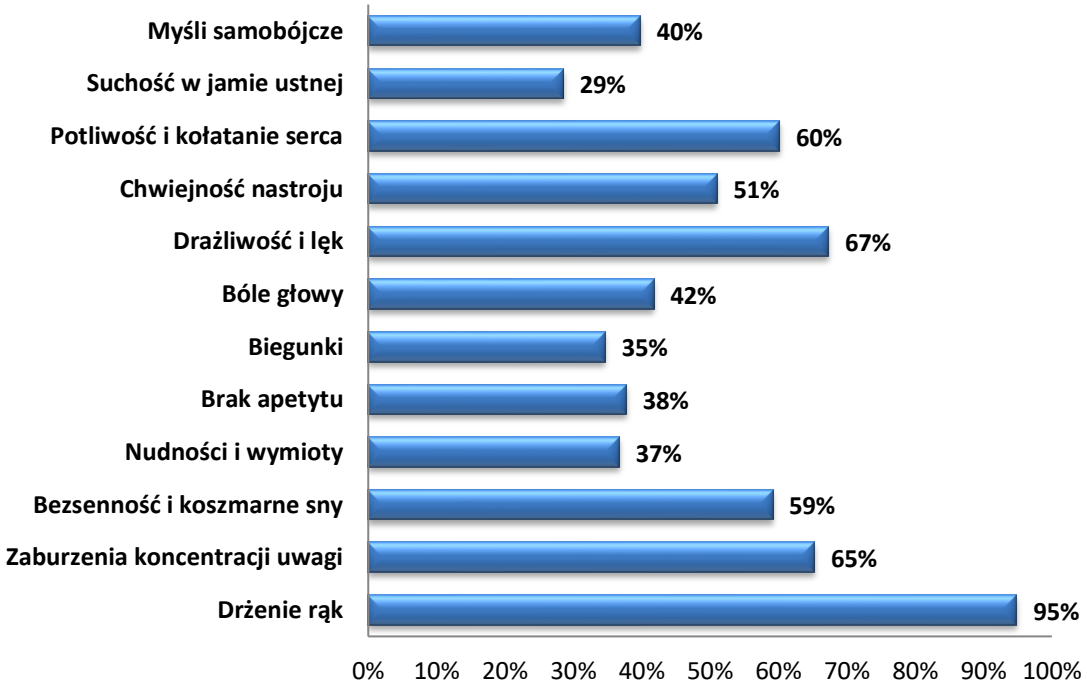

**Rycina 20. Dominujący problem osób uzależnionych od alkoholu**

W pytaniu tym respondentki miały możliwość wskazania kilku wariantów odpowiedzi, tak więc uzyskane wartości procentowe nie sumują się do 100%.

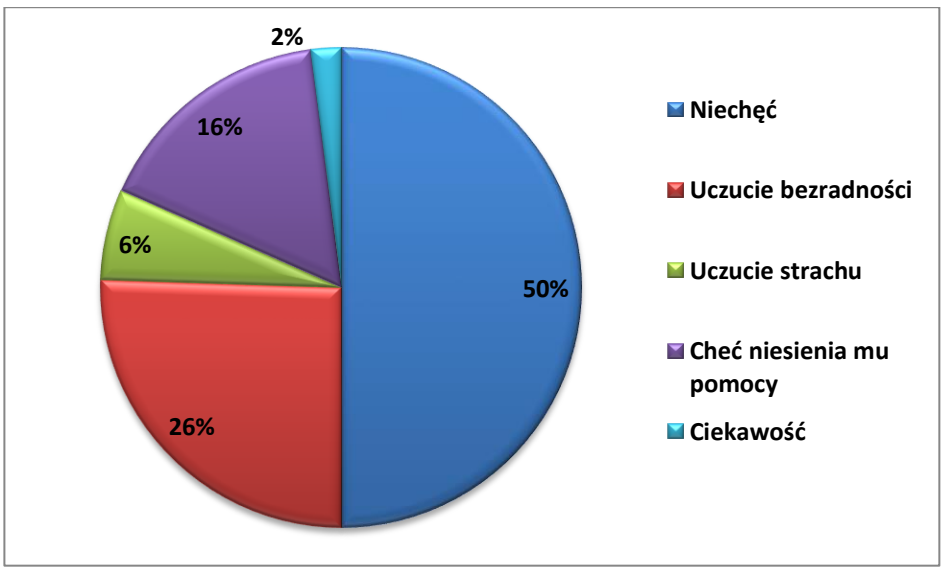
Zdecydowana większość badanych, bo aż 95%, jako główną dolegliwość występującą przy odstawieniu alkoholu, wskazało na drżenie rąk. Zbliżona część badanych wskazała na drażliwość i lęk (67%), zaburzenia koncentracji uwagi (65%), potliwość i kołatanie serca (60%) oraz bezsenność i koszmarne sny (59%). 42% ankietowanych wybrało odpowiedź „bóle głowy". 40% badanych wskazało na występowanie myśli samobójczych, 38% na brak apetytu, 37% na nudności i wymioty, 35% na biegunki, a najmniejszy odsetek badanych

(29%) - na występowanie uczucia suchości w jamie ustnej. Powyższy opis przedstawiono na Rycinie 21.

Połowa respondentek stwierdziła, że czuła niechęć w kontakcie z osobą nietrzeźwą. 26% badanych wskazała na uczucie bezradności, 16% odczuwało chęć niesienia pomocy osobie pod wpływem alkoholu, 6% towarzyszyło poczucie strachu, a ciekawość zaznaczyło 2% pielęgniarek. Powyższy opis przedstawia Rycina 22.



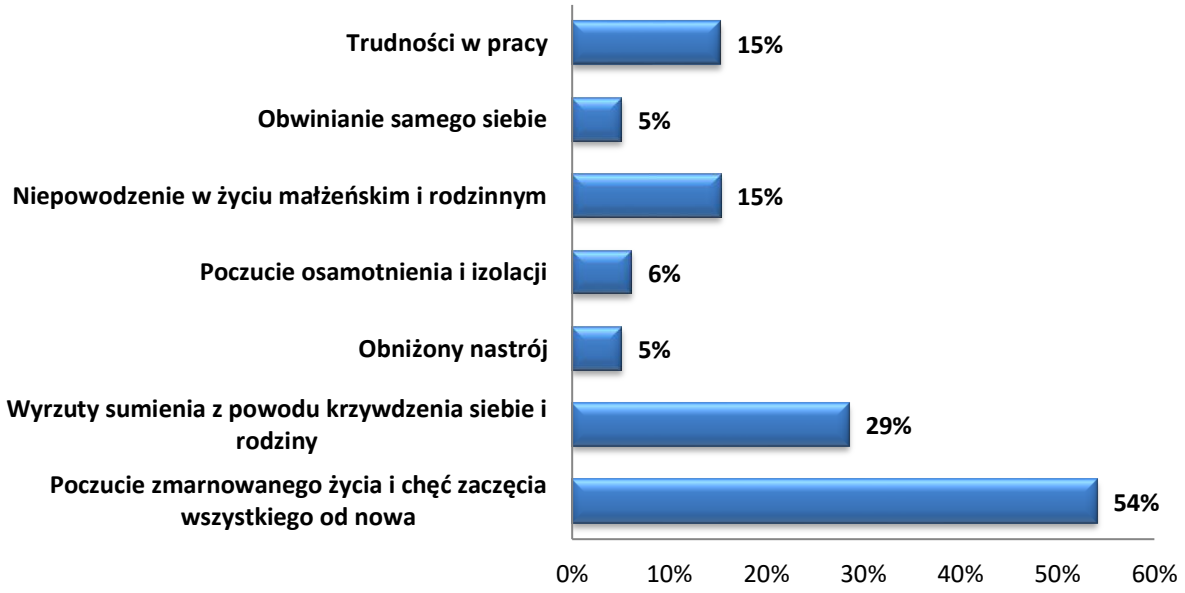

**Rycina 21. Dolegliwości występujące przy odstawieniu od alkoholu**




**Rycina 22. Emocje towarzyszące w kontakcie z osobą nietrzeźwą**

Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru, tak więc uzyskane wartości a do procentowe nie sumują się do 100%.

Głównym powodem podejmowania leczenia przez alkoholika, jaki wskazało 54% respondentek, było poczucie zmarnowanego życia i chęć zaczęcia wszystkiego od nowa. 29% badanych uznało, że alkoholika skłaniają do leczenia wyrzuty sumienia z powodu krzywdzenia siebie i rodziny, 15% - trudności w pracy oraz niepowodzenie w życiu małżeńskim i rodzinnym, 6% - poczucie osamotnienia i izolacji, a 5% - obwinianie samego siebie i obniżony nastrój. Rycina 23 przedstawia opisywane informacje.



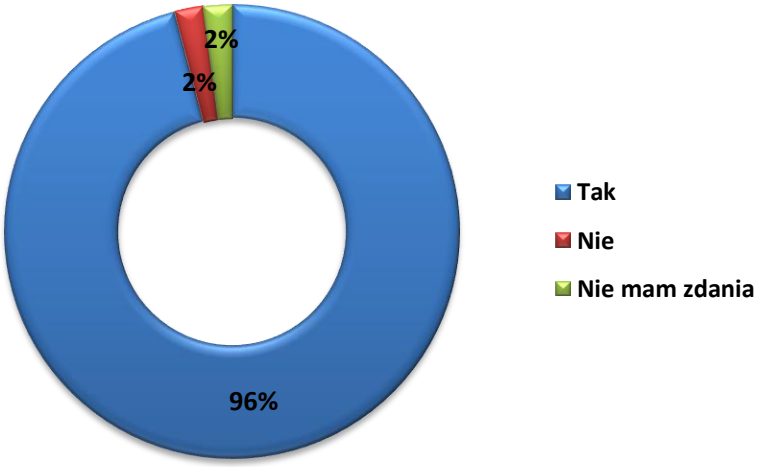

**Rycina 23. Powody, dla których alkoholik podejmuje leczenie**

Zdecydowana większość ankietowanych, bo aż 96% uznała, że konieczna jest popularyzacja wiedzy na temat wpływu alkoholu na zdrowie człowieka oraz profilaktyki i sposobów wykrywania problemów związanych z nadużywaniem alkoholu. 2% badanych stwierdziła, że nie ma konieczności popularyzacji takiej wiedzy, a kolejne 2% miało problem z jednoznaczną deklaracją. Opisywane informacje przedstawiono na Rycinie 24.

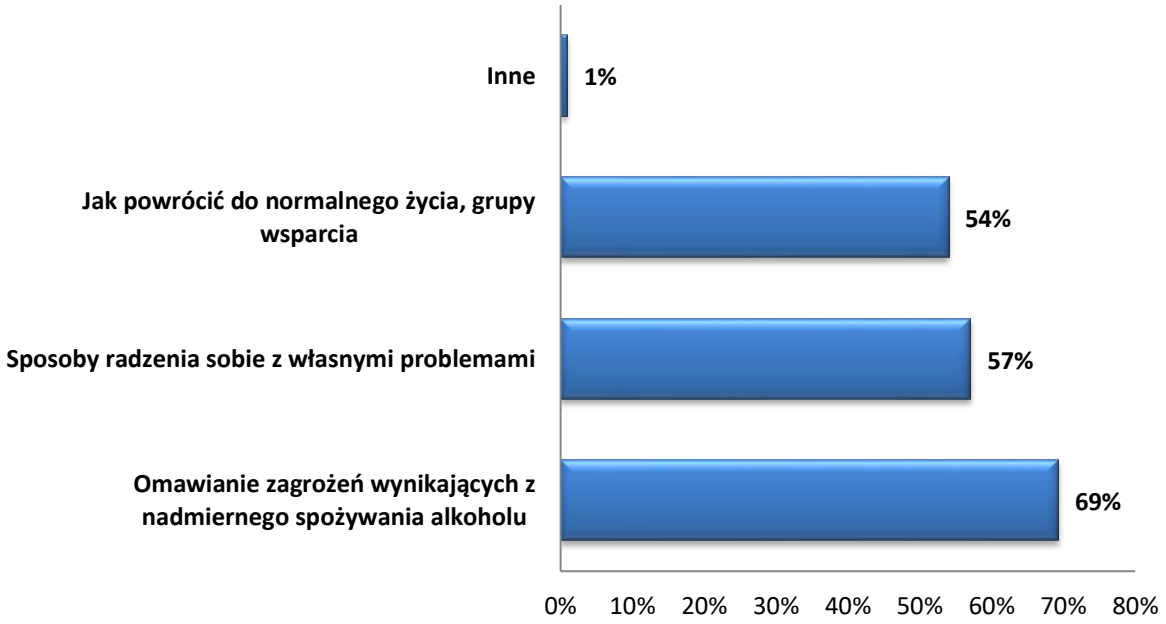
Badane pielęgniarki mogły wybrać kilka tematów edukacyjnych, tak więc uzyskane wartości procentowe nie sumują się do 100%.

Głównym tematem, jaki należy poruszyć w ramach edukacji osób uzależnionych od alkoholu, wskazanym przez 69% badanych pielęgniarek, było omawianie zagrożeń wynikających z nadmiernego spożywania alkoholu. 57% badanych preferowało sposoby radzenia sobie z własnymi problemami, a 54% - sposoby powrotu do normalnego życia,

grupy wsparcia. Jedna ankietowana wskazała inny temat edukacyjny, który brzmiał „jak odbudować więzi rodzinne". Powyższy opis zilustrowano na Rycinie 25.

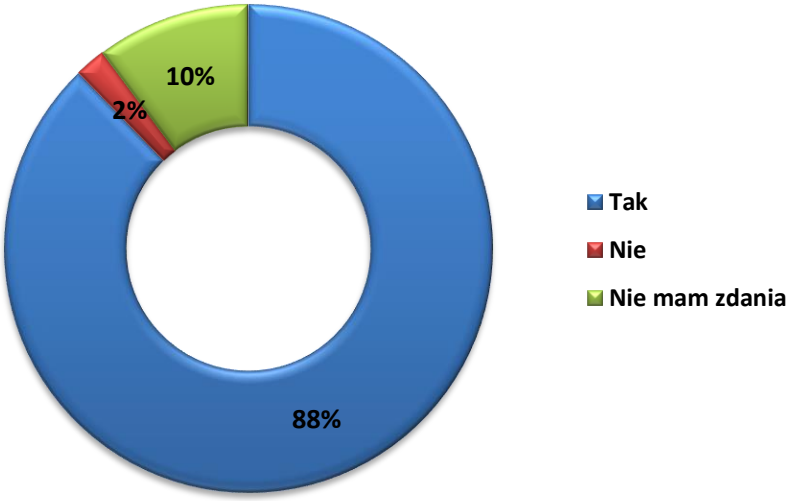



**Rycina 24. Konieczność popularyzacji wiedzy na temat wpływu alkoholu na zdrowie człowieka oraz profilaktyki i sposobów wykrywania problemów związanych z nadużywaniem alkoholu**



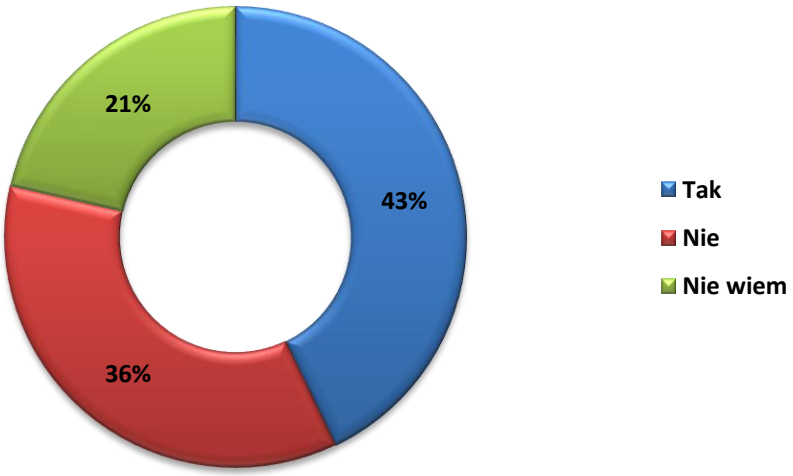

**Rycina 25. Tematy do poruszania w ramach edukacji osób uzależnionych od alkoholu**

88% badanych uznało, że odbudowa wartości duchowych, moralnych ma wpływ na leczenie pacjentów uzależnionych od alkoholu. 10% ankietowanych nie miało zdania na ten temat, a 2% stwierdziło, że takiej zależności nie ma. Powyższy opis ukazano na Rycinie 26.




**Rycina 26. Wpływ odbudowy wartości duchowych, moralnych na leczenie pacjentów uzależnionych od alkoholu**

43% pielęgniarek uznało, że pielęgniarki są dostatecznie przygotowane do prowadzenia działań edukacyjnych wobec osób uzależnionych od alkoholu, 36% - że nie są dobrze przygotowane, a 21% wybrało odpowiedź „nie wiem". Opisywane informacje przedstawiono na Rycinie 27.




**Rycina 27. Przygotowanie pielęgniarki do sprawowania funkcji edukacyjnej osób uzależnionych od alkoholu**

Na potrzeby niniejszych badań dokonano także szczegółowej oceny przygotowania pielęgniarek do sprawowania funkcji edukacyjnej osób uzależnionych od alkoholu w

zależności od wieku badanych, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, wykształcenia oraz stażu pracy w zawodzie pielęgniarki. Szczegółowe informacje zamieszczono w tabelach II – VI oraz na Rycinach 28 – 32.

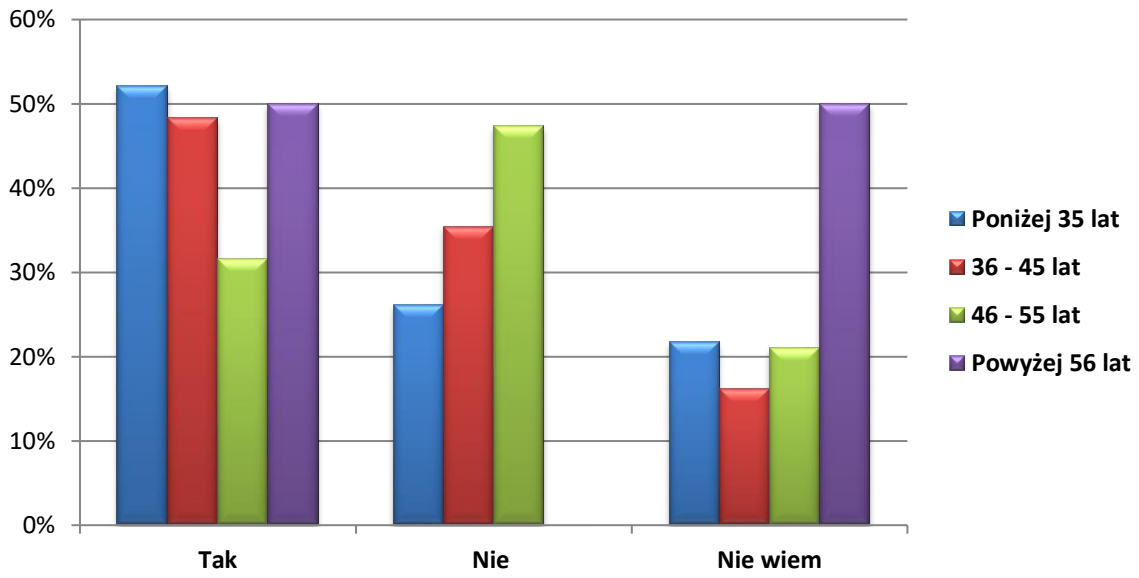
Analiza statystyczna zależności pomiędzy przygotowaniem pielęgniarki do edukacji osób uzależnionych od alkoholu a wiekiem badanych wykazała bardzo wysoko istotną statystycznie zależność, na poziomie p<0,001 (chi square=73,0692; p<0,00001), co obrazuje Tabela II.

Przeważający odsetek najmłodszych respondentek (52%), mających do 35. lat, 48% będących w wieku 36 – 45 lat oraz połowa najstarszych ankietowanych uznały, że pielęgniarki są dostatecznie przygotowane do prowadzenia edukacji osób uzależnionych od alkoholu. Również 32% badanych w wieku 46 – 55 lat stwierdziły, że pielęgniarki są dobrze przygotowane do edukacji.

Wraz z wiekiem wzrastał odsetek osób, które uznały, że pielęgniarki nie są dostatecznie przygotowane do sprawowania funkcji edukacyjnej. 35% badanych mających 36-45 lat i 47% badanych będących w wieku 46 – 55 lat uznało, że pielęgniarki nie są wystarczająco przygotowane do edukacji. Odpowiedź „nie wiem" wybrało 50% najstarszych respondentek, 22% najmłodszych, 21% w wieku 46 – 55 lat oraz 16% w wieku 36 – 45 lat. Opisywane zależności przedstawia Rycina 28.

**Tabela II. Zależność pomiędzy przygotowaniem pielęgniarki do edukacji osób uzależnionych od alkoholu a wiek badanych**

| **Wiek** | | **Przygotowanie pielęgniarki do edukacji osób uzależnionych od alkoholu** | | | Razem |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Tak | Nie | Nie wiem | |
| **Poniżej 35 lat** | N | 12 | 6 | 5 | 23 |
| | % | 52% | 26% | 22% | 100% |
| **36 - 45 lat** | N | 15 | 11 | 5 | 31 |
| | % | 48% | 35% | 16% | 100% |
| **46 - 55 lat** | N | 12 | 18 | 8 | 38 |
| | % | 32% | 47% | 21% | 100% |
| **Powyżej 56 lat** | N | 3 | 0 | 3 | 6 |
| | % | 50% | 0% | 50% | 100% |
| **Chi square** | | 73,0692 | | | |
| **P** | | <0,00001 | | | |




**Rycina 28. Zależność pomiędzy przygotowaniem pielęgniarki do edukacji osób uzależnionych od alkoholu a wiek badanych**

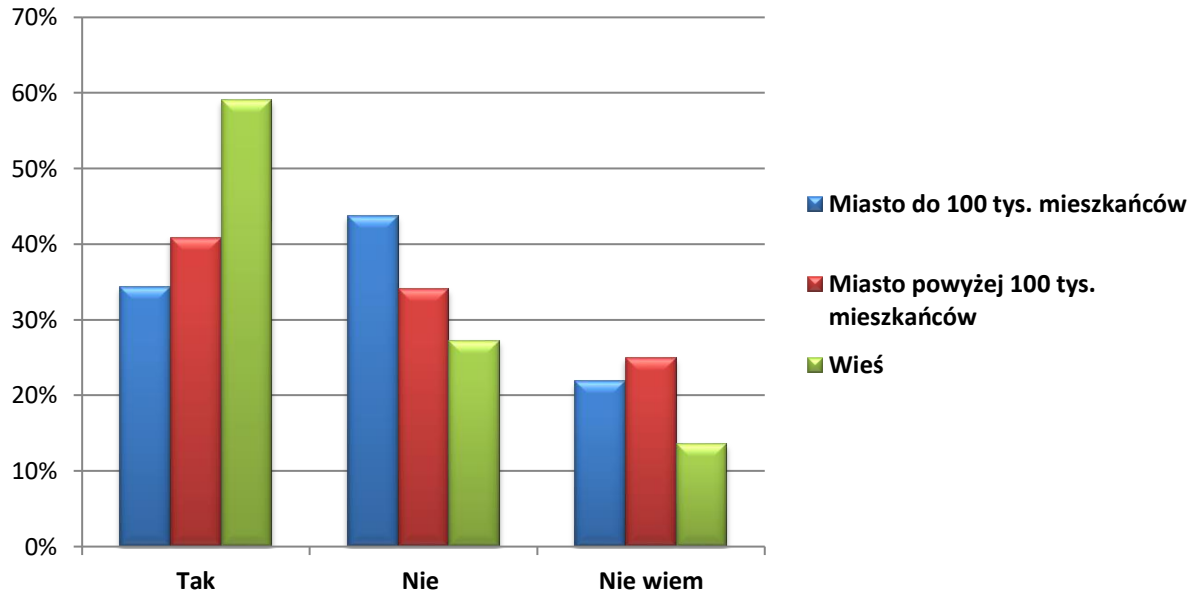
Analiza statystyczna zależności pomiędzy przygotowaniem pielęgniarki do edukacji osób uzależnionych od alkoholu a miejscem zamieszkania była wysoko istotna ze statystycznego punktu widzenia, p<0,01 (chi square 14,795; p=0,005136) - Tabela III.

**Tabela III. Zależność pomiędzy przygotowaniem pielęgniarki do edukacji osób uzależnionych od alkoholu a miejsce zamieszkania badanych**

| **Miejsce zamieszkania** | | **Przygotowanie pielęgniarki do edukacji osób uzależnionych od alkoholu** | | | Razem |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Tak | Nie | Nie wiem | |
| **Miasto do 100 tys. mieszkańców** | N | 11 | 14 | 7 | 32 |
| | % | 34% | 44% | 22% | 100% |
| **Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców** | N | 18 | 15 | 11 | 44 |
| | % | 41% | 34% | 25% | 100% |
| **Wieś** | N | 13 | 6 | 3 | 22 |
| | % | 59% | 27% | 14% | 100% |
| **Chi square** | | 14,795 | | | |
| **P** | | 0,005136 | | | |

Aż 59% respondentek mieszkających na wsi, 41% zamieszkujących miasta powyżej 100 tys. mieszkańców oraz 34% zamieszkujących mniejsze miasta uznało, że pielęgniarki są dostatecznie przygotowane do prowadzenia działań edukacyjnych. 44% ankietowanych zamieszkujących w miastach do 100 tys. mieszkańców oraz 34% zamieszkujących większe

miasta stwierdziło, że pielęgniarki nie są odpowiednio przygotowane. Odpowiedź „nie wiem" wybrało 25% mieszkańców większych miast, 22% mieszkańców miast mniejszych, a także 14% mieszkańców wsi. Opisywane informacje zostały zobrazowane na Rycinie 29.




**Rycina 29. Zależność pomiędzy przygotowaniem pielęgniarki do edukacji osób uzależnionych od alkoholu a miejsce zamieszkania badanych**

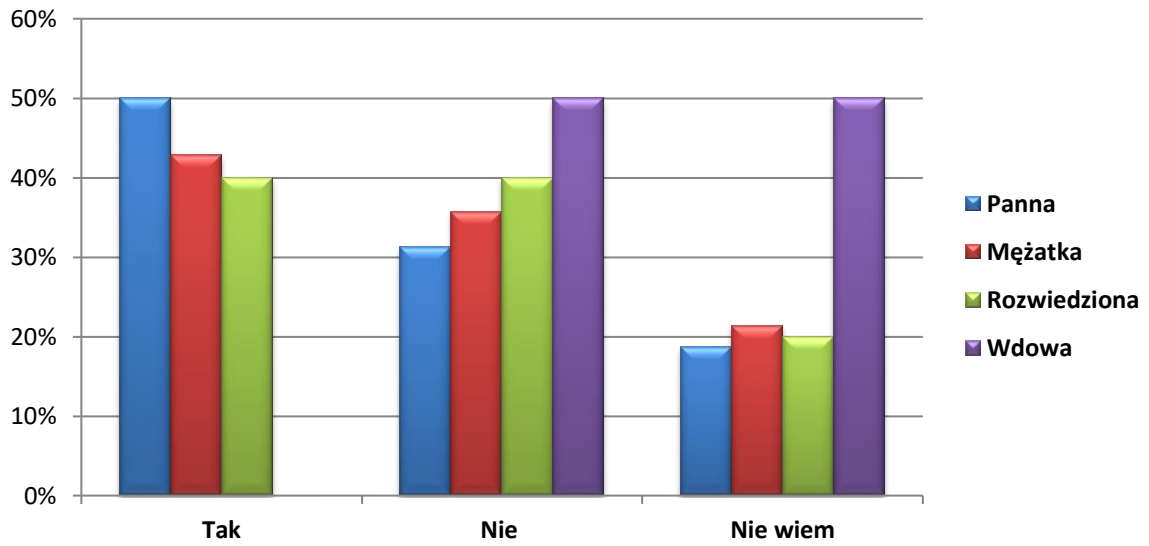
Zależności pomiędzy przygotowaniem pielęgniarki do edukacji osób uzależnionych od alkoholu a stanem cywilnym badanych była wysoka istotna statystycznie $p<0,001$ (chi square=72,8425; $p<0,00001$) – wyniki obrazuje Tabela IV.

Połowa pielęgniarek będących pannami, 43% mężatek oraz 40% rozwiedzionych respondentek stwierdziło, że pielęgniarki są dostatecznie przygotowane do prowadzenia działań edukacyjnych wobec osób borykających się z problemem alkoholowym. Także 40% rozwiedzionych ankietowanych stwierdziło, że pielęgniarki nie są dobrze przygotowane. 50% wdów deklarowało, że pielęgniarki nie są dostatecznie przygotowane. Zbliżony odsetek panien, mężatek i osób rozwiedzionych (odpowiednio 19%, 21% i 20%) wybrało odpowiedź „nie wiem". Odpowiedź „nie wiem" wybrało także 50% wdów. Opisywane zależności zilustrowano na Rycinie 30.

Analiza statystyczna zależności pomiędzy przygotowaniem pielęgniarki do prowadzenia edukacji osób uzależnionych od alkoholu a wykształceniem badanych była wysoko istotna statystycznie, $p<0,001$ (chi square=32,4292; $p=0,000013$) - wyniki obrazuje Tabela V.

**Tabela IV. Zależność pomiędzy przygotowaniem pielęgniarki do edukacji osób uzależnionych od alkoholu a stan cywilny badanych**

| Stan cywilny | | Przygotowanie pielęgniarki do edukacji osób uzależnionych od alkoholu | | | Razem |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Tak | Nie | Nie wiem | |
| **Panna** | N | 8 | 5 | 3 | 16 |
| | % | 50% | 31% | 19% | 100% |
| **Mężatka** | N | 30 | 25 | 15 | 70 |
| | % | 43% | 36% | 21% | 100% |
| **Rozwiedziona** | N | 4 | 4 | 2 | 10 |
| | % | 40% | 40% | 20% | 100% |
| **Wdowa** | N | 0 | 1 | 1 | 2 |
| | % | 0% | 50% | 50% | 100% |
| **Chi square** | | 72,8425 | | | |
| **P** | | <0,00001 | | | |



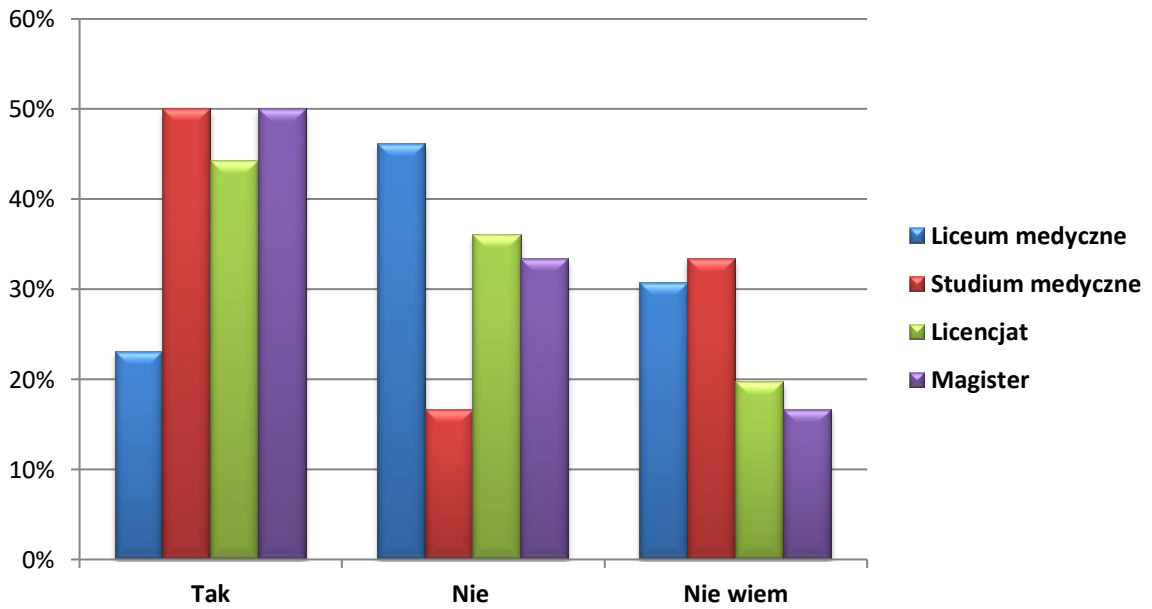

**Rycina 30. Zależność pomiędzy przygotowaniem pielęgniarki do edukacji osób uzależnionych od alkoholu a stan cywilny badanych**

Połowa respondentek posiadających wykształcenie wyższe oraz po studium medycznym uznało, że pielęgniarki są dostatecznie przygotowane do prowadzenia edukacji osób uzależnionych od alkoholu. Również 44% respondentek z wykształceniem licencjackim stwierdziło, że pielęgniarki są przygotowane do prowadzenia edukacji. O tym, że pielęgniarki nie są odpowiednio przygotowane przekonanych było 46% posiadających liceum medyczne, 36% z wykształceniem licencjackim oraz 33% z wykształceniem magisterskim. Problem z jednoznaczną odpowiedzią miało 33% badanych po studium medycznym, 31% po liceum

medycznym, 20% posiadających licencjat oraz 17% z wykształceniem magisterskim (Rycina 31).

**Tabela V. Zależność pomiędzy przygotowaniem pielęgniarki do edukacji osób uzależnionych od alkoholu a wykształcenie badanych**

| Wykształcenie | | Przygotowanie pielęgniarki do edukacji osób uzależnionych od alkoholu | | | Razem |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Tak | Nie | Nie wiem | |
| Liceum medyczne | N | 3 | 6 | 4 | 13 |
| | % | 23% | 46% | 31% | 100% |
| Studium medyczne | N | 3 | 1 | 2 | 6 |
| | % | 50% | 17% | 33% | 100% |
| Licencjat | N | 27 | 22 | 12 | 61 |
| | % | 44% | 36% | 20% | 100% |
| Magister | N | 9 | 6 | 3 | 18 |
| | % | 50% | 33% | 17% | 100% |
| Chi square | | 32,4292 | | | |
| P | | 0,000013 | | | |




**Rycina 31. Zależność pomiędzy przygotowaniem pielęgniarki do edukacji osób uzależnionych od alkoholu a wykształcenie badanych**

Zależność pomiędzy przygotowaniem pielęgniarki do prowadzenia działań edukacyjnych osób uzależnionych od alkoholu a stażem pracy respondentek była istotna ze statystycznego punktu widzenia p<0,05 (chi square=13,1526; p=0,014675) - wyniki obrazuje Tabela VI.

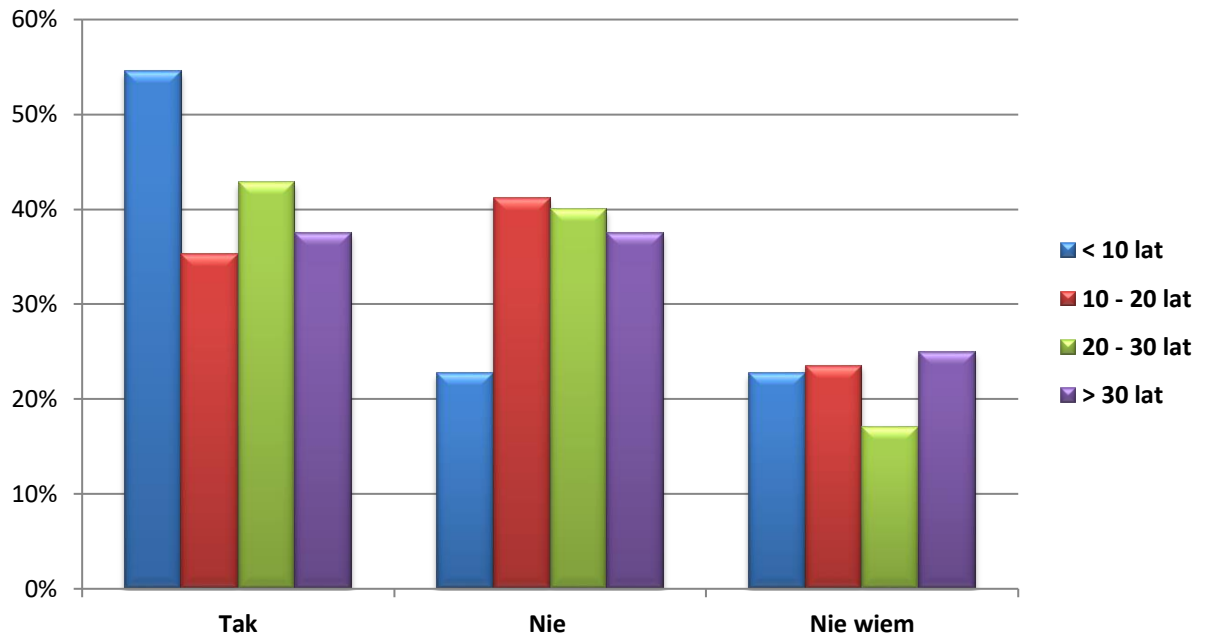
**Tabela VI. Zależność pomiędzy przygotowaniem pielęgniarki do edukacji osób uzależnionych od alkoholu a staż pracy w zawodzie**

| Staż pracy w zawodzie | | Przygotowanie pielęgniarki do edukacji osób uzależnionych od alkoholu | | | Razem |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Tak | Nie | Nie wiem | |
| < 10 lat | N | 12 | 5 | 5 | 22 |
| | % | 55% | 23% | 23% | 100% |
| 10 - 20 lat | N | 6 | 7 | 4 | 17 |
| | % | 35% | 41% | 24% | 100% |
| 20 - 30 lat | N | 15 | 14 | 6 | 35 |
| | % | 43% | 40% | 17% | 100% |
| > 30 lat | N | 9 | 9 | 6 | 24 |
| | % | 38% | 38% | 25% | 100% |
| Chi square | | 13,1526 | | | |
| P | | 0,014675 | | | |

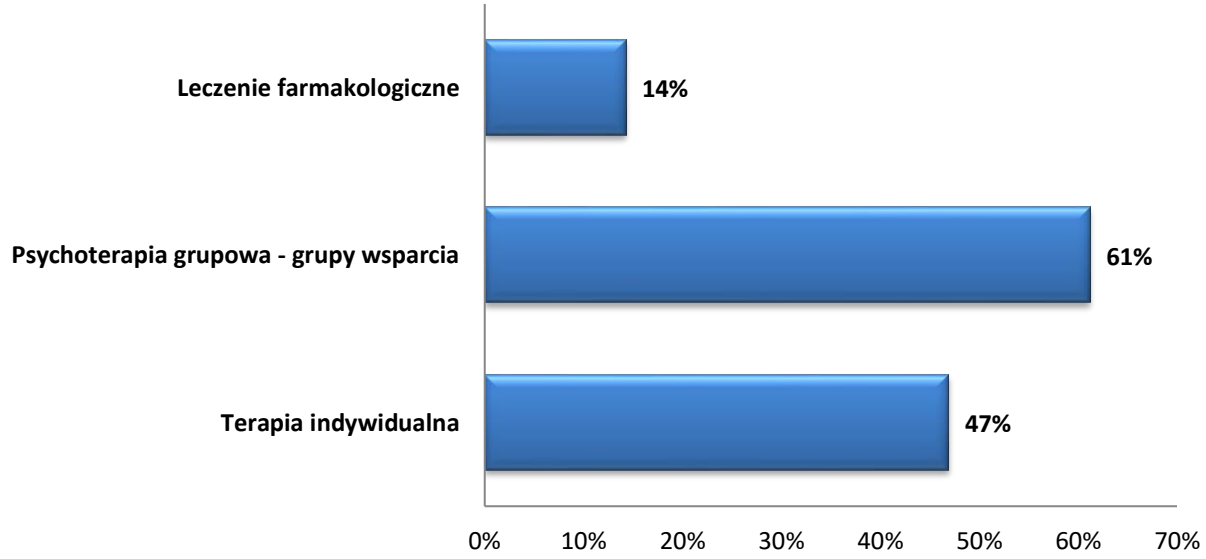
Aż 55% badanych o najkrótszym stażu pracy uznało że pielęgniarki są dostatecznie przygotowane do edukacji; 43% ankietowanych pracujących w zawodzie 20–30 lat, 38% pracujących dłużej niż 30. lat oraz 35% o stażu pracy 10–20 lat - że są dobrze przygotowane; 41% pracujących w zawodzie 10–20 lat, 40% pracujących 20-30 lat oraz 38% pracujących dłużej niż 30. lat - że nie posiadają odpowiedniego przygotowania do edukacji. Po 23% o najkrótszym stażu stwierdziło, że nie są dobrze przygotowane lub wybrało odpowiedź „nie wiem" (Rycina. 32).

Pytanie to miało charakter wielokrotnego wyboru (wartości procentowe nie sumują się do 100%).

61% badanych, jako najskuteczniejszy sposób leczenia osób uzależnionych od alkoholu wskazało psychoterapię grupową–grupy wsparcia. 47% pielęgniarek - terapię indywidualną, a 14%- leczenie farmakologiczne (Rycina 33).

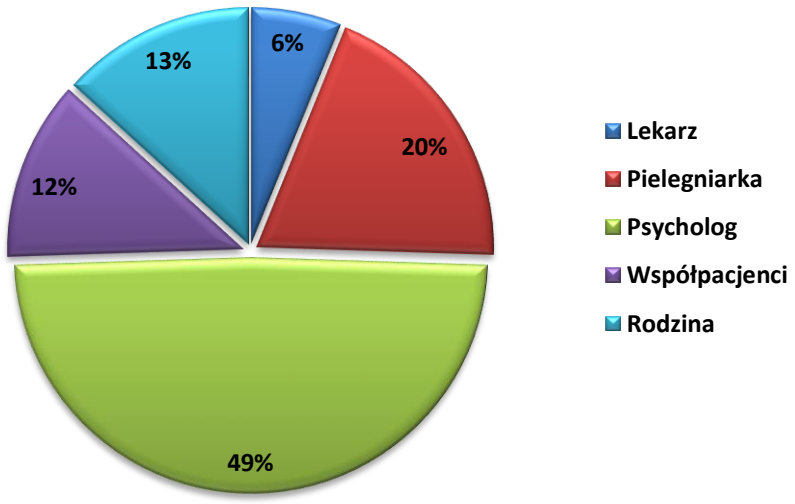



**Rycina 32.Zależność pomiędzy przygotowaniem pielęgniarki do edukacji osób uzależnionych od alkoholu a staż pracy w zawodzie**



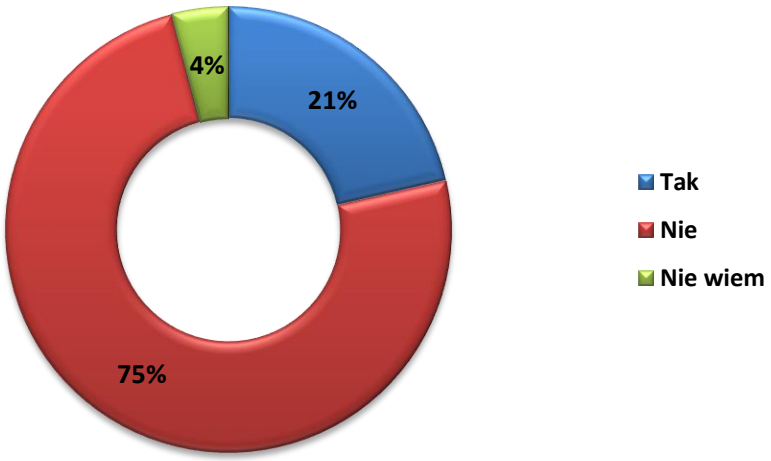

**Rycina 33. Najskuteczniejszy sposób leczenia osób uzależnionych od alkoholu**

Zdecydowana większość badanych (49%) wskazała psychologa jako osobę, od której alkoholik może uzyskać największe wsparcie na oddziale leczenia uzależnień. 20% ankietowanych widziała w tej roli pielęgniarkę, 13% - rodzinę, a 12% - współpacjentów. Zaledwie 6% badanych wskazało lekarza. Powyższe dane ilustruje Rycina 34.




**Rycina 34. Osoba, na oddziale leczenia uzależnień, od której alkoholik może uzyskać największe wsparcie**

¾ ankietowanych deklarowało, że alkoholik nie może zostać całkowicie wyleczony z nałogu. 21% badanych uznało, że jest to możliwe, a 4% badanych nie posiadało informacji na ten temat. Powyższe dane zobrazowano na Rycinie 35.




**Rycina 35. Całkowite wyleczenie z nałogu**

Dokonano oceny wiedzy pielęgniarek na temat, czy alkoholik może zostać całkowicie wyleczony z nałogu w zależności od wieku, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, wykształcenia oraz stażu pracy w zawodzie respondentek. Szczegółowe informacje zamieszczono w tabelach VII – XI oraz na rycinach 36 – 40.

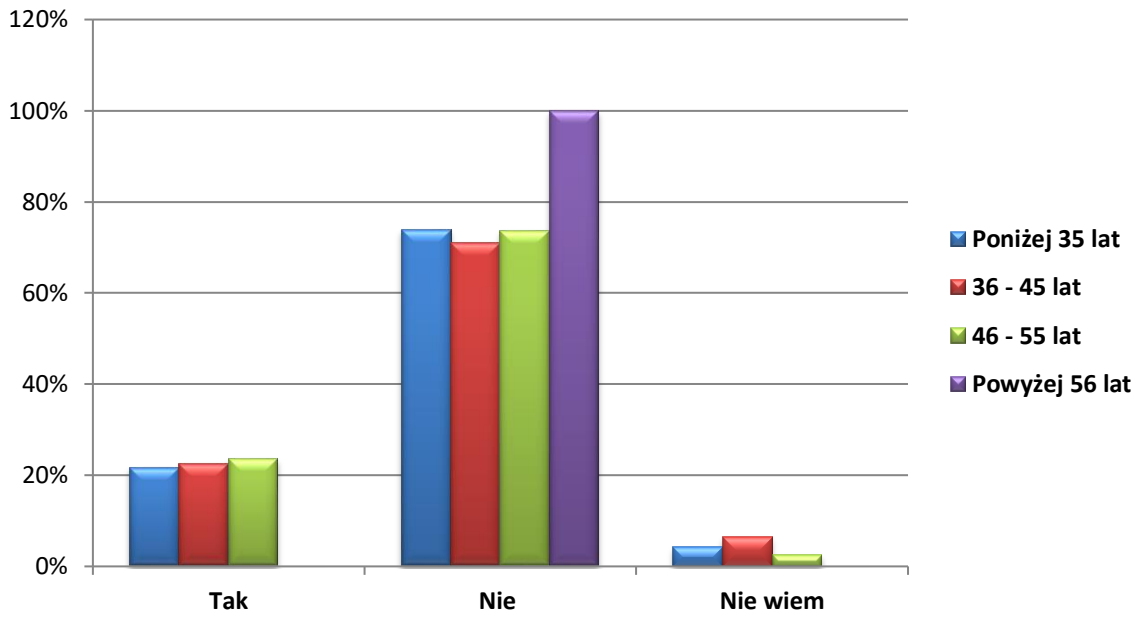
Analiza statystyczna zależności pomiędzy wiedzą pielęgniarek, czy alkoholik może zostać wyleczony całkowicie z nałogu a wiekiem badanych wykazała bardzo wysoką istotność statystyczną p<0,001 (chi square=30,6028; p=0,00003) – wyniki obrazuje Tabela VII.

**Tabela VII. Zależność pomiędzy wiedzą pielęgniarek, czy alkoholik może zostać całkowicie wyleczony z nałogu a wiek badanych**

| Wiek pielęgniarek | | Czy alkoholik może zostać wyleczony całkowicie z nałogu? | | | Razem |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Tak | Nie | Nie wiem | |
| Poniżej 35 lat | N | 5 | 17 | 1 | 23 |
| | % | 22% | 74% | 4% | 100% |
| 36 - 45 lat | N | 7 | 22 | 2 | 31 |
| | % | 23% | 71% | 6% | 100% |
| 46 - 55 lat | N | 9 | 28 | 1 | 38 |
| | % | 24% | 74% | 3% | 100% |
| Powyżej 56 lat | N | 0 | 6 | 0 | 6 |
| | % | 0% | 100% | 0% | 100% |
| Chi square | | 30,6028 | | | |
| P | | 0,00003 | | | |

Zbliżony odsetek badanych w wieku poniżej 35 lat, 36–45 lat oraz 46–55 lat uznało, że alkoholik może zostać całkowicie wyleczony z nałogu (odpowiednio 22%, 23% i 24%). 100% najstarszych pielęgniarek, 74% w wieku 46 – 55 lat oraz w wieku poniżej 35 lat, a także 71% w wieku 36 – 45 lat uznało, że alkoholik nie może zostać wyleczony całkowicie z nałogu. Pozostali badani wybrali odpowiedź „nie wiem”. Powyższy opis zaprezentowano na Rycinie 36.

Analiza statystyczna zależności pomiędzy wiedzą pielęgniarek, czy alkoholik może zostać całkowicie wyleczony z nałogu a miejscem zamieszkania badanych wykazała bardzo wysoką istotność statystyczną p<0,001 (chi square = 23,4095; p=0,000105) – wyniki obrazuje Tabela VIII. Aż 84% mieszkańców miast powyżej 100 tys. mieszkańców, 72% mieszkańców mniejszych miast i 59% mieszkańców wsi uznało, że nie jest możliwe całkowite wyleczenie alkoholika z nałogu. 27% mieszkańców wsi, ¼ mieszkańców miast do 100 tys. mieszkańców oraz 16% mieszkańców większych miast uznało, że alkoholika można całkowicie wyleczyć z nałogu. Odpowiedź „nie wiem” wybrało 14% mieszkańców wsi oraz 3% mieszkańców mniejszych miast. Powyższy opis przedstawiono na Rycinie 37.




**Rycina 36. Zależność pomiędzy wiedzą pielęgniarek, czy alkoholik może zostać całkowicie wyleczony z nałogu a wiek badanych**

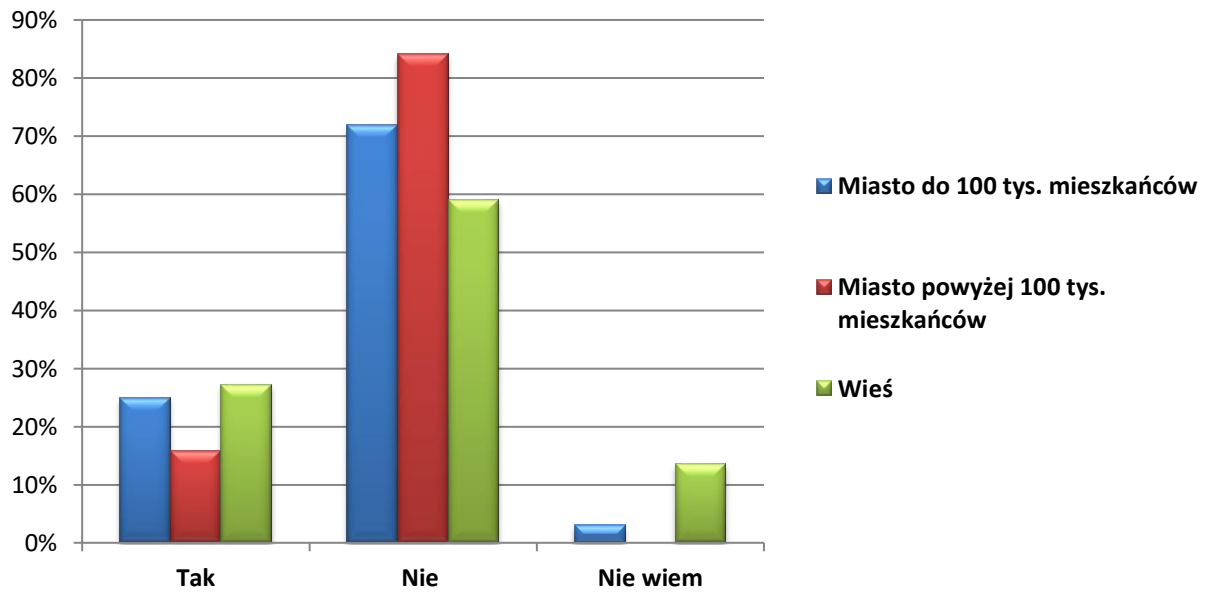
**Tabela VIII. Zależność pomiędzy wiedzą pielęgniarek, czy alkoholik może zostać całkowicie wyleczony z nałogu a miejsce zamieszkania**

| **Miejsce zamieszkania pielęgniarek** | | **Czy alkoholik może zostać wyleczony całkowicie z nałogu?** | | | Razem |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Tak | Nie | Nie wiem | |
| **Miasto do 100 tys. mieszkańców** | N | 8 | 23 | 1 | 32 |
| | % | 25% | 72% | 3% | 100% |
| **Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców** | N | 7 | 37 | 0 | 44 |
| | % | 16% | 84% | 0% | 100% |
| **Wieś** | N | 6 | 13 | 3 | 22 |
| | % | 27% | 59% | 14% | 100% |
| **Chi square** | | 23,4095 | | | |
| **P** | | 0,000105 | | | |

Przeprowadzona analiza statystyczna zależności pomiędzy wiedzą pielęgniarek, czy alkoholik może zostać całkowicie wyleczony z nałogu a stanem cywilnym wykazała wysoką istotność statystyczną $p<0,001$ (chi square=45,2172; $p<0,0001$) - Tabela IX. Zdecydowana większość mężatek (79%) oraz panien (75%) uznało, że alkoholik nie może zostać całkowicie wyleczony z nałogu. Taki sam odsetek osób rozwiedzionych i wdów (50%) również stwierdził, że alkoholik nie może całkowicie zostać wyleczony z nałogu. 50% wdów, 40% osób rozwiedzionych, 25% panien oraz 17% mężatek uznało, że jest możliwe całkowite

wyleczenie alkoholika z nałogu. Odpowiedź „nie wiem” wybrało 10% osób rozwiedzionych oraz 4% mężatek. Opisywane informacje przedstawiono na Rycinie 38.

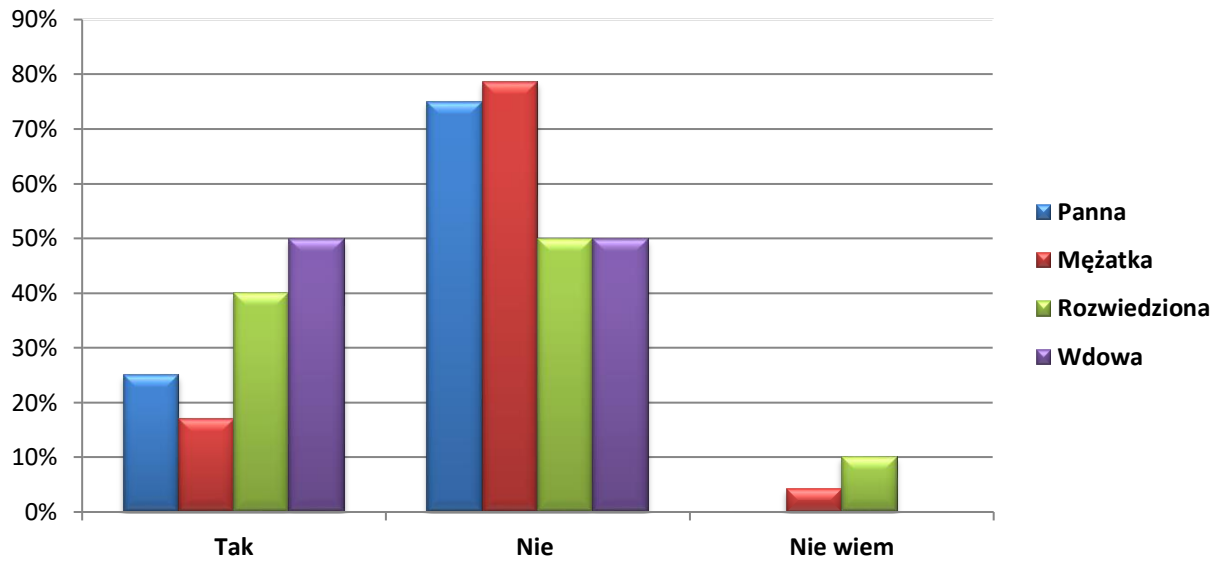
Analiza statystyczna zależności pomiędzy wiedzą pielęgniarek, czy alkoholik może zostać całkowicie wyleczony z nałogu a posiadanym wykształceniem wykazała istotność statystyczną na poziomie bardzo wysokim p<0,001 (chi square=43,5019; p<0,0001) - Tabela X.




**Rycina 37. Zależność pomiędzy wiedzą pielęgniarek, czy alkoholik może zostać całkowicie wyleczony z nałogu a miejsce zamieszkania**

**Tabela IX. Zależność pomiędzy wiedzą pielęgniarek, czy alkoholik może zostać całkowicie wyleczony z nałogu a stan cywilny badanych**

| Stan cywilny badanych | | Czy alkoholik może zostać wyleczony całkowicie z nałogu? | | | Razem |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Tak | Nie | Nie wiem | |
| Panna | N | 4 | 12 | 0 | 16 |
| | % | 25% | 75% | 0% | 100% |
| Mężatka | N | 12 | 55 | 3 | 70 |
| | % | 17% | 79% | 4% | 100% |
| Rozwiedziona | N | 4 | 5 | 1 | 10 |
| | % | 40% | 50% | 10% | 100% |
| Wdowa | N | 1 | 1 | 0 | 2 |
| | % | 50% | 50% | 0% | 100% |
| Chi square | | 45,2172 | | | |
| P | | <0,0001 | | | |

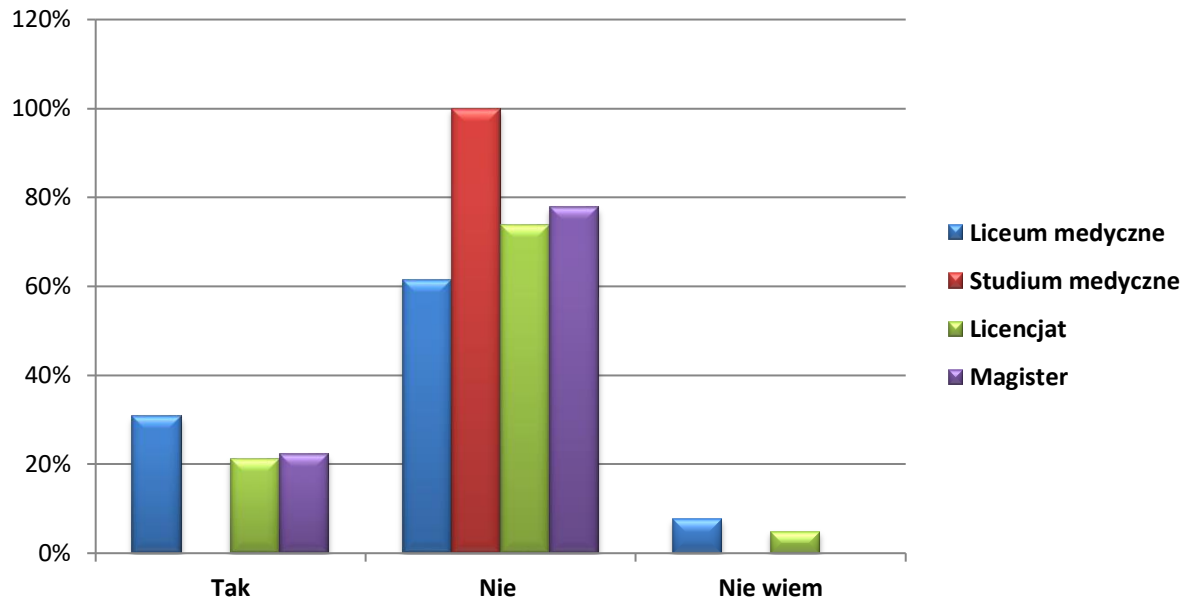



**Rycina 38. Zależność pomiędzy wiedzą pielęgniarek, czy alkoholik może zostać całkowicie wyleczony z nałogu a stan cywilny badanych**

100% pielęgniarek po studium medycznym, 78% pielęgniarek z wykształceniem magisterskim, 74% z wykształceniem licencjackim oraz 62% po liceum medycznym uznało, że alkoholik nie może całkowicie zostać wyleczony z nałogu. 31% badanych, które ukończyły liceum medyczne, 22% z wykształceniem magisterskim oraz 21% z wykształceniem licencjackim przyznało, że może zostać wyleczony całkowicie z nałogu. Pozostali badani wybrali odpowiedź „nie wiem". Powyższy opis zaprezentowano na Rycinie 39.

**Tabela X. Zależność pomiędzy wiedzą pielęgniarek, czy alkoholik może zostać całkowicie wyleczony z nałogu a wykształcenie badanych**

| **Wykształcenie badanych** | | **Czy alkoholik może zostać wyleczony całkowicie z nałogu?** | | | Razem |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Tak | Nie | Nie wiem | |
| **Liceum medyczne** | N | 4 | 8 | 1 | 13 |
| | % | 31% | 62% | 8% | 100% |
| **Studium medyczne** | N | 0 | 6 | 0 | 6 |
| | % | 0% | 100% | 0% | 100% |
| **Licencjat** | N | 13 | 45 | 3 | 61 |
| | % | 21% | 74% | 5% | 100% |
| **Magister** | N | 4 | 14 | 0 | 18 |
| | % | 22% | 78% | 0% | 100% |
| **Chi square** | | 43,5019 | | | |
| **P** | | <0,00001 | | | |



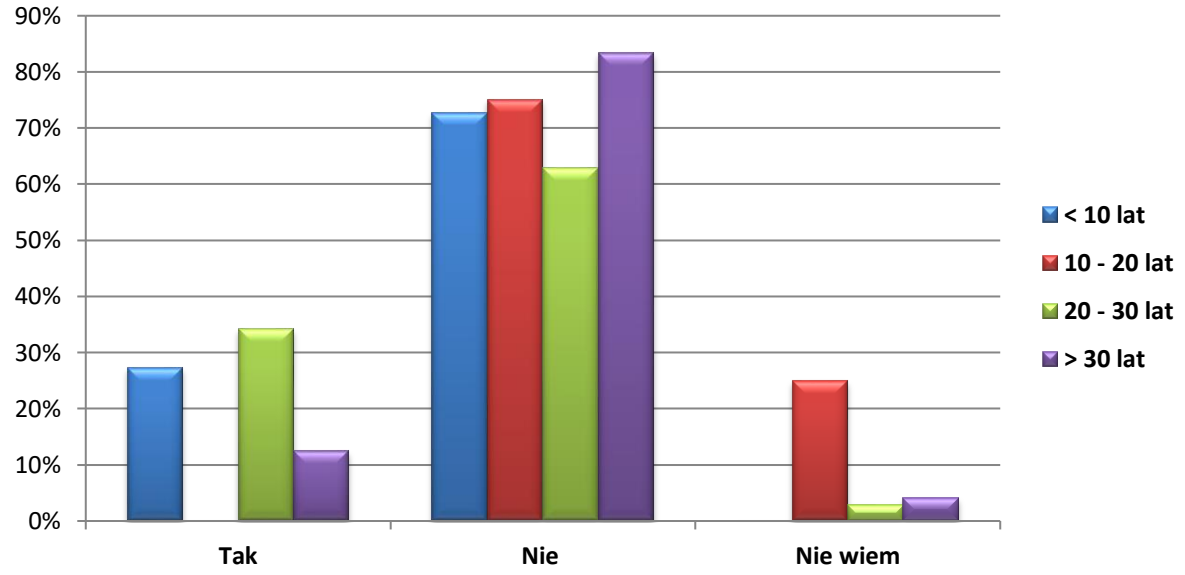

**Rycina 39.Zależność pomiędzy wiedzą pielęgniarek, czy alkoholik może zostać całkowicie wyleczony z nałogu a wykształcenie badanych**

**Tabela XI. Zależność pomiędzy wiedzą pielęgniarek, czy alkoholik może zostać całkowicie wyleczony z nałogu a staż pracy w zawodzie**

| **Staż pracy w zawodzie pielęgniarki** | | **Czy alkoholik może zostać wyleczony całkowicie z nałogu?** | | | Razem |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Tak | Nie | Nie wiem | |
| < 10 lat | N | 6 | 16 | 0 | 22 |
| | % | 27% | 73% | 0% | 100% |
| 10 - 20 lat | N | 0 | 6 | 2 | 8 |
| | % | 0% | 75% | 25% | 100% |
| 20 - 30 lat | N | 12 | 22 | 1 | 35 |
| | % | 34% | 63% | 3% | 100% |
| > 30 lat | N | 3 | 20 | 1 | 24 |
| | % | 13% | 83% | 4% | 100% |
| **Chi square** | | 83,2762 | | | |
| **P** | | <0,00001 | | | |

Analiza statystyczna zależności pomiędzy wiedzą pielęgniarek, czy alkoholik może zostać całkowicie wyleczony z nałogu a stażem pracy badanych wykazała istotność statystyczną na poziomie bardzo wysokim p<0,001 (chi square=83,2762; p<00001) – wyniki zawiera Tabela XI. 83% badanych z najdłuższym stażem pracy, 75% badanych pracujących

10–20 lat, 73% pracujących krócej niż 10 lat oraz 63% pracujących 20–30 lat uznało, że alkoholik nie może zostać całkowicie wyleczony z nałogu. 34% badanych pracujących 20 – 30 lat, 27% pracujących krócej niż 10 lat oraz 13% pracujących dłużej niż 30 lat - uważało, że może zostać całkowicie wyleczony z nałogu. Pozostali badani wybrali odpowiedź nie wiem. Wyniki zawiera rycina 40.




**Rycina 40.Zależność pomiędzy wiedzą pielęgniarek, czy alkoholik może zostać całkowicie wyleczony z nałogu a staż pracy w zawodzie**

## OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA

Alkoholizm (zespół uzależnienia od alkoholu) to ciężka oraz przewlekła choroba, polegająca na fizycznym oraz psychicznym uzależnieniu od alkoholu i dotycząca nie tylko osoby pijącej, ale także jej rodziny, generując wielokierunkowe i rozległe negatywne następstwa [4].

Według WHO alkoholizm jest na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia społeczeństwa, szacuje się bowiem, iż więcej niż 60 chorób i urazów ma związek z alkoholem. Uważa się go za przyczynę wielu poważnych chorób (m.in. marskość wątroby, zapalenie wątroby i trzustki, polineuropatia alkoholowa, psychozy alkoholowe), a także przyczynę dezorganizacji życia społecznego chorych i ich rodzin [5].

Osoba, która jest uzależniona od alkoholu potrzebuje wsparcia oraz pomocy w rozwiązywaniu problemów rodzinnych i zaistniałych na skutek przewlekłego picia. Praca

pielęgniarek z osobami uzależnionymi polega głównie na oddziaływaniu na psychikę pacjenta, co wymaga od nich ustawicznego doskonalenia swoich umiejętności [6].

Szacuje się, że na świecie na alkoholizm cierpi ok. 140 milionów ludzi, a 2% populacji w Polsce jest uzależniona od alkoholu (około 800 tysięcy) i liczba ta stale wzrasta [4,7].

Badania w prezentowanej pracy przeprowadzono w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Psychiatrycznym w Choroszczy w okresie od września 2018 r. do stycznia 2019 r i obejmowało grupę 100 pielęgniarek. Średnia wieku badanych wynosiła 43 lata ± 9,08. Zdecydowana większość pielęgniarek zamieszkiwało w miastach (78%) i były mężatkami (72%). Przeważający odsetek pielęgniarek posiadało licencjat (62%) oraz studia magisterskie (19%) i pracowało w zawodzie powyżej 20 lat (61%), głównie zajmując stanowisko pielęgniarek odcinkowych (73%). Wykazano w nich, że 42% pielęgniarek uznało, iż na świecie na alkoholizm cierpi ponad 100 milionów ludzi, a 23% wskazało odpowiedź ponad 150 milionów.

W opinii Habrata, do rutynowo zbieranego wywiadu pielęgniarskiego/lekarskiego należy włączyć pytania o picie alkoholu [12]. W celu identyfikacji osób z problem alkoholowym często stosowane są metody screeningowe (testy przesiewowe). Do najpopularniejszych należy test CAGE, MAST, AUDIT, które są skuteczne w rozpoznaniu ponad 80% alkoholików [8].

W świetle badań własnych znajomość narzędzi przesiewowych służących do oceny stylu picia alkoholu wykazało 51% pielęgniarek.

Nieco inaczej przedstawiają się wyniki uzyskane przez Grabowską i wsp. [9] przeprowadzone w 2009 roku, w grupie 116 licencjatów pielęgniarstwa. Znajomość narzędzi przesiewowych służących do oceny stylu spożywania alkoholu wykazało zaledwie 8,62% badanych [9].

Alkoholizm jest chorobą kliniczną [8]. Badania przeprowadzone przez Frączek i wsp. dowiodły, że aż 99% pacjentów oddziału leczenia uzależnień uznało alkoholizm za chorobę kliniczną [4].

Potwierdziły to także obecne badania, które wykazały, że 80% pielęgniarek uznało alkoholizm za chorobę kliniczną.

W świetle badań przeprowadzonych przez Opozdę i wsp. [6] w grupie 30 pielęgniarek zatrudnionych w poradniach odwykowych dowiedziono, że głównymi okolicznościami nadużywania alkoholu przez pacjentów były konflikty w rodzinie oraz uroczystości rodzinne (66,7%), 33,3% wskazało na pobyty w lokalach, a 30% na konflikty w pracy [6]. W

badaniach przeprowadzonych przez Klimak i Szczura [2] w grupie 30 pacjentów uzależnionych od alkoholu przebywających w Hostelu dla osób uzależnionych od alkoholu, w roku 2003, jako okoliczności przyczyniające się do nadużywania alkoholu 46,3% wskazało sytuacje konfliktowe w środowisku rodzinnym, 43,4% wymieniło pobyt w lokalach, 40% uznało złe warunki finansowo-mieszkaniowe rodziny, 33,3% wymieniło chęć poprawy nastroju, 13,4% zwróciło uwagę na sytuacje konfliktowe w miejscu pracy oraz czynniki genetyczne, natomiast 10% wskazało na uroczystości rodzinne [2].

Podobny odsetek pielęgniarek (43%), w badaniach własnych także wskazał sytuacje konfliktowe w środowisku rodzinnym jako czynniki przyczyniające się do wzrostu spożycia alkoholu, jednak największy odsetek badanych (aż 60%) wskazał jako motyw- chęć poprawy nastroju. 33% pielęgniarek wskazało na czynnik genetyczny, 31% wymieniło uroczystości rodzinne, 27% na sytuacje konfliktowe w miejscu pracy, 19% złe warunki finansowo-mieszkaniowe rodziny, natomiast 16% wymieniło pobyty w lokalach.

Naczelną rolą pielęgniarki w zapobieganiu chorobie alkoholowej jest szerzenie programów antyalkoholowych wśród osób młodych (zwłaszcza w środowiskach zagrożonych), przekazywanie informacji pacjentowi o zagrożeniach dla zdrowia, jakie niesie ze sobą nadużywanie alkoholu, uświadomienie związku pomiędzy zaistniałymi problemami zdrowotnymi a piciem oraz poinformowanie o szkodach społecznych i psychologicznych wywołanych nadmiernym spożywaniem alkoholu [10].

W obecnym badaniu aż 97% pielęgniarek uznało, że picie alkoholu przyczynia się do rozwoju nadciśnienia tętniczego, jednakże dla większości pielęgniarek nieznany był próg spożycia alkoholu, po którym wzrasta ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego. Z danych prezentowanych w literaturze fachowej wynika, że występuje zależność liniowa pomiędzy ciśnieniem tętniczym krwi a ilością spożytego dziennie alkoholu. Próg, po którym wzrasta ciśnienie skurczowe o 3-4 mmHg, a rozkurczowe o 1-2 mmHg wynosi 30g/dobę [11]. Badania własne wykazały, że zaledwie 13% pielęgniarek uznało, że ryzyko nadciśnienia tętniczego wzrasta po przekroczeniu progu ponad 20 – 30g etanolu/dobę.

Alkohol, a także jego główny metabolit, aldehyd octowy, są bezpośrednio toksyczne dla tkanek i wchodzą w bezpośrednie reakcje z fizjologicznymi substancjami w organizmie. Z kolei działanie pośrednie alkoholu polega na silnym wpływie na homeostazę ustroju poprzez działanie na układ wegetatywny, endokrynny, odpornościowy, gospodarkę wodno-elektrolitową, wchłanianie niezbędnych składników odżywczych itp. Wpływa także na osłabienie systemu odpornościowego organizmu, czego skutkiem jest m.in. zwiększone ryzyko występowania raka, zwłaszcza przełyku, wątroby, części nosowej gardła, krtani i

tchawicy oraz raka sutka u kobiet. Wywołuje też niedobory witamin i innych pierwiastków niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania organizmu, a następstwem tego są zaburzenia widzenia, zmiany skórne, zapalenie wielonerwowe, zmiany w błonach śluzowych i szpiku kostnym, zaburzenia procesów rozrodczych, szkorbut i inne. Powoduje również znaczące zaburzenia w funkcjonowaniu psychicznym człowieka: bezsenność, depresję, niepokój, próby samobójcze, zmiany osobowości, amnezję, delirium tremens, psychozę alkoholową, halucynozę alkoholową, otępienie [12].

Pielęgniarki obecnie poddane badaniu w bardzo wysokim stopniu przekonane były o szkodliwości alkoholu na organizm człowieka. Dowiedziono, że aż 97% badanych uznało wpływ picia alkoholu na wzrost ryzyka wystąpienia udaru mózgu, 96% wskazało na powiększenie wątroby i zwiększenie poziomu gamma-glutamylo-transferazy, 90% - wzrost ryzyka zachorowania na cukrzycę, a 89% ryzyka zachorowania na nowotwór. Za główne dolegliwości występujące po spożyciu alkoholu pielęgniarki uznały nudności i wymioty (72%), pogorszenie funkcji pamięci (68%), bóle głowy (64%), omamy wzrokowe i słuchowe (59%), osłabienie organizmu (49%), a także zmniejszenie bądź utratę apetytu (45%). Z kolei badania przeprowadzone przez Kimak i Szczura [2] wykazały, że osoby uzależnione od alkoholu, jako główną dolegliwość wskazywały brak apetytu, jednakże odsetkowo wartość jest bardzo zbliżona do odpowiedzi uzyskanych w badaniach własnych – 43,3%. Prawie o połowę mniej niż w uzyskanych własnych wynikach, pacjenci wskazali na nudności i wymioty – 40%. 13% wskazało na ogólne osłabienie, 23% wymieniło omamy wzrokowe i słuchowe, natomiast 13,4% wskazało ból głowy [2].

Alkohol powoduje szereg negatywnych konsekwencji także o charakterze społecznym i ekonomicznym. Na podstawie badań przeprowadzonych w 2008 roku przez Mielecką-Kubień i Wędzichę [13] wśród osób uzależnionych od alkoholu, ale poddanych leczeniu stwierdzono, że blisko połowa mężczyzn poddanych badaniu i niemalże ¾ kobiet nie pracowało zawodowo, a 30% przyznało, że odpowiedzialny jest za to alkohol. Ponad 60% kobiet oraz więcej niż 30% mężczyzn pozostawało bez pracy dłużej niż rok [13]. Wcześniej przytaczane badania Kimak i Szczura wykazały, że głównym problemem osób uzależnionych od alkoholu był brak pracy (30,6%), konflikt z rodziną (20%), kłopoty finansowe oraz brak własnego miejsca zamieszkania (13,4%) [2].

W świetle badań własnych stwierdzono, że pielęgniarki wskazały nieco inaczej, bowiem 53% uznało, że głównym problemem, na jaki trafiają osoby uzależnione od alkoholu są konflikty rodzinne (53%), ¼ wskazało brak pracy, 20% kłopoty finansowe, a 4% brak stałego miejsca zamieszkania.

Badania własne dowiodły także, że w opinii niewiele mniej niż ¾ (74%) pielęgniarek dominującym problemem pacjentów było wytrwanie w trzeźwości, 10% wskazało na drażliwość i wybuchowość, 7% postawiło na brak własnego miejsca zamieszkania, 6% pogorszenie stanu zdrowia, a 3% znalezienie własnego miejsca zamieszkania. Badania przedstawione przez Kimak i Szczur [2] także wskazały, że dominującym problemem alkoholików jest wytrwanie w trzeźwości, jednak odpowiedź tą wskazało niewiele mniej niż połowa pacjentów (46,7%). 23% wskazało na pogorszenia stanu zdrowia, 13,3% znalezienie własnego miejsca zamieszkania, a 10% znalezienie pracy. Zaledwie 6,7% wskazało na drażliwość i wybuchowość. Głównymi problemami natury emocjonalnej i psychicznej, na jakie natrafiali pacjenci były niestabilne nastroje (50%), trudności w podejmowaniu decyzji (30%) oraz stany lękowe (20%) [2].

Badania własne dowiodły, że pielęgniarki jako główny problem natury emocjonalnej oraz psychicznej osoby uzależnionej wskazywały - drażliwość (79%), niestabilne nastroje (69%), stany lękowe (56%) oraz utratę poczucia własnej wartości (53%).

Na podstawie badań własnych stwierdzono, że pielęgniarki uznały, jako główne dolegliwości występujące przy odstawieniu alkoholu: drżenie rąk (95%), drażliwość i lęk (67%), zaburzenia koncentracji uwagi (65%), potliwość i kołatanie serca (60%), bezsenność i koszmarne sny (59%) oraz myśli samobójcze (40%). Z kolei badanie przeprowadzone przez Kimiuk i Szczur [2] dowiodło, że pacjenci nie ocenili tak wysoko swoich dolegliwości, jak sądziły pielęgniarki. 36,6% wskazało na zaburzenia koncentracji uwagi, 33,3% drżenie rąk i myśli samobójcze, 30% bezsenność i koszmarne sny, 23%drażliwość i lęk.

Na podstawie badań własnych stwierdzono także, że połowa pielęgniarek odczuwała w kontakcie z osobą nietrzeźwą niechęć, 26% wskazało na uczucie bezradności, 16% odczuwało chęć niesienia pomocy takiej osobie, 6% wskazało na uczucie strachu, a 2% na ciekawość. Przekładając to na wyniki wspomnianego wcześniej badania Kimak i Szczur [2] zauważono, że niewiele ponad połowa mniej pacjentów (26,6%) wskazało na niechęć, 20% wskazało na uczucie bezradności i strachu. Tylko 6% pacjentów uważało, że człowiek może odczuwać chęć niesienia pomocy osobie pod wpływem alkoholu. Zbliżony odsetek pacjentów wskazał na ciekawość (1%) [2].

Badania przeprowadzone przez Frączek i wsp. [4] dowiodły, że powodem podjęcia terapii, zgłaszanym przez pacjentów hospitalizowanych na oddziale leczenia uzależnień, była wewnętrzna potrzeba leczenia oraz nacisk lub namowy osób bliskich czy znajomych (41%), 39% pacjentów wskazało na problemy rodzinne, 15% problemy zdrowotne, 17% problemy w pracy oraz problemy z prawem (11%).

Obecne badania dowiodły, że największy odsetek pielęgniarek (54%) uznało poczucie zmarnowanego życia i chęć rozpoczęcia wszystkiego od nowa, jako główną przyczynę rozpoczęcia leczenia. Kolejnym powodem były wyrzuty sumienia z powodu krzywdzenia siebie i rodziny (29%). Taki sam odsetek wskazało na trudności w pracy oraz niepowodzenie w życiu małżeńskim i rodzinnym (15%).

We współczesnym pielęgniarstwie zmianie ulegają tradycyjne role pielęgniarki (związane z opieką nad chorym i wykonywaniem zleceń lekarskich) na rzecz nowych w wyzwań jakimi są edukacja zdrowotna, przeciwdziałanie patologiom społecznym oraz promocja zdrowia [14]. W swojej pracy pielęgniarka natrafia na szereg zróżnicowanych problemów natury somatycznej, emocjonalnej oraz psychicznej. Badanie prowadzone przez Kimak i Szczura [2] wykazało, że 53,3% badanych uznało, że pielęgniarka pracująca w oddziale odwykowym powinna zwrócić najwięcej uwagi na prowadzenie działań edukacyjnych. Frączek i wsp. wykazali natomiast, że 44% pacjentów oddziału odwykowego posiadało niewielką wiedzę na temat alkoholizmu i chciałoby ją pogłębić [4]. Badania przeprowadzone w 2004 roku przez Krajewską-Kułak i wsp. [14] dowiodły, że aż 78,7% pielęgniarek wyraziło chęć edukowania pacjentów, niestety aż 32% uznało, że nie są odpowiednio przygotowane do pracy z pacjentami uzależnionymi od alkoholu.

Badania własne wykazały, że 43% pielęgniarek było przekonanych o właściwym przygotowaniu pielęgniarek, natomiast niewiele mniej, bo aż 36% uznało, że pielęgniarki nie są dobrze przygotowane do prowadzenia edukacji w stosunku do osób uzależnionych. Stwierdzono istotną statystycznie zależności pomiędzy przygotowaniem pielęgniarek do prowadzenia działań edukacyjnych a ich wiekiem ($p<0,00001$), miejscem zamieszkania ($p<0,01$), stanem cywilnym ($p<0,00001$), posiadanym wykształceniem ($p<0,001$) oraz stażem pracy w zawodzie ($p<0,05$).

W profesjonalnym ujęciu pielęgnowania wobec osób zagrożonych patologiami społecznymi i osób z marginesu społecznego wskazać należy zagrożenia wynikające z prowadzonego trybu życia, sposoby na radzenie sobie z problemami, sposoby profilaktyki i powrotu do normalnego życia oraz wskazanie miejsc, gdzie można się zwrócić o pomoc [14].

Badania własne wykazały, że aż 96% pielęgniarek uznało za konieczne popularyzowanie wiedzy na temat wpływu alkoholu na zdrowie człowieka oraz profilaktyki i sposobów wykrywania problemów związanych z nadużywaniem alkoholu. Głównymi tematami jakie w ich opinii należałoby poruszyć w ramach edukacji osób uzależnionych od alkoholu to - omawianie zagrożeń wynikających z nadmiernego spożywania alkoholu (69%),

sposoby radzenia sobie z własnymi problemami (57%) oraz sposoby na powrót do normalnego życia i grupy wsparcia (54%).

Badania przeprowadzone przez Kimak i Szczur [2] w 2005 roku dowodzą, że w opinii pacjentów oddziału odwykowego pielęgniarki zajmują trzecie miejsce spośród osób, od których otrzymali najwięcej wsparcia na oddziale odwykowym – wymieniło je 30% pacjentów. Na pierwszym miejscu wskazano lekarza (53,3%), a na drugim -współpacjentów (40%). 23,3% pacjentów wymieniło rodzinę, a 6,7% - psychologa [2].

Badania własne dowodzą, że w opinii pielęgniarek Samodzielnego Publicznego Szpitala Psychiatrycznego w Choroszczy najwięcej wsparcia na oddziale leczenia uzależnień można otrzymać od psychologa (49%). Na drugim miejscu wskazana została pielęgniarka (20%), 13% wymieniło rodzinę, 12% współpacjentów, a zaledwie 6% wskazało na lekarza. Poza tym 61% pielęgniarek uznało psychoterapię grupową (grupy wsparcia) oraz terapię indywidualną (47%) jako najskuteczniejsze sposoby leczenia uzależnienia od alkoholu.

W świetle badań własnych dowiedziono, że aż ¾ pielęgniarek uznało, że alkoholik nie może zostać całkowicie wyleczony z nałogu. Uzyskane wyniki okazały się znamienne statystycznie pod względem wieku badanych ($p<0,001$), miejsca zamieszkania ($p<0,001$), stanu cywilnego ($p<0,001$), wykształcenia ($p<0,00001$), a także stażu pracy w zawodzie pielęgniarki ($p<0,00001$). Podobnie stwierdzili pacjenci w badaniach Kimak i Szczura – 70% [2].

Niezmierne istotne jest propagowanie i wspieranie ruchów grup wsparcia oraz Anonimowych Alkoholików dla chorych i ich rodzin, jako główne wsparcie dające nadzieję na życie w trzeźwości [4].

Podsumowując, powyższe badanie oraz zebrane wyniki pozwalają stwierdzić, iż pielęgniarki wykazują się dużą znajomością zagadnienia uzależnienia od alkoholu oraz problemów pielęgnacyjnych pacjentów, jednak konieczne jest ciągłe podnoszenie ich wiedzy, aby jak najlepiej mogły wykonywać swoją pracę.

## WNIOSKI

W toku przeprowadzonych badań i analizy uzyskanych danych sformułowano następujące wnioski:

- Pielęgniarki posiadały wysoką wiedzę z zakresu profilaktyki oraz leczenia choroby alkoholowej, jednak nie wykazały się wysoką znajomością narzędzi przesiewowych służących do oceny stylu picia alkoholu.

- Pielęgniarki potrafiły wskazać wpływ nadużywania alkoholu na występowanie chorób i wykazały się wysoką znajomością głównych problemów emocjonalnych i psychospołecznych pacjentów uzależnionych od alkoholu.
- Połowa pielęgniarek odczuwała niechęć w kontakcie z osobą nietrzeźwą.
- Zdecydowana większość pielęgniarek uznała, że możliwe jest całkowite wyleczenie z nałogu, a ocena możliwości wyleczenia z nałogu zależała od takich zmiennych jak wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie oraz staż pracy w zawodzie pielęgniarki.
- Pielęgniarki dostrzegły konieczność popularyzacji wiedzy na temat wpływu alkoholu na zdrowie człowieka oraz profilaktyki i sposobów wykrywania problemów związanych z nadużywaniem alkoholu.
- Pielęgniarki uważały, że nie są odpowiednio przygotowane do sprawowania funkcji edukacyjnej wobec osób uzależnionych od alkoholu, a ocena przygotowania pielęgniarek do sprawowania funkcji edukacyjnej zależała od takich zmiennych jak wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie oraz staż pracy w zawodzie pielęgniarki.

## POSTULAT

Pomimo deklarowanej wysokiej wiedzy na temat choroby alkoholowej i znajomości problemów pielęgnacyjnych pacjentów pielęgniarki nie czują się pewnie, nie są całkowicie przygotowane do prowadzenia działań edukacyjnych wobec osób dotkniętych chorobą alkoholową, dlatego też zasadnym jest prowadzenie szkoleń dla pielęgniarek i systematyczne dokształcenie z zakresu tematyki alkoholizmu.

## PIŚMIENNICTWO

1. Perkowska E., Owłasiuk E., Litwiejko A.: Rodziny dotknięte chorobą alkoholową. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2012; 3: 10-11.
2. Kimak K., Szczur W.: Problemy pielęgnacyjne i psychospołeczne osób uzależnionych od alkoholu. Annales Universitatis Mariae Curie – Skłodowska Lublin – Polonia, 2005; 16(335): 1-4.

3. Ziółkowski M., Czarnecki D., Opozda K.: Zaburzenia spowodowane zażywaniem substancji psychoaktywnych [w:] Pielęgniarstwo psychiatryczne, Górna K. Jaracz K., Rybakowski J. (red.). Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2016: 264-291.
4. Frączek J., Antos E., Wojciechowska M., Wawszczak E.: Motywy podjęcia terapii przez pacjentów uzależnionych od alkoholu [w:] Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie, Uchmanowicz I., Rosińczuk J., Jankowka–Polańska B. (red.). Wrocław, Wydawnictwo Continuo, 2014: 46-54.
5. Frąckowiak M., Motyka M.: Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu. Hygeia Public Health, 2015; 50: 314-322.
6. Opozda K., Włoch K., Ziółkowski M.: Rola pielęgniarki w poradni odwykowej. Pielęgniarstwo Polskie, 2001; 2(12): 350-359.
7. Jagielska I., Kazdepka-Ziemińska A., Stankiewicz M., Kaźmierczak J.: Alkohol – kobieta, ciąża, noworodek. Przegląd Lekarski, 2012; 69: 10.
8. Waszkiewicz N., Szulc A.: Diagnoza nadużywania alkoholu. Przegląd Lekarski, 2009; 66: 529-534.
9. Grabowska H., Narkiewicz K., Grabowski W., Grzegorczuk M., Świetlik D.: Wiedza licencjatów pielęgniarstwa na temat spożywania alkoholu w aspekcie wpływu na wartość ciśnienia tętniczego krwi oraz ryzyko rozwoju nadciśnienia tętniczego. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, 2009; 55(2): 77-82.
10. Jabłońska T.E.: Profilaktyka uzależnień, tytoń, alkoholizm, narkomania. Pielęgniarka i Położna, 2004; 11-12: 12-15.
11. Middeke M.: Nadciśnienie tętnicze. Lublin, Wydawnictwo Czelej, 2006.
12. Habrat B.: Szkody zdrowotne spowodowane alkoholem. Przewodnik lekarza praktyka. Warszawa, Wydawnictwo PWN, 1996.
13. Mielecka-Kubień Z., Wędzicha Z.: Ocena skutków picia alkoholu przez osoby uzależnione (na podstawie badań ankietowych). Alkoholizm i Narkomania, 2008; 21(1): 21-38.
14. Krajewska–Kułak E., Klapa W., Lewko J., Wrońska I., Łukaszuk C., Jankowiak B., Bartoszewicz A, Rolka H, Leszczyńska M, Krajewska K., Sierakowska M., Szyszko–Perłowska A.: Opinia pielęgniarek na temat potrzeby edukacji osób z marginesu społecznego oraz młodzieży zagrożonej patologiami społecznymi i jej rodziny. Alkoholizm i Narkomania, 2004; 17(1-2): 91-102.

# Jakość życia pacjentek odbywających terapię uzależnienia od alkoholu w oddziale całodobowym

**Jolanta Jeżyna[1], Grzegorz Bejda[2], Agnieszka Kułak-Bejda[3]**

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
3. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

## JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

Pojęcie jakości życia występuje w wielu dziedzinach nauki i odnosi się do wielu wymiarów ludzkiego życia oraz możemy je zastosować do osób uzależnionych. W literaturze przedmiotu można spotkać szereg definicji jakości życia [cyt. za 1].

W medycynie wyróżnia się dwa wymiary jakości życia: obiektywny i subiektywny [cyt. za 1].

Według definicji WHO, jakość życia to dobrostan bio - psychospołeczny, a nie tylko brak choroby [cyt. za 1].

Według Torranca, za Górna [cyt. za 1], jakość życia jest pojęciem zawierającym wszystkie aspekty egzystencji jednostki.

Dalkey i Rourke [cyt. za 1], pojmują jakość jako satysfakcję z życia oraz poczucie szczęścia lub jego brak, a de Walden – Gałuszko [cyt. za 1], uważa jakość życia jako własną sytuację życiową pacjenta, dokonaną w określonym czasie i zgodnie z przyjętą hierarchią wartości.

Samą jakość życia można określić w różnych aspektach i wyróżnić kilka jej wskaźników, takich jak np.: stan zdrowia, sytuacja rodzinna, wykształcenie, sytuacja materialna, dostęp do różnych dóbr oraz wskaźniki psychologiczne, tj.: stopień zaspokojenia potrzeb, stopień realizacji indywidualnych ważnych życiowych celów [2].

Według przeprowadzonych badań przez Chodakiewicz [3] wynika, iż osoby uzależnione od alkoholu osiągnęły na początku terapii istotnie niższe, w porównaniu z grupą normalizacyjną, wyniki we wszystkich podskalach kwestionariusza SF-36, ale poza podskalą badającą sprawność fizyczną. Niższe były wyniki dotyczące ogólnej oceny zdrowia

psychicznego (MCS), niższym ogólnym zadowoleniem z życia oraz dotyczącym wszystkich jego wymiarów. Jednakże w trakcie terapii wzrósł poziom wszystkich podskal kwestionariusza SF-36 wraz z ogólną oceną zdrowia fizycznego i psychicznego. Odnotowano wzrost niektórych wymiarów zadowolenia z życia. W trakcie leczenia nie zmieniło się zadowolenie z pracy, z relacji z dziećmi, małżeństwa i seksu. Jednak osoby uzależnione kończące terapię nadal charakteryzowały się istotnie obniżoną jakością życia oraz niskim zadowoleniem w obrębie większości analizowanych sfer [3].

Smith i Larson [4] przeprowadzili godzinne wywiady osobiste w sześciu centrach detoksykacji i siedmiu placówkach ambulatoryjnych w Massachusetts, z 570 losowo wybranymi uzależnionymi pacjentami. Jakość życia osób uzależnionych porównywali z jakością życia pacjentów z innymi chorobami przewlekłymi. Stwierdzono, w siedmiu z dziewięciu domen Wielowymiarowego Wskaźnika Jakości Życia (MILQ - *The Multidimensional Index of Life Quality*), a także w zakresie wskaźnika ogólnego, znacząco niższe wyniki QOL u pacjentów uzależnionych, niż u pacjentów poddawanych operacjom kardiochirurgicznym. Uzależnieni pacjenci mieli również znacznie niższe średnie wyniki niż ogólna populacja zarówno w skalach komponentów psychicznych SF-12, jak i fizycznych. Wyniki w zakresie domen fizycznych SF-12 osób uzależnionych były podobne jak w przypadku innych chorób przewlekłych, ale w zakresie składników psychicznych były znacznie niższe i porównywalne średnio dla grup z depresją kliniczną. W modelu regresji wyniki MILQ Index były znacznie niższe w przypadku osób uzależnionych z podwójną diagnozą i detoksykacją, a wyniki indeksowe negatywnie powiązane z wynikami ASI (*Addiction Severity Index*) dla uzależnionych od leków, ale dla uzależnionych od alkoholu [4].

Daeppen, w przeprowadzonych badaniach dowiódł, iż funkcjonowanie psychiczne, jako wymiar jakości życia szczególnie obniżony jest u alkoholików w porównaniu z populacją generalną [5].

Polak [6] przeanalizował jakość życia żołnierzy zawodowych uzależnionych od alkoholu i wykazał, że jest ona we wszystkich wymiarach niższa, niż w grupie żołnierzy niemających problemów alkoholowych. Największe różnice zaobserwował w skalach funkcjonowania społecznego i emocjonalnego [6].

Donovan [7], dokonał analizy publikacji z lat 1993 - 2004, poświęconych jakości życia osób uzależnionych. Badania wskazały obniżony poziom tej zmiennej u osób nieleczących się lub rozpoczynających leczenie alkoholików, w porównaniu z populacją ogólną oraz osobami chorymi na inne, przewlekłe choroby [7].

Według obecnej definicji WHO uzależnienie od alkoholu jest stanem psychicznym i fizycznym wynikającym ze współdziałania żywego organizmu oraz alkoholu. Stan ten charakteryzuje się zmianami w zachowaniu oraz innymi następstwami, takimi jak: przymusem ciągłego lub okresowego używania alkoholu po to, aby doświadczyć psychicznych efektów jego działania lub/i aby uniknąć objawów wynikających z jego braku np.: złe samopoczucie [8].

## CEL PRACY

Celem pracy była:

- Analiza jakości życia pacjentek odbywających terapię uzależnienia od alkoholu w oddziale całodobowym u Choroszczy.
- Ocena satysfakcji pacjentek z przebytej terapii uzależnienia od alkoholu w oddziale całodobowym w Choroszczy.

## MATERIAŁ I METODYKA

Na przeprowadzenie badań została uzyskana zgoda Komisji Bioetycznej. W pracy przeanalizowano 100 ankiet. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankietowego skonstruowanego dla celów niniejszej pracy.

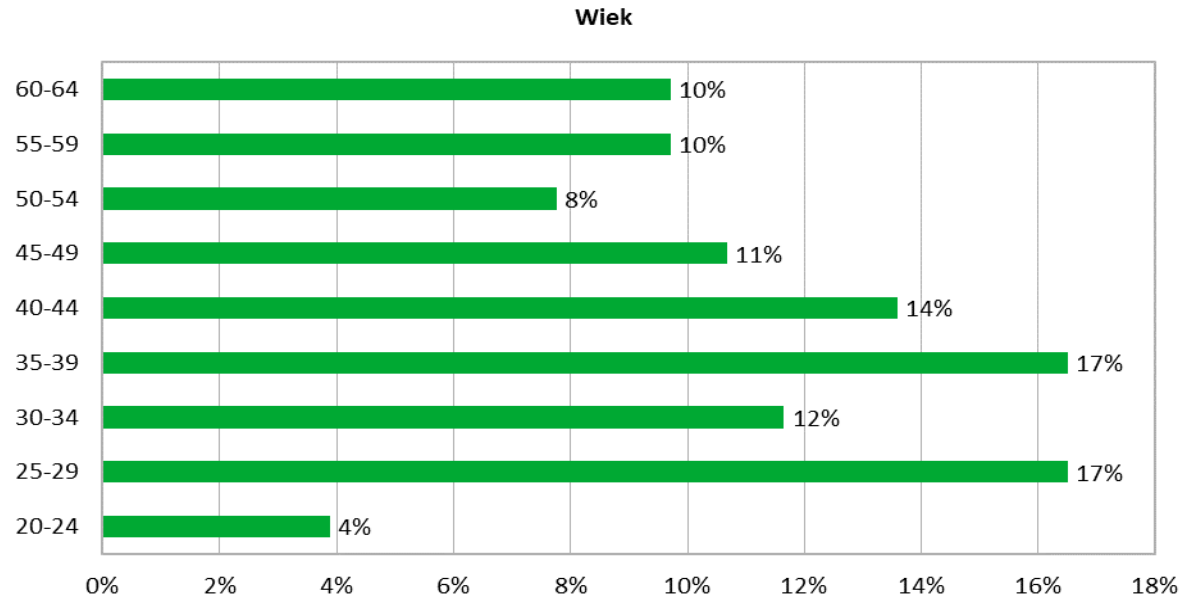
**Ankieta do gromadzenia danych zawierała następujące informacje:** wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, źródło utrzymania, posiadanie dzieci, warunki materialne.

**Ankieta dodatkowo zawierała pytania, takie jak:** W jakim wieku miała Pani po raz pierwszy kontakt z alkoholem? Jak często spożywała Pani alkohol? Czy piła Pani ciągami? Jak długo trwały ciągi? Jaki rodzaj alkoholu Pani najczęściej spożywa? Jakie kwoty przeznaczała Pani na alkohol w ciągu miesiąca? Czy w związku z piciem odczuwała pani dolegliwości somatyczne? Czy z powodu picia straciła Pani pracę? Czy pod wpływem alkoholu zdarzyło się zrobić coś czego potem Pani żałowała? Czy z powodu picia dochodziło do zaniedbywania obowiązków rodzinnych? Co zmotywowało Panią do podjęcia terapii odwykowej? Ile razy podejmowała Pani terapię odwykową? Na jakim etapie jest Pani w procesie terapii? Czy odczuwa Pani obecnie chęć dbania o swój wygląd, podkreślania swojej

kobiecości? Czy obecnie Pani sytuacja rodzinna, społeczna uległa poprawie? Czy dostrzega Pani pozytywne zmiany w Pani otoczeniu związane z procesem terapeutycznym? Czy odczuwa Pani satysfakcję z pozostawania w trzeźwości? Czy ma plany na dalsze życie po ukończeniu terapii?

Zastosowano skróconą wersję ankiety oceniającej jakość życia The World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL) – BREF.

Wyniki badań przedstawiono za pomocą rycin i tabel wykonanych w programie Microsoft Excel 2017.




**Rycina 1. Wiek badanej grupy**

## WYNIKI

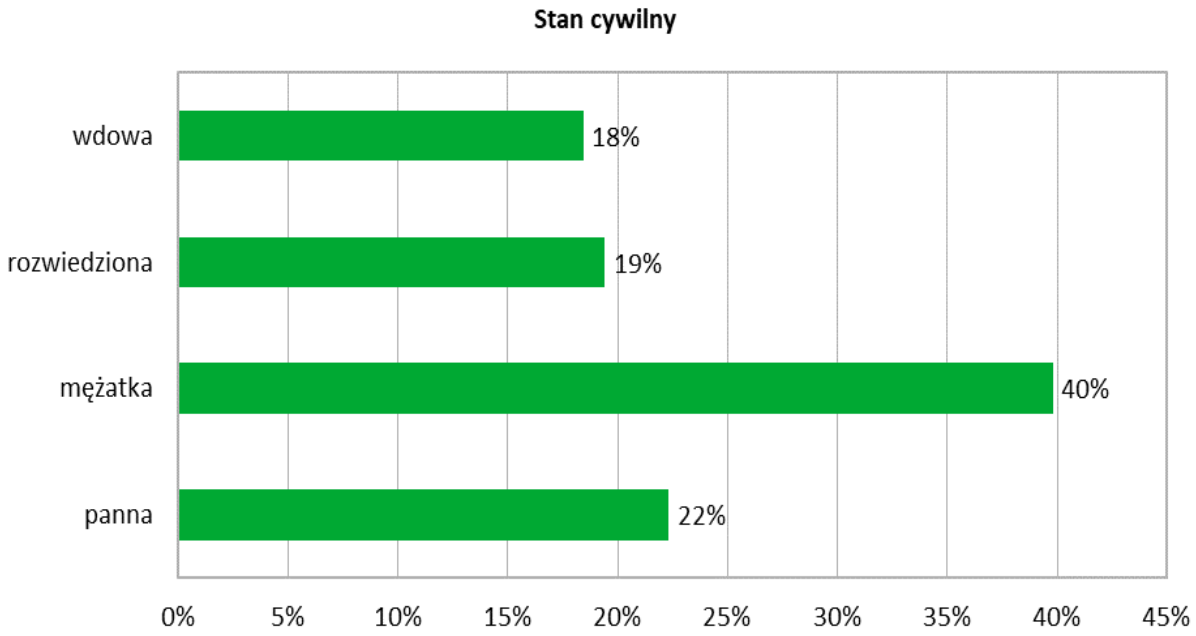
Analizie poddano 100 ankiet wypełnionych przez pacjentki odbywające terapię uzależnienia od alkoholu w oddziale całodobowym w Choroszczy.

Wiek pacjentek mieścił się w przedziale 20 - 64 lat. Rozkład wieku przedstawiono w przedziałach pięcioletnich (Rycina 1).

Najwięcej pacjentek było w wieku 25 - 29 lat oraz 35 - 39 lat, natomiast najmniej pacjentek było w wieku 20 - 24 lata.

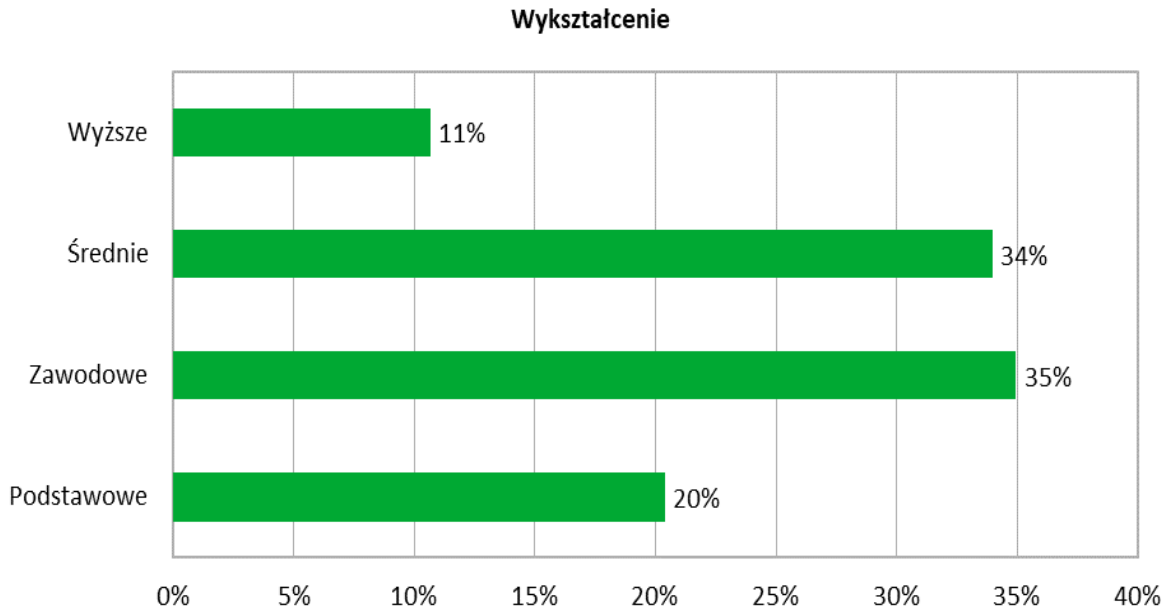
Analizując uzyskane wyniki badań wykazano, iż większość pacjentek - 59% zamieszkiwała tereny miejskie, a 41% tereny wiejskie.

Zebrane dane dotyczące stanu cywilnego badanych pacjentek wykazały, że 40% było osobami zamężnymi, 22% - pannami, 19% - rozwiedzionych, a 18% - wdowami (Rycina 2).




**Rycina 2. Stan cywilny badanej grupy**

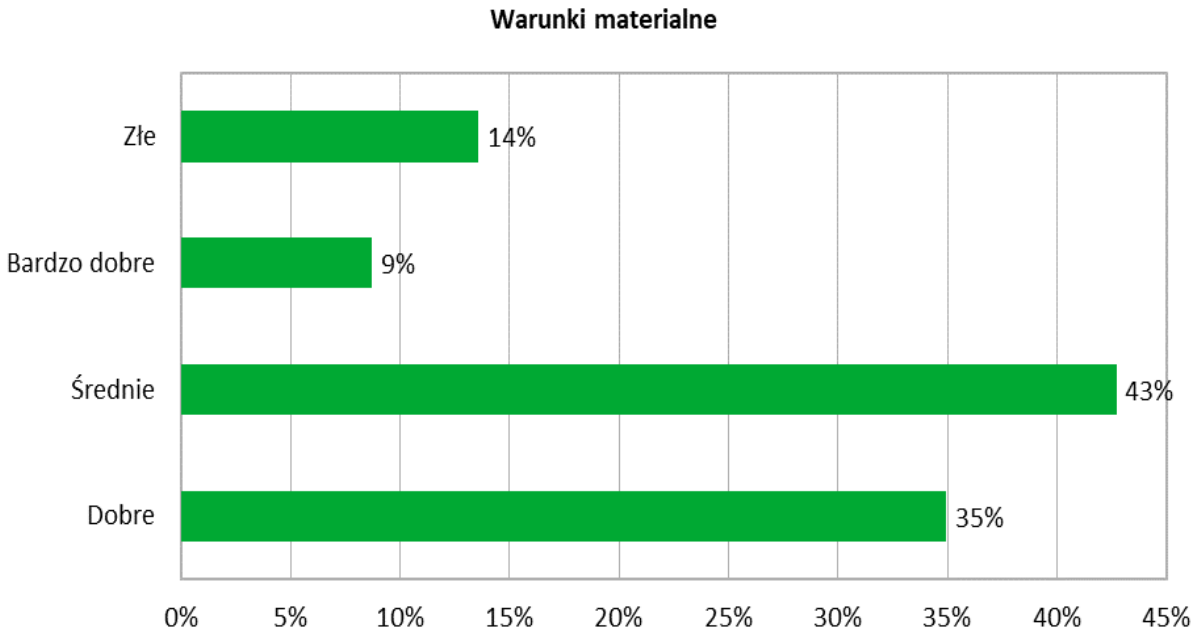
W badanej grupie przeanalizowano także poziom wykształcenia. 35% badanych pacjentek deklarowała posiadanie wykształcenia zawodowego, 34% - średniego, natomiast 11% - wykształcenie wyższe (Rycina 3).




**Rycina 3. Poziom wykształcenia badanej grupy**

Analizie poddano źródło utrzymania pacjentek odbywających terapię uzależnienia od alkoholu w oddziale całodobowym. Okazało się, że 35% pracowało zawodowo, 33% posiadało status bezrobotnej, 16% korzystało z prac dorywczych, a 17% posiadało rentę.

43% ankietowanych uważało, że jej warunki materialne są średnie, natomiast tylko 9% uważa, że są bardzo dobre (Rycina 4).



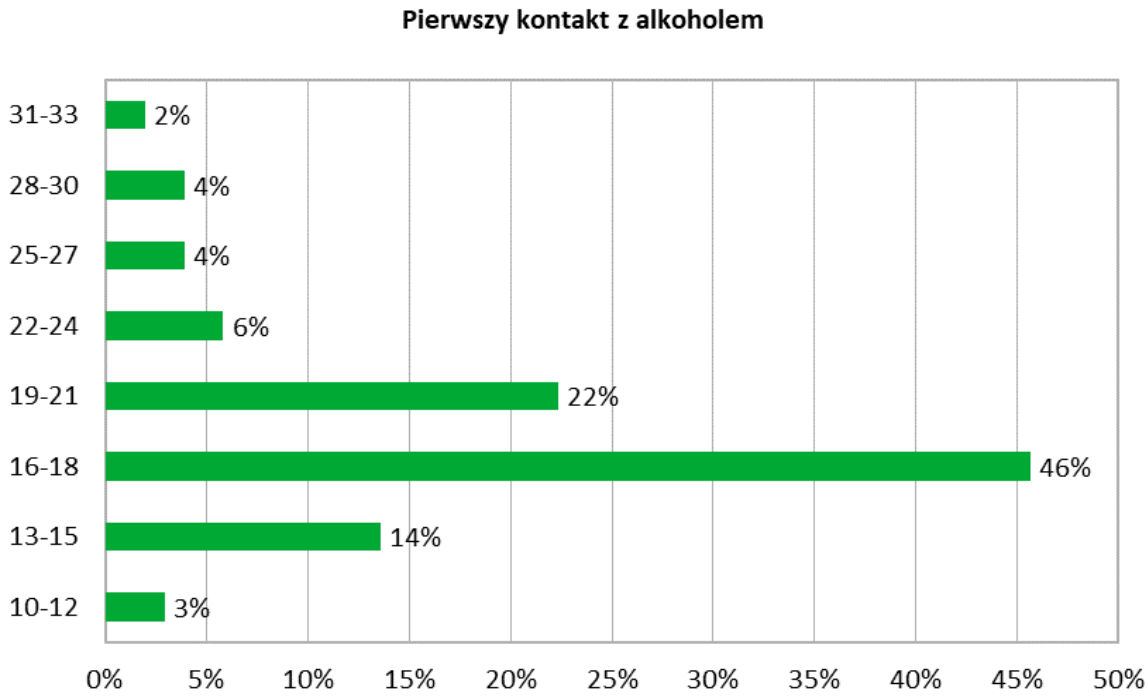

**Rycina 4. Źródło utrzymania badanej grupy**

84% pacjentek odbywających terapię uzależnienia od alkoholu w oddziale całodobowym posiadała dzieci.

Analizie poddano pierwszy kontakt z alkoholem badanych pacjentek. Wykazano, że 3% pacjentek swój pierwszy kontakt z alkoholem miało już w wieku 10 - 12 lat. Najwięcej jednak kobiet (46%) - w wieku 16 - 18 lat (Rycina 5).

47% pacjentek dobywających terapię uzależnienia od alkoholu w oddziale całodobowym w Choroszczy spożywało alkohol kilka razy w tygodniu, 29% - kilka razy w miesiącu, 21% - codziennie, a tylko 3% kilka razy w roku.

Najczęściej spożywanym alkoholem przez ankietowanych była wódka (44%), a następnie piwo (38%), wino (12%). Natomiast spożywanie alkoholi niekonsumpcyjnych typu „royal" deklarowało 7% pacjentek dobywających terapię uzależnienia od alkoholu w oddziale całodobowym w Choroszczy.




**Rycina 5. Pierwszy kontakt z alkoholem badanej grupy**

Zdecydowana większość ankietowanych (70%) zdeklarowała, że posiada ciągi alkoholowe do siedmiu dni, 10% - że powyżej miesiąca, 9% - że od 14 dni do miesiąca, 4%- od 11 dni do miesiąca, od 8 do 10 dni – 1%, a 5% pacjentek przyznała się, że ciągi alkoholowe mogą trwać nawet rok.

Duża liczba pacjentek (75%) przyznała się, że spożywała alkohol ciągami, a 25% pacjentek twierdziło, że takich ciągów nie miała.

Przeanalizowano także przeznaczenie pieniędzy na alkohol w ciągu miesiąca przez badaną grupę. 36% pacjentek w ciągu miesiąca przeznaczało na alkohol 100 złotych, a po 32% - 200 zł lub więcej.

78% kobiet przyznała się, że przez spożywanie alkoholu zaniedbała obowiązki rodzinne, pozostałe tak nie deklarowały.

77% pacjentek dobywających terapię uzależnienia od alkoholu w oddziale całodobowym w Choroszczy uważało, że straciła pracę przez nadużywanie alkoholu, a 23% tak nie uważało.

Połowa pacjentek (50%) podjęła terapię odwykową z własnej woli, 26% zdecydowało się na terapię odwykową na prośbę rodziny, a 23% otrzymało wyrok sądu.

Dolegliwości somatyczne spowodowane ze spożywaniem alkoholu odczuwało aż 74% pacjentek. Do ich odczuwania nie przyznała się 26% badanych.

Terapię odwykową 63% pacjentek podjęło pierwszy raz w życiu, natomiast dla 37% pacjentek była to kolejna terapia w życiu.

81% pacjentek pod wpływem alkoholu zrobiła rzeczy, których później żałowała, a 19% twierdziła, że nie miało to miejsca.

Pacjentki dobywające terapię uzależnienia od alkoholu w oddziale całodobowym w Choroszczy uczęszczają na zajęcia grupowe zadaniowo - motywacyjne (50%) oraz psychoedukację (50%).

94% pacjentek odbywających terapię odczuwało satysfakcję z pozostawienia w trzeźwości, a jedynie 6% nie.

84% pacjentek dostrzegła pozytywne zmiany w swoim życiu oraz otoczeniu, które były związane z podjęciem terapii odwykowej. Nie odczuwało ich 16% badanych.

Ponad połowa pacjentek (68%) uważała, że przez podjęcie terapii jej obecna sytuacja rodzino - społeczna uległa poprawie, a 32% nie zauważało jej.

W Tabeli I zestawiono podstawowe statystyki opisowe dla wybranych zmiennych ilościowych.

**Tabela I. Podstawowe statystyki opisowe dla wybranych zmiennych ilościowych**

| Zmienna | Średnia | Mediana | Minimum | Maximum |
|---|---|---|---|---|
| **Domena somatyczna** | 64 | 88 | 48 | 128 |
| **Domena psychologiczna** | 52 | 75 | 34 | 116 |
| **Domena socjalna** | 23 | 38 | 16 | 60 |
| **Domena środowiskowa** | 71 | 104 | 56 | 152 |
| **Całkowita punktacja** | 210 | 305 | 154 | 456 |

89% pacjentek poprzez podjęcie terapii odwykowej odczuwało chęć dbania o swój wygląd zewnętrzny. Takiej potrzeby nie miało 11% z nich.

83% pacjentek posiadało plany na dalsze życie bez spożywani alkoholu, a pozostałe 17% nie.

Dodatkowo celem obecnej pracy była ocena jakości życia 100 pacjentek odbywających terapię uzależnienia od alkoholu w oddziale całodobowym w Choroszczy.

Wykazano, że ich ogólna percepcja jakości życia jest - ani dobra, ani zła, natomiast u 3% pacjentek ogólna percepcja jakości życia była bardzo zła.

Na pytanie dotyczące indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia, tylko 23% pacjentek uważało, że jest bardzo dobra, a 22% - że bardzo zła.

Warto odnotować, iż najmniejszą wartość średnią uzyskano dla domeny socjalnej i psychologicznej, odpowiednio 23 punktów oraz 53 punktów.

## DYSKUSJA

Mellibruda oraz Sobolewska-Mellibruda, 2006 [9] podkreślają, iż od dawna zwraca się uwagę na odmienność i specyfikę alkoholizowania się kobiet. Najczęściej wyróżniane są takie różnice związane z płcią, jak [9]:

- Kobiety z reguły zaczynają nadużywać alkoholu w późniejszym wieku niż mężczyźni
- Kobiety szybciej i więcej doświadczają negatywnych skutków nadużywania alkoholu w wymiarze biologicznym, psychologicznym, jak i społecznym („teleskopowy rozwój uzależnienia u kobiet")
- U kobiet w sposób istotny zwiększają ryzyko uzależnienia się od alkoholu – obciążenia środowiskowe, lękowo-depresyjne cechy osobowości, zamieszkiwanie z pijącym partnerem, zaburzenia seksualne
- Kobiety podejmujące leczenie zgłaszają więcej różnorodnych problemów dotyczących życia osobistego, rodzinnego, pracy zawodowej, finansów i zdrowia
- W połączeniu z alkoholizmem u kobiet występuje więcej problemów psychicznych i emocjonalnych, zwłaszcza zaburzeń lękowych i depresji
- Kobiety mają zazwyczaj większe poczucie winy i krytycyzm
- U kobiet głównymi zwiastunami pojawienia się problemów alkoholowych są: początek nadużywania alkoholu w wieku dorastania, zaburzenia seksualne i/lub wykorzystanie seksualne w dzieciństwie, przebywanie w nieformalnym związku z partnerem nadużywającym alkoholu, zaburzenia depresyjne i/lub lękowe, przyjmowanie leków i innych substancji psychoaktywnych.

W roku 2016 w państwach członkowskich Unii Europejskiej wydatki na alkohol poniesione w gospodarstwach domowych wyniosły 1,6%, w tym najwyższe w krajach bałtyckich Unii Europejskiej [10].

Wśród państw nadbałtyckich Unii Europejskiej, dysponujących jednocześnie danymi dotyczącymi wysokości wydatków na alkohol w gospodarstwach domowych, na pierwszym miejscu znajduje się: Estonia - 5,6%, Łotwa - 4,8%, Litwa - 4,2%, Czechy oraz Polska z jednakową notą - 3,6% oraz Węgry i Finlandia z jednakową notą - 2,9% [10].

Agencja badawcza Nielsen przygotowała zestawienie alkoholi najczęściej spożywanych przez Polaków. Okazało się, że w roku 2018 Polacy wydali na zakup piwa rekordowe 16,7 mld zł (wyłącznie sprzedaż detaliczna), na zakup wódki - ponad 11 mld zł, a whiski - ponad 2,3 mld zł [11].

W badaniach własnych wykazano, że 36% pacjentek w ciągu miesiąca przeznacza na alkohol 100 złotych.

Według badań przeprowadzonych przez National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism w USA, picie alkoholu jest bardziej powszechne wśród mężczyzn niż wśród kobiet. W jednym z badań 34% kobiet i 56% mężczyzn przyznało się do wypicia co najmniej 12 standardowych drinków w roku poprzedzającym badanie, a 10% kobiet i 22% mężczyzn wypijało średnio 1 lub 2 drinki dziennie [12].

Według przeprowadzonych badań przez Su i wsp. [13] spożywanie alkoholu przez kobiety jest najbardziej powszechne wśród rozwiedzionych lub żyjących w separacji, z grupy wiekowej 26 - 34 lata. Ciągi picia (co najmniej 5 drinków przy jednej okazji 5 razy w miesiącu lub częściej) najczęściej obserwuje się wśród kobiet między 18. a 25. rokiem życia. Picie alkoholu jest bardziej rozpowszechnione wśród kobiet rasy białej, ale wystąpienie przypadków intensywnego picia jest bardziej prawdopodobne wśród kobiet czarnych [13].

Również Gąsior [14] dowodzi, że większość badanej grupy uzależnionej od alkoholu to kobiety samotne.

W przeprowadzonych badaniach własnych wykazano, że najwięcej pacjentek uzależnionych od alkoholu było w wieku 25 - 29 lat oraz 35 - 39 lat, natomiast najmniej pacjentek było w wieku 20 - 24 lata. Najwięcej pacjentek (40%) odbywających terapię było zamężnych, a 22% to panny, 19% - rozwódki, 18% - wdowy. 47% pacjentek dobywających terapię uzależnienia od alkoholu w oddziale całodobowym w Choroszczy spożywało alkohol kilka razy w tygodniu, 29% - kilka razy w miesiącu, a 21% - codziennie. Ponad połowa

ankietowanych (70%) zdeklarowała, że posiada ciągi alkoholowe do siedmiu dni, a u 5% pacjentek trwały nawet rok.

Według Benshoff [15] i Klein [16], ryzyko wystąpienia problemów alkoholowych nie maleje wraz z wiekiem i dość często zdarza się, że starsze osoby nadużywają alkoholu.

W przeprowadzonych badaniach 10% kobiet uzależnionych od alkoholu było w wieku 60 - 65 lat.

Według Chodakiewicz i wsp., przyrost prób picia alkoholu obserwuje się pomiędzy 9. a 10. rokiem życia. W młodszym wieku częściej próbują pić chłopcy, ale w wieku 14 - 15 lat dziewczęta dorównują chłopcom [17].

Z badań Sierosławskiego i wsp. wynika, iż 97,9% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych już ma za sobą próby picia alkoholu [18].

Grant i wsp. wykazali, że u 40% osób, które zaczęły pić alkohol przed ukończeniem 15. roku życia, w jakimś momencie życia rozpoznawano uzależnienie od alkoholu. Natomiast wśród osób, które zaczęły pić alkohol w wieku 20 lat lub później, uzależnionych od alkoholu w jakimś okresie życia było tylko 10% [19].

W badaniach własnych wykazano, że już 3% pacjentek, swój pierwszy kontakt z alkoholem miała w wieku 10 - 12 lat, a najwięcej kobiet (46%) pierwszy kontakt z alkoholem miała w wieku 16 - 18 lat.

Według Frąckowiaka i wsp., po alkohol najczęściej sięgają mieszkańcy miast powyżej 100 tys. mieszkańców - 87% , natomiast mieszkańcy wsi - 82% [20].

Analizując uzyskane wyniki badań wykazano, iż większość pacjentek - 59% zamieszkiwało tereny miejskie, a 41% - wiejskie.

Według Bronowskiego i wsp. [21] najczęściej osoby uzależnione od alkoholu posiadają wykształcenie zawodowe - 30,4% oraz podstawowe - 15,5%. Grupa osób z średnim i wyższym wykształceniem stanowi tylko - 27,4% [21].

W badanej grupie 35% pacjentek deklarowała posiadanie wykształcenia zawodowego, 34% - średniego, natomiast tylko 11% - wykształcenie wyższe.

Według przeprowadzonych badań przez Bronowskiego i wsp. [21] wykazano, że emerytura była podstawowym źródłem utrzymania dla 73,8% badanych, a praca zawodowa stanowiła źródło utrzymania dla 5,8% z nich. Bez stałego źródła dochodu pozostawało - 2,6% badanych [21].

W przeprowadzonych badaniach analizie także poddano źródło utrzymania pacjentek odbywających terapię uzależnienia od alkoholu w oddziale całodobowym. Stwierdzono, że

35% pracowało zawodowo, 33% posiadało status bezrobotnej, 16% korzystało z prac dorywczych, a 17% posiadało rentę.

Według Gromadeckiej - Sutkiewicz i wsp. [22], najczęściej spożywanym alkoholem wśród badanych jest piwo - 72% respondentów, wino - 23% i alkohole wysokoprocentowe - 36%.

Z badań przeprowadzonych przez Bronowskiego dominującą pozycję wśród rodzajów spożywanego alkoholu zajmuje piwo - 56,3% oraz wódka - 54,8% [21].

Najczęściej spożywanym alkoholem przez obecnie ankietowane była wódka - 44%, piwo - 38%, wino - 12%. Natomiast alkohole niekonsumpcyjne typu „royal" spożywa - 7%.

Gąsior w przeprowadzonych badaniach dowiódł, że w opinii 65% przez niego badanych ich sytuacja materialna i rodzinna przez alkoholizm jest zła [23].

W badaniach własnych 43% ankietowanych twierdziło, że jej warunki materialne są średnie, natomiast tylko 9% uważało je za bardzo dobre. W opinii 77% pacjentek straciły pracę przez nadużywanie alkoholu, a 78% kobiet przyznało się, że przez spożywanie alkoholu zaniedbała obowiązki rodzinne.

Według Tapert i wsp., intensywne spożywanie alkoholu wiąże się z jego szkodliwym wpływem na mózg, przez zakłócenie prawidłowego rozwoju OUN oraz na funkcje poznawcze [24].

Także Falewicz [25] podkreśla, że alkohol uszkadza centralny i obwodowy układ nerwowy i powoduje występowanie różnych chorób nerwowych i psychicznych oraz oddziałuje także na inne narządy. W zespole uzależnienia alkoholowego spotyka są m.in. powikłania internistyczne (np. choroby, uszkodzenia wątroby i trzustki, dróg oddechowych), neurologiczne i psychiatryczne (np. padaczka alkoholowa, uszkodzenia nerwów obwodowych, otępienie alkoholowe, encefalopatia alkoholowa, alkoholowy zanik móżdżku, majaczenie drżenne, halucynoza alkoholowa, obłęd alkoholowy, psychoza Korsakowa) oraz dermatologiczne (np. charakterystyczne przebarwienia skóry, przewlekłe zapalenia spojówek, zmiany w naczyniach skórnych) [25].

Do dolegliwości somatycznych spowodowanych spożywaniem alkoholu przyznało się aż 74% obecnych pacjentek.

Woronowicz uważa, że „*bez bliskich i przyjaciół każdy alkoholik dużo wcześniej osiągnąłby swoje dno, od którego musi się odbić, by zacząć zdrowieć. Rodzina działa jak mechanizm zegarka, pojedyncze tryby to mąż, żona, dzieci, dziadkowie, przyjaciele zazębiają się i obracają w tym samym rytmie*" [26].

Analizie poddano powód podjęcia terapii odwykowej przez pacjentki i stwierdzono, że 26% pacjentek zdecydowała się na terapię odwykową na prośbę rodziny, 50% - z własnej woli, a 23% otrzymało wyrok sądu.

Według badań Kucińskiej i wsp. [27], 38% uzależnionych od alkoholu przerywa proces terapii już w czasie programu podstawowego.

Analizując badania własne, terapię odwykową 63% pacjentek podjęło pierwszy raz w życiu, natomiast dla 37% pacjentek była to już kolejna terapia w życiu. Pacjentki najczęściej uczęszczały na zajęcia grupowe zadaniowo-motywacyjne (50%) oraz psychoedukację (50%).

Castonguay i wsp. [28] uważają, że to, w jakim stopniu alkoholik będzie potrafił dać sobie radę w dalszym życiu bez sięgania po alkohol w dużej mierze zależy od tego, w jakim stopniu oraz z jakim zaangażowaniem poddał się odbywanej przez siebie terapii.

Według Wnuk, zdecydowana większość osób, które podjęły leczenie uzależnienia, po wyjściu na zewnątrz i powrocie do społeczeństwa zaczyna normalnie funkcjonować bez powrotu do starego schematu życia, czyli sięgania po alkohol [29].

W przeprowadzonych badaniach wykazano, że 94% pacjentek odbywających terapię odczuwało satysfakcję z pozostawienia w trzeźwości. 84% pacjentek dostrzegało pozytywne zmiany w swoim życiu oraz otoczeniu, które były związane z podjęciem terapii odwykowej. Ponad połowa pacjentek (68%) uważała, że przez podjęcie terapii obecna sytuacja rodzino - społeczna uległa poprawie.

Podsumowaniem mogą być obserwacje Dudek [30], która podkreśla, iż problem nadużywania alkoholu przez kobiety narasta, a programy terapeutyczne nie są wystarczająco przygotowane do specyfiki alkoholizmu kobiet. Nie ma niestety odrębnego alkoholizmu kobiet i mężczyzn, ale są różnorodne specyficzne problemy dotyczące powstawania i przebiegu alkoholizmu w zależności od płci. Jak podkreśla autorka [30] uwzględnienie tych problemów oraz typów alkoholizmu i wyjście im naprzeciw to jedyna metoda mogąca zwiększyć skuteczność oddziaływań leczniczych u kobiet.

## WNIOSKI

1. Najwięcej badanych pacjentek było w wieku 25-29 lat oraz 35 - 39 lat, zamieszkiwało tereny miejskie, pracowało zawodowo, miało rodziny i wykształcenie zawodowe.

2. Większość pacjentek swój pierwszy kontakt z alkoholem miało w wieku 10 - 12 lat, spożywało alkohol codziennie, głównie wódkę i na alkohol przeznaczało 100 złotych
3. Większość badanych przyznała się, że spożywała alkohol ciągami, a u 5% ciągi alkoholowe trwały nawet rok.
4. Większość kobiet przyznała się, że przez spożywanie alkoholu zaniedbała obowiązki rodzinne, straciła pracę, ale podjęła terapię odwykową z własnej woli, w tym już kolejną.
5. Większość pacjentek odczuwała dolegliwości somatyczne spowodowane ze spożywaniem alkoholu i zrobiła rzeczy, których później żałowała.
6. Większość kobiet odczuwała satysfakcję z pozostawienia w trzeźwości, dostrzegła pozytywne zmiany w swoim życiu oraz otoczeniu, które były związane z podjęciem terapii odwykowej, odczuwała chęć dbania o swój wygląd zewnętrzny i uważała, że przez podjęcie terapii jej obecna sytuacja rodzino - społeczna uległa poprawie.

## PIŚMIENNICTWO


1. Górna K., Suwalska A.: Badania jakości życia w psychiatrii. [w:] Jakość życia w naukach medycznych, Wołowicka L. (red.). Poznań, Wydawnictwo UM, 2001: 20-52.
2. Hędzelek M., Wnuk M., Marcinkowski J. T.: Jakość życia studentów eksperymentujących z narkotykami. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2009; 90(3): 415-423.
3. Chodkiewicz J.: Ocena jakości życia alkoholików przed i po terapii odwykowej. Co zmienia się w czasie leczenia? Alkoholizm i narkomania, 2012; 2: 133-150.
4. Smith K.W., Larson M.J.; Quality of Life Assessments by Adult Substance Abusers Receiving Publicly Funded Treatment in Massachusetts. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 2003; 29(2): 323- 335.
5. Daeppen J.B., Krieg M.A., Burnand B., Yersin B.: MOS-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 1998; 24(4): 685-694.
6. Polak K.: Ocena jakości życia żołnierzy zawodowych z rozpoznaniem zespołu zależności alkoholowej. Psychiatria Polska, 2001; 6: 1057-1070.
7. Donovan D., Mattson M., Cisler R., Longabaugh R., Zweben A.: Quality of life as an outcome measurement in alcoholism treatment research. Journal of Studies on Alcohol, 2005; 15: 119-139.

8. Woronowicz B.: Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia. Warszawa, Wydawnictwo Media Rodzina, 2009.
9. Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z.: Integracyjna psychoterapia uzależnień, Warszawa, Wydawnictwo IPZ, 2006.
10. http://www.parpa.pl/index.php/wiadomosci-ze-swiata/rok-2017 (data dostępu 6.05.2020).
11. https://www.wiadomoscihandlowe.pl/artykuly/rynek-alkoholi-w-polsce-2018-na-co-polacy-wydali-n,52316/1 (data dostępu 6.05.2020).
12. NIAAA. Drinking in the United States: Main Findings From the 1992 National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES). U.S. Alcohol Epidemiologic Data Reference Manual. Vol. 6. 1st ed. Bethesda, MD: The Institute, 1998.
13. Su S.S., Larison C., Ghadialy R.: Substance Use Among Women in the United States. SAMHSA Analytic Series A-3. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration 1997: 1204.
14. Gąsior K.: Typ alkoholizmu u kobiet. Alkoholizm i Narkomania 2005; 18(1): 39-56.
15. Benshoff J.J., Harrawood L.K.: Substance abuse and the elderly: unique issues and concerns. Journal of Rehabilitation Medicine, 2003; 69: 43-48.
16. Klein W.C., Jess C.: One last pleasure? Alcohol use among elderly people in nursing homes. Health & Social Work, 2002; 27: 193-203.
17. Chodkiewicz J., Juczyński Z.: Problem używania środków psychoaktywnych przez młodzież. Alkoholizm i Narkomania, 2002; 4: 413-415.
18. Sierosławski J., Prajsner B.: Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2003: 14-22.
19. Grant B.F., Dawson D.A.: Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey, 1997: 103-110.
20. Frąckowiak M., Motyka M.: Zespół zależności alkoholowej: charakterystyka, fazy rozwoju, metody diagnozowania. Problemy Higieny i Epidemiologia, 2015; 96(2): 315-320.
21. Bronowski P., Sawicka M., Kluczyńska S.: Rozpowszechnienie spożycia alkoholu wśród pacjentów szpitali ogólnych po 60. roku życia. Gerontologia Polska, 2011; 19(1): 47-52.
22. Gromadecka - Sutkiewicz M., Dziwak A., Kłos J.: Młodzież licealna i alkohol. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2008; 89(2): 293-296.

23. Chodkiewicz J., Gąsior K.: Wybrane zagadnienia psychologii alkoholizmu. Warszawa, Wydawnictwo Difin, 2013.
24. Tapert S.F., Caldwell L., Burke C.: Alcohol and the Adolescent Brain: Human Studies. Alcohol Research and Health, 2004; 28(4): 205-212.
25. Falewicz J.: ABC problemów alkoholowych. Warszawa, PARPA, 1993.
26. Woronowicz B. T.: Na zdrowie. Jak poradzić sobie z uzależnieniem od alkoholu, Poznań, Wydawnictwo Edukacyjne PARPA Media, 2008: 33-47.
27. Kucińska M., Mellibruda J.: Program analizy procesu i efektów terapii alkoholików – APETA. Koncepcja i dotychczasowy przebieg badań. Alkoholizm i Narkomania, 1997; 3(28): 325-229.
28. Castonguay L.G., Beutler L.E.: Principles of therapeutic change that work. Oxford University Press, Oxford, 2013.
29. Wnuk M.: Abstynencja i długość pobytu w ruchu samopomocy a dobrostan psychiczny osób uzależnionych od alkoholu. Mediacyjna rola Programu Dwunastu Kroków. Alkoholizm i narkomania, 2007; 20(4): 12-19.
30. Dudek K.: Specyfika kobiecego uzależnienia od alkoholu, Kwartalnik Naukowy, 2011; 4(8): 14-28.

# Ocena zachowań zdrowotnych u osób uzależnionych od alkoholu

Maria Biruk[1], Grzegorz Bejda[2], Agnieszka Kułak-Bejda[3]

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
3. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

## WPROWADZENIE

Zdrowiem nie jest wyłącznie całkowity brak choroby lub niepełnosprawności, a stanem pełnego umysłowego, fizycznego oraz społecznego dobrostanu. W ostatnim czasie definicja ta została dodatkowo uzupełniona o sprawność do prowadzenia wydajnego życia społecznego oraz ekonomicznego, oraz o wymiar duchowy. Według Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych oraz Kulturalnych w artykule 12: państwa Strony tego Paktu uznają prawo każdego człowieka do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony fizycznego oraz psychicznego zdrowia, zobowiązując Strony do zapewnienia tegoż prawa. Wyróżnia się zdrowie [1]:

- fizyczne, czyli prawidłowe funkcjonowanie organizmu, jego wszystkich układów oraz narządów,
- psychiczne, w tym:
  - zdrowie emocjonalne, czyli zdolność do rozpoznawania emocji i wyrażania ich w odpowiedni sposób, jak też umiejętność radzenia sobie ze stresem, lękiem, napięciem, agresją i depresją,
  - zdrowie umysłowe, czyli zdolność do jasnego, logicznego myślenia,
- społeczne, czyli zdolność do nawiązywania, podtrzymywania oraz rozwijania właściwych relacji z innymi ludźmi,
- duchowe, jest u niektórych ludzi związane z praktykami i wierzeniami religijnymi, u innych oznacza osobisty zbiór zasad, zachowań oraz sposobów osiągania wewnętrznej równowagi oraz spokoju.

Na zdrowie indywidualne oraz zdrowie całych zbiorowości, wg Światowej Organizacji Zdrowia, wpływa szereg różnych czynników, takich jak [1]:

- warunki otaczającego środowiska,
- czynniki genetyczne,
- poziom wykształcenia,
- warunki ekonomiczne,
- stosunki międzyludzkie w najbliższym otoczeniu oraz w rodzinie,
- dostępność oraz korzystanie z opieki zdrowotnej.

Zdaniem Lalonde'a występują cztery podstawowe czynniki wpływające na stan zdrowia człowieka [cyt. za 2]:

- styl życia,
- biologia,
- środowisko,
- opieka zdrowotna.

Według tego autora zdrowie można zachować oraz polepszyć zarówno dzięki zastosowaniu dorobku rozwiniętej nauki o zdrowiu oraz opiece zdrowotnej, jak też poprzez wybór odpowiedniego stylu życia [cyt. za 2].

Zdrowie stanowi rezultat działania czynników ściśle związanych z dziedziczeniem genetycznym, ze środowiskiem, stylem życia oraz z opieką medyczną. Promowanie zdrowego stylu życia może korzystnie wpłynąć na poprawę stanu zdrowia oraz zmniejszyć zapotrzebowanie na opiekę medyczną [cyt. za 2].

Warto nadmienić, że ochrona zdrowia polega przede wszystkim na zapobieganiu oraz leczeniu chorób i na utrzymaniu dobrego samopoczucia psychicznego i fizycznego poprzez korzystanie z usług medycznych i pielęgniarskich, jak również pokrewnych profesji medycznych. Światowa Organizacja Zdrowia głosi, że ochrona zdrowia obejmuje wszystkie działania, podejmowane w celu promowania zdrowia, do których należą środki zapobiegawcze, łagodzące oraz lecznicze, stosowane zarówno w stosunku do jednostek, jak i w stosunku do ogółu populacji. Zdaniem Błajeta występują trzy główne modele wpływu na zdrowie [3]:

- Społeczno - ekologiczny - podkreślający odpowiedzialność za zdrowie każdego człowieka, wyrażający się w jego stylu życia. Występują trzy grupy czynników, które determinują zdrowie jednostki:
  - biologiczne,
  - środowiskowe,

- styl życia.

- Salut genetyczny - model edukacji prozdrowotnej w aspekcie pozytywnym, akcentujący z całym naciskiem możliwość kreowania zdrowia oraz jest, jak się okazuje, wyjątkowo skuteczny pod względem trwałości rezultatów oddziaływań, czyli najbardziej użyteczny z punktu widzenia idei promocji zdrowia.
- Logiczny poziom zdrowia – jest to wpływ osobowości, stylu życia na zdrowie jednostki. Model ten wskazuje na uwarunkowania środowiskowe oraz behawioralne zdrowia oraz podkreśla wpływ czynników, takich jak:
  - system wartości,
  - przekonania,
  - tożsamość,
  - duchowość.

Według Puchalskiego miano zachowań zdrowotnych to wybrane przez obserwatora bądź podmiot działania i zachowania, które na podłożu pewnego systemu wiedzy znajdują się w istotnym, zdefiniowanym w uznanej opcji związku ze zdrowiem, określanym w znaczeniu ustalonym w tymże systemie wiedzy [4].

Znaczenie mechanizmów psychologicznych w zachowaniach zdrowotnych podkreśla Gochman [cyt. za 5], który sygnalizuje podmiotowy charakter zachowań zdrowotnych. Zachowania zdrowotne mogą obejmować elementy takie, jak: motywy, przekonania, myślenie, oczekiwania i przewidywania oraz emocjonalne mechanizmy osobowości [cyt. za 5]. Zachowania zdrowotne mogą posiadać charakter [cyt. za 5]:

- reaktywny - odpowiedź na modę i wymagania społeczne,
- nawykowy - efekt socjalizacji,
- czynności intencjonalnych - celowe zachowania, uwarunkowane wiedzą i świadomość zdrowotna.

Zachowania zdrowotne klasyfikuje się na:

- sprzyjające zdrowiu – pozytywne, które służą zapobieganiu chorobie, wspieraniu zdrowia oraz wspomaganiu powrotu do zdrowia;
- antyzdrowotne - negatywne, które powodują powstanie zaburzeń zdrowia oraz emocjonalnej, fizycznej i psychospołecznej sferze człowieka [cyt. za 5].

Od poziomu świadomości danej jednostki zależne jest wykształcenie zachowań pro- oraz antyzdrowotnych.

Wyróżnia się takie klasy zachowań prozdrowotnych, jak [6]:

- zwyczaje żywieniowe - jedzenie odpowiedniej ilości owoców i warzyw, ograniczanie spożycia tłuszczów zawierających cholesterol;
- unikanie używek;
- pozytywne praktyki zdrowotne - ćwiczenia fizyczne, mycie zębów, higiena osobista;
- bezpieczeństwo komunikacyjne - bezpieczne prowadzenie samochodu, zapinanie pasów bezpieczeństwa;
- zachowania związane z działalnością prewencyjną - okresowe wizyty kontrolne u lekarza.

Kryterium klasyfikacji zachowań prozdrowotnych stanowią w definicji WHO następujące płaszczyzny zdrowia: psychiczna, fizyczna i społeczna. Można wymienić zachowania zdrowotne zorientowane na charakter [cyt. za 5]:

- utrzymanie zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego jednostki,
- poprawę zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego jednostki,
- przywrócenie jednostce zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego.

Na formowanie się zachowań zdrowotnych oddziałuje wiele czynników. Troska o zdrowie fizyczne związana jest z higieną osobistą, otoczenia, prawidłowym odżywianiem, wykonywaniem ćwiczeń ruchowych, hartowaniem, które sprzyja wzrostowi odporności organizmu. Zdrowie psychiczne można utrzymać w odpowiedniej kondycji dzięki skutecznym metodom radzenia sobie ze stresem oraz metod budujących wysoką samoocenę. [5].

W kształtowaniu zachowań zdrowotnych ogromne znaczenie mają także różnego rodzaju media, które stały się one wiodącym źródłem informacji, w tym również o zdrowiu. Rozpropagowaniu wiedzy o zdrowiu i chorobie sprzyjają rozmaite kampanie społeczne i ruchy społeczne, w tym sprzyjające zachowaniom prozdrowotnym. Niestety mogą tu być także np.: strony internetowe propagujące głodzenie się, które mogą wpływać na zdrowie negatywnie [7].

Do społeczno - demograficznych uwarunkowań zachowań zdrowotnych zalicza się [8]:

- płeć,
- stan cywilny,
- sytuację materialną,
- sytuację rodzinną,

- wiek,
- wykształcenie,
- zawód.

W wielu pracach wykazano, że wykształcenie, stan cywilny i sytuacja ekonomiczna, różnicują postawy wobec zdrowia oraz choroby. Osoby deklarujące wyższe wykształcenie oraz posiadające rodzinę i dzieci z reguły częściej prezentują zachowania prozdrowotne. Realizację prozdrowotnych zachowań także ułatwia wyższy status ekonomiczny (m.in.: lepszy dostęp do leków, form aktywności rekreacyjnej i sportowej, do stosowania diety zdrowej i zbilansowanej). Wielu autorów, badając czynniki osobowościowe, które mogą mieć istotne znaczenie w podejmowaniu zachowań zdrowotnych, skupiało się na determinantach zachowań niekorzystnych dla zdrowia (antyzdrowotnych lub nawet ryzykownych), takich jak picie alkoholu, palenie tytoniu, zażywanie środków narkotycznych. Uważa się, że do cech osobowości sprzyjających powyższym zachowaniom należą [8]:

- nadmierna zależność od innych,
- niedojrzałość emocjonalna,
- niska odporność na stres,
- niska samoocena,
- osobiste zasoby jednostki bezpośrednio powiązane z osobowością (np. przekonania i oczekiwania danej jednostki).
- poczucie izolacji,
- trudność w wyrażaniu uczuć,
- wysoki poziom niepokoju.

Z zachowaniami zdrowotnymi wiążą się także m.in. [9]:

- poczucie koherencji,
- poczucie własnej skuteczności.
- wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia,
- życiowy optymizm.

Podsumowując, zachowania zdrowotne to niezwykle istotny element życiowej aktywności człowieka, a w poprawie zdrowia całego społeczeństwa duże znaczenie ma nie tylko wiedza dotycząca rodzajów zachowań sprzyjających zdrowiu, ale także sposobów ich modyfikacji. Wiedza powinna być jednak dodatkowo wspierana własnymi pozytywnymi

doświadczeniami jednostki i dostępnością atrakcyjnych modeli, promujących konkretny wzorzec zachowań.

## CEL PRACY

**Cel główny pracy**, to zbadanie problematyki zachowań zdrowotnych u osób uzależnionych od alkoholu i ma za zadanie ocenę:

1. Częstotliwość spożywania alkoholu wśród badanych osób.
2. Podejście osób badanych do spożywania alkoholu oraz jego negatywnego wpływu na zdrowie.
3. Zachowania zdrowotne osób uzależnionych od alkoholu.

Problem głównym niniejszej pracy była ocena, w jakim stopniu osoby uzależnione od alkoholu przejawiają zachowania zdrowotne, a problemy szczegółowe obejmowały:

1. Jak często badani spożywają alkohol?
2. Jakie jest podejście osób badanych do spożywania alkoholu i jego wpływu na zdrowie?
3. Jakie są zachowania zdrowotne osób uzależnionych od alkoholu?

Ustalono także hipotezę główną: założono, że osoby uzależnione od alkoholu pomimo jego ewidentnej szkodliwości i przeciwwskazań zdrowotnych nie przejawiają prawidłowych zachowań zdrowotnych.

**Postawione hipotezy szczegółowe** zakładały, że

1. badani mają problem z alkoholem.
2. badani mają świadomość szkodliwości alkoholu.
3. osoby z problemem alkoholowym nie przestrzegają prawidłowych zachowań zdrowotnych.

## MATERIAŁ I METODY

W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego.

Na potrzeby niniejszych badań wykorzystano następujące narzędzie badawcze: autorski kwestionariusz ankiety oraz Standaryzowany Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ).

Anonimowy kwestionariusz ankiet oraz Standaryzowany Inwentarz Zachowań Zdrowotnych zostały rozdane respondentom w sierpniu 2018 roku. Ankiety były wypełniane na bieżąco, przy osobie prowadzącej badania, która w razie konieczności służyła respondentom pomocą oraz podpowiedzią.

Wyjaśniono ankietowanym cel badań oraz zapewniono anonimowość i dyskrecję. Respondenci byli przychylni badaniom, chętnie brali udział w badaniach, wyrażali swoją opinię na temat twierdzeń zawartych w ankietach. Na wypełnienie ankiet badani mieli zagwarantowaną odpowiednią ilość czasu (średnio potrzebowali około 15 - 20 minut). Badania przebiegły bez zakłóceń i wszystkie czynności odbyły się zgodnie z planem. Wypełnione ankiety zostały zliczone, a następnie na ich podstawie wyciągnięto dane, które posłużyły jako ważne wyniki badań.

IZZ jest przeznaczony do badania zdrowych i chorych osób dorosłych. Zawiera 24 stwierdzenia opisujących różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem tj.: zachowania profilaktyczne, nawyki żywieniowe, praktyki zdrowotne, pozytywne nastawienia psychiczne. Pozwala ustalić ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych i stopień nasilenia czterech kategorii tych zachowań: zachowanie profilaktyczne, prawidłowe żywienie, pozytywne nastawienie psychiczne, praktyka zdrowotna [10].

Zgodność wewnętrzna IZZ została ustalona na podstawie ***alfa*** Cronbacha i wynosi 0,85 dla całego Inwentarza, natomiast dla jego czterech podskal mieści się od 0,60 do 0,65. W badaniu test-retest, przeprowadzonym na 30 osobach w odstępie sześciu tygodni, uzyskano wskaźnik korelacji 0,88. Respondent zaznaczał, jak często wykonywał podane czynności związane ze zdrowiem, oceniając każde z wymienionych w inwentarzu zachowań na skali pięciostopniowej: 1- prawie nigdy, 2- rzadko, 3- od czasu do czasu, 4- często, 5- prawie zawsze [10].

Zaznaczone przez badanego wartości liczbowe zliczano celem uzyskania w granicach od 24 do 120 punktów. Im wyższy wynik uzyskiwał badany, tym większe było nasilenie deklarowanych przez niego zachowań zdrowotnych [10].

Ogólny wskaźnik, po przekształceniu na jednostki standaryzowane w oparciu o poniższą tabelę podlegał interpretacji stosownie do właściwości charakteryzujących skalę stenową, a wyniki w granicach [10]:

- 1 - 4 stena, wynik niski,
- 5 i 6 stena, wynik przeciętny,
- 7 - 10 stena, wynik wysoki.

Oddzielnie obliczono nasilenie czterech kategorii zachowań zdrowotnych (wskaźnik to średnia liczba punktów w każdej kategorii, suma punktów podzielona przez 6) [10]:

- Prawidłowe nawyki żywieniowe (pytania 1, 5, 9,13,17,21).
- Zachowania profilaktyczne (2, 6, 10, 14, 18, 22).
- Pozytywne nastawienia psychiczne (3, 7, 11, 15, 19, 23).
- Praktyki zdrowotne (4, 8, 12, 16, 20, 24).

Wyniki badań zamieszczono za pomocą: wykresów oraz dokładnie je podsumowano.

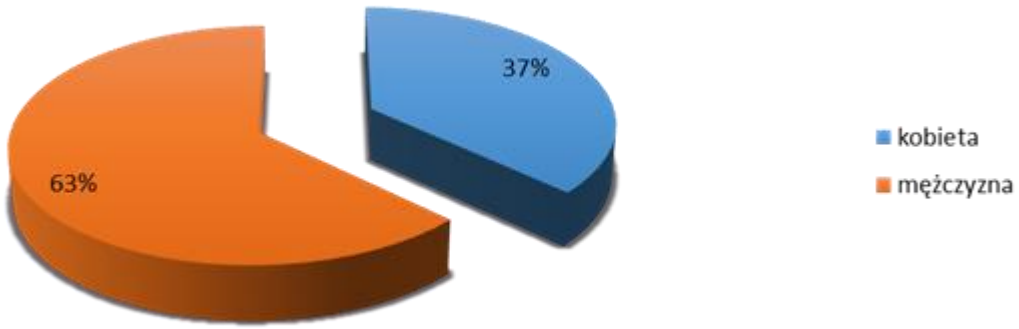
Dane pochodzące z kwestionariuszy przeprowadzonych badań stanowią podstawę analizy prezentowanej w rozdziale „Analiza wyników badań własnych".

## WYNIKI

W badaniach został wykorzystany dobór celowy, który występuje na podstawie indywidualnej wiedzy o badanej populacji oraz na podstawie wybranych celów badawczych.

Terenem badań był Samodzielny Publiczny Psychiatryczny ZOZ w Choroszczy.

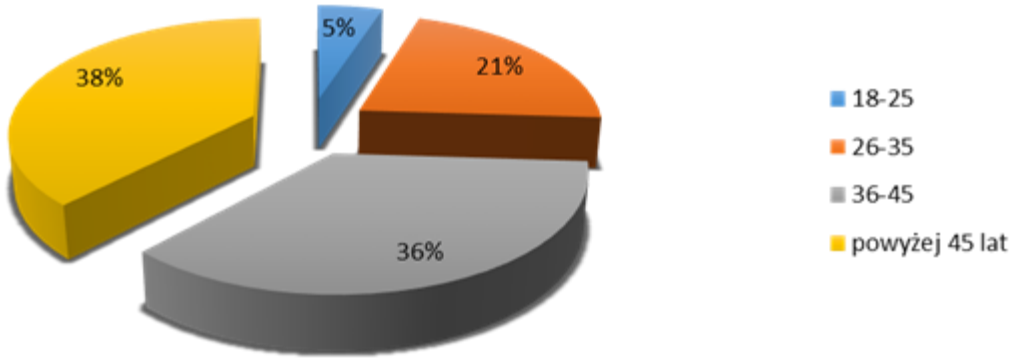
Próbą badaną objęto 100 osób dorosłych, uzależnionych od alkoholu. Rycina 1 przedstawia udział badanych w badaniu z uwagi na płeć.



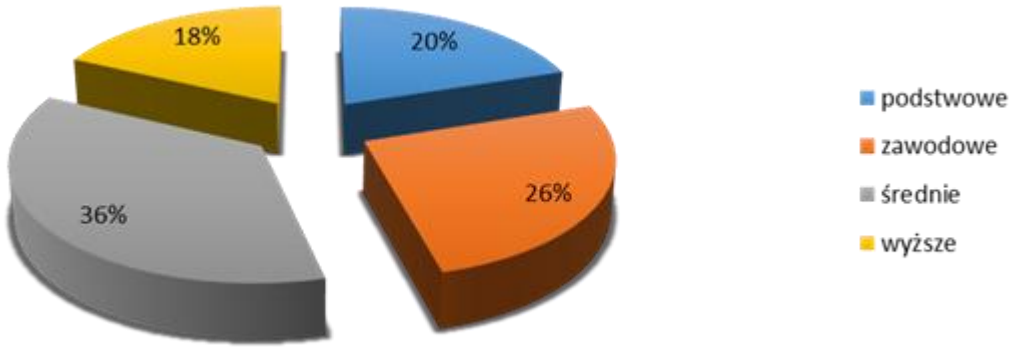

**Rycina 1. Płeć badanych**

W badaniu wzięło udział 37% kobiet oraz 63% mężczyzn. Rycina 2 przedstawia udział badanych w badaniu z uwagi na wiek: 5% ankietowanych było w wieku od 18 do 25 lat, 21% badanych w wieku od 26 do 35 lat, 36% respondentów w wieku od 36 do 45 lat i 38% ankietowanych w wieku powyżej 45 lat.

Rycina 3 przedstawia udział badanych w badaniu z uwagi na wykształcenie. W niniejszych badaniach wzięło udział 20% ankietowanych z wykształceniem podstawowym, 26% respondentów z wykształceniem zawodowym, 36% badanych z wykształceniem średnim, natomiast tylko 18% ankietowanych posiadało wykształcenie wyższe.




**Rycina 2. Wiek badanych**



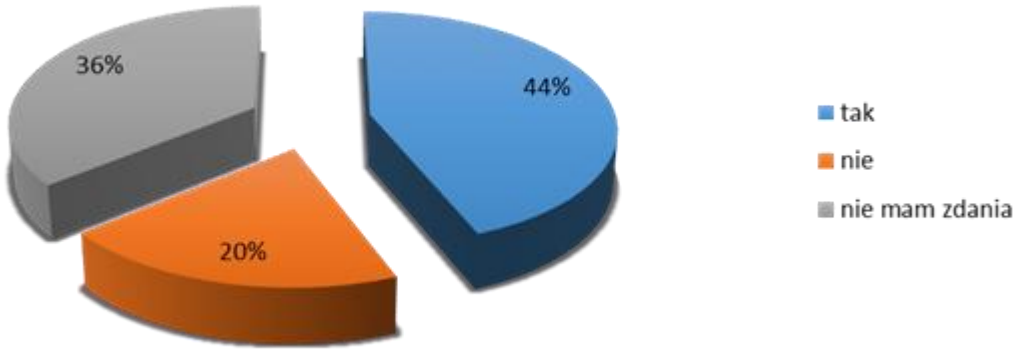

**Rycina 3. Wykształcenie badanych**

## Częstotliwość spożywania alkoholu wśród badanych osób

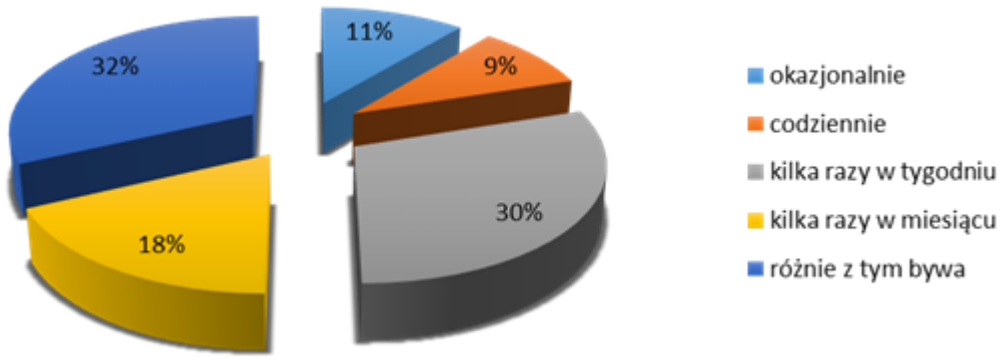
44% ankietowanych uważało, iż spożywanie alkoholu stanowi problem, 36% badanych nie miało zdania na ten temat, a 20% respondentów uważało, iż spożywanie alkoholu nie stanowi problemu (Rycina 4).

Na pytanie: Jak często pije Pani/Pan alkohol? 32% ankietowanych odpowiedziało „różnie z tym bywa", 30% badanych odpowiedziało „kilka razy w tygodniu", 18% respondentów - „kilka razy w miesiącu", 11% ankietowanych - „okazjonalnie", a 9%

badanych - „codziennie”. Żadna z osób biorących udział w badaniu na powyższe pytanie nie udzieliła odpowiedzi „nie piję w ogóle” (Rycina 5).




**Rycina 4. Spożywanie alkoholu jako problem- w opinii badanych**

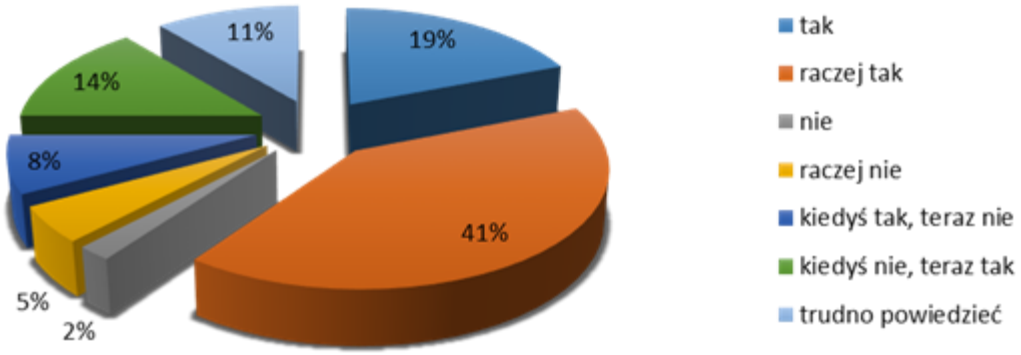



**Rycina 5. Częstotliwość picia alkoholu - opinia respondentów**

Wyniki otrzymane na pytanie: Czy uważa Pani/Pan, że ma problem z alkoholem? - 41% badanych uważało, iż raczej ma problem z alkoholem, 19% ankietowanych - iż ma problem z alkoholem, 14% - iż kiedyś nie miało problemu z alkoholem, a teraz ma, 11% - trudno jest powiedzieć, 8% badanych respondentów uważało, iż kiedyś mieli problem z alkoholem, a teraz nie mają, 5% respondentów - iż raczej nie ma problemu z alkoholem, a 2% - iż nie ma problemu z alkoholem. Szczegółową analizę przedstawia Rycina 6.

Tabela I ukazuje wyniki otrzymane na pytanie: W jakim stopniu ma Pani/Pan problem z alkoholem? W odpowiedzi na to pytanie była ustalona skala od 1 do 5, gdzie cyfra 1 oznaczała zdecydowanie duży problem, a 5 nie mam problemu. Na powyższe pytanie respondenci odpowiedzieli w następujący sposób: cyfrę 1 zaznaczyło 39% ankietowanych,

cyfrę 4 zaznaczyło 23% ankietowanych, cyfrę 3 zaznaczyło 22% ankietowanych, cyfrę 2 zaznaczyło 16% ankietowanych. Ankietowani odpowiadając na powyższe pytanie nie zaznaczyli na skali cyfry 5.




**Rycina 6. Problem z alkoholem- w opinii badanych**

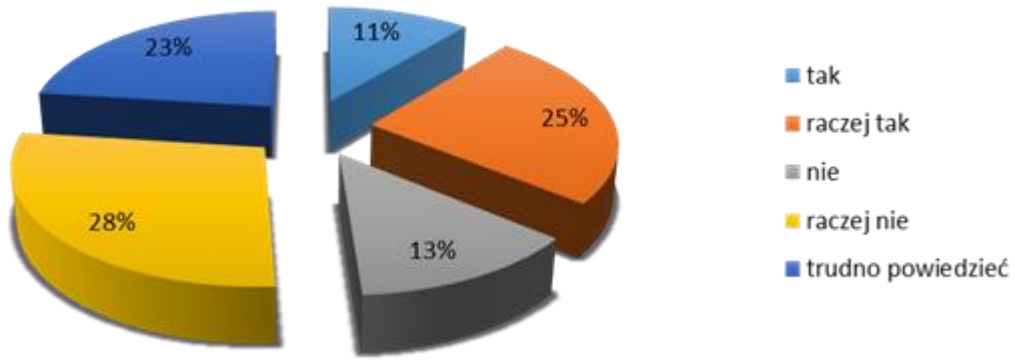
**Tabela I. Stopień, w jakim badani mają problem z alkoholem [%]**

| Skala | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| [%] | 39 | 23 | 22 | 16 | 0 |

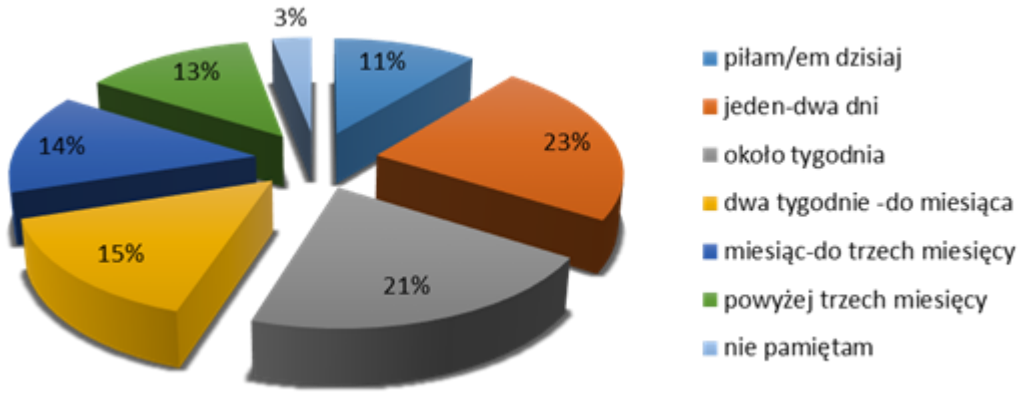
Rycina 7 przedstawia wyniki otrzymane na pytanie: Czy zawsze potrafi Pan/Pani przerwać picie, kiedy tego Pan/Pani chce? 28% ankietowanych uważało, iż raczej nie zawsze potrafią przerwać picie, kiedy tego chcą, 25% badanych - iż raczej zawsze potrafią przerwać picie, kiedy tego chcą, 23% respondentom trudno było na to pytanie odpowiedzieć jednoznacznie, 13% ankietowanych uważało, iż nie zawsze potrafią przerwać picia, kiedy tego chcą, a 11% badanych - iż zawsze potrafią przerwać picie, kiedy tego chcą.

Rycina 8 przedstawia wyniki otrzymane na pytanie: Ile czasu minęło od ostatniego spożycia przez Panią/Pana alkoholu? 23% ankietowanych odpowiedziało, iż ostatnio spożywali alkohol jeden-dwa dni temu, 21% badanych - iż ostatnio spożywali alkohol około tygodnia temu, 15% respondentów - iż ostatnio spożywali alkohol od dwóch tygodni do trzech miesięcy temu, 14% ankietowanych - iż ostatnio spożywali alkohol od miesiąca do

trzech miesięcy temu, 13% respondentów - iż ostatnio spożywali alkohol powyżej trzech miesięcy temu, 11% badanych - iż dzisiaj pili alkohol, a 3% ankietowanych nie pamięta. Żadna z osób biorących udział w badaniu na powyższe pytanie nie udzieliła odpowiedzi „nie piję od kilu lat".




**Rycina 7. Opinia badanych, wobec tego czy zawsze potrafią przerwać picie, kiedy tego chcą**




**Rycina 8. Ostatnie spożycie alkoholu - opinia badanych**

Na pytanie: Jaki wpływ ma na Panią/Pana spożywanie alkoholu? Odpowiedzi respondentów przedstawia tabela II.

Ankietowani mogli zaznaczyć kilka odpowiedzi i kształtowały się one następująco: 75 razy zaznaczono odpowiedzi „staję się odważniejsza/y", po 71 razy - „mam lepszy nastrój, dobrze się bawię", „jestem bardziej towarzyska/i", 18 razy - „trudno powiedzieć", 14 razy - „nie odczuwam żadnego wpływu", 11 razy - „staję się agresywna/y, wpadam w konflikty". Nikt z ankietowanych na powyższe pytanie nie zaznaczył odpowiedzi „inne /proszę napisać jakie".

**Tabela II. Wpływ spożywania alkoholu na badanych - odpowiedzi respondentów**

| L.p. | Odpowiedzi | liczba | % |
|---|---|---|---|
| **1** | nie odczuwam żadnego wpływu | 14 | 14 |
| **2** | mam lepszy nastrój, dobrze się bawię | 71 | 71 |
| **3** | jestem bardziej towarzyska/i | 71 | 71 |
| **4** | staję się odważniejsza/y | 75 | 75 |
| **5** | staję się agresywna/y, wpadam w konflikty | 11 | 11 |
| **6** | trudno powiedzieć | 18 | 18 |

*Źródło: Opracowanie własne*

Biorąc pod uwagę uzyskane wyniki z pierwszego obszaru badawczego można zauważyć, że:

- w opinii większości ankietowanych (44%) spożywanie alkoholu stanowi problem
- zdaniem większości badanych (32%) z ich częstotliwością picia alkoholu różnie bywa
- większość ankietowanych (41%) raczej ma problem z alkoholem
- większość respondentów (cyfra 1- 39%) swój problem z alkoholem oceniają jako poważny
- większość badanych (28%) raczej nie zawsze potrafi przerwać picie, kiedy tego chce
- większość badanych (23%) ostatnio spożywało alkohol jeden-dwa dni temu
- ankietowani w większości (75 odpowiedzi) odpowiedzieli, iż po spożyciu alkoholu stają się odważniejsi.

## Podejście osób badanych do spożywania alkoholu i jego wpływu na zdrowie

Rycina 9 przedstawia wyniki otrzymane na pierwsze pytanie z drugiego obszaru badawczego: Jakie jest Pani/Pana podejście do picia alkoholu i jego wpływu na zdrowie. Okazało się, że 80% ankietowanych odpowiedziało, iż picie alkoholu jest szkodliwe nawet w niewielkich ilościach, 11% badanych uważa, iż picie alkoholu nie jest szkodliwe nawet w niewielkich ilościach, 9% respondentów nie ma zdania na ten temat.

Tabela III ukazuje wyniki otrzymane na pytanie: Proszę zaznaczyć na pięciostopniowej skali, w jakim stopniu Pani/Pana zdaniem alkohol wpływa na zdrowie? Badani mieli się do problemu odnieść w oparciu o skale ustalona skala od 1 do 5, gdzie cyfra

1 oznacza zdecydowanie w dużym, a 5 nie wpływa. Okazało się, że cyfrę numer 1 zaznaczyło: 39% ankietowanych, cyfrę numer 4 zaznaczyło: 27% ankietowanych, cyfrę numer 3 zaznaczyło: 22% ankietowanych, cyfrę numer 2 zaznaczyło: 12% ankietowanych. Ankietowani odpowiadając na powyższe pytanie nie zaznaczyli na skali cyfry 5.




**Rycina 9. Opinia badanych wobec picia alkoholu i jego wpływu na zdrowie**

**Tabela III. Stopień w jakim alkohol wpływa na zdrowie [%]**

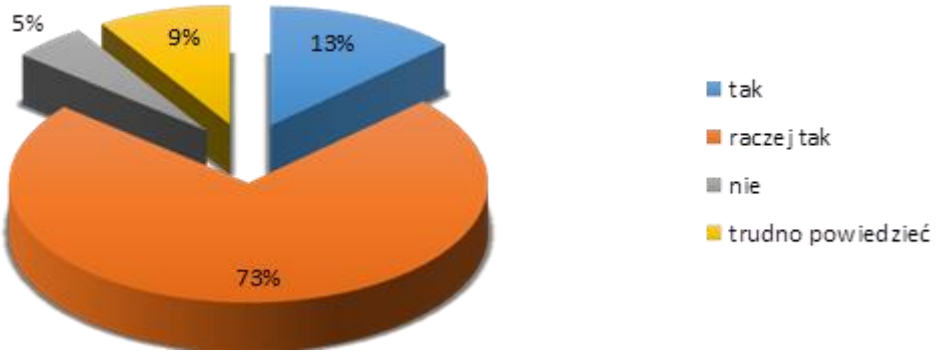
| Skala | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| [%] | 39 | 27 | 22 | 12 | 0 |

Na pytanie: Jakie są według Pani/Pana skutki spożywania alkoholu? Odpowiedzi respondentów przedstawia tabela IV. Stwierdzono, iż po 73 razy zaznaczono odpowiedzi „utrudnia funkcjonowanie w rodzinie, w szkole i społeczeństwie" oraz „negatywnie wpływa na funkcjonowanie organizmu", 41 razy - „powoduje agresję", 29 razy - „zwiększa ryzyko zachorowania na nowotwory", 3 razy - „trudno powiedzieć", 2 razy - „powoduje tycie". Nikt z ankietowanych na powyższe pytanie nie zaznaczył odpowiedzi „inne /proszę napisać jakie".

Rycina 10 przedstawia wyniki uzyskane na pytanie dotyczące tego, czy spożywanie alkoholu wpływa negatywnie na stan zdrowia. 73% ankietowanych uważało, iż spożywanie alkoholu raczej wpływa negatywnie na stan zdrowia, 13% - iż wpływa negatywnie, 9% ankietowanym trudno było powiedzieć, a 5% respondentów uważało, iż spożywanie alkoholu raczej nie wpływa negatywnie na stan zdrowia.

**Tabela IV. Opinia badanych na temat skutków spożywania alkoholu**

| L.p. | Odpowiedzi | liczba | % |
|---|---|---|---|
| **1** | utrudnia funkcjonowanie w rodzinie, w szkole i społeczeństwie | 73 | 73 |
| **2** | negatywnie wpływa na funkcjonowanie organizmu | 73 | 73 |
| **3** | powoduje agresję | 41 | 41 |
| **4** | zwiększa ryzyko zachorowania na nowotwory | 29 | 29 |
| **5** | powoduje tycie | 2 | 2 |
| **6** | trudno powiedzieć | 3 | 3 |

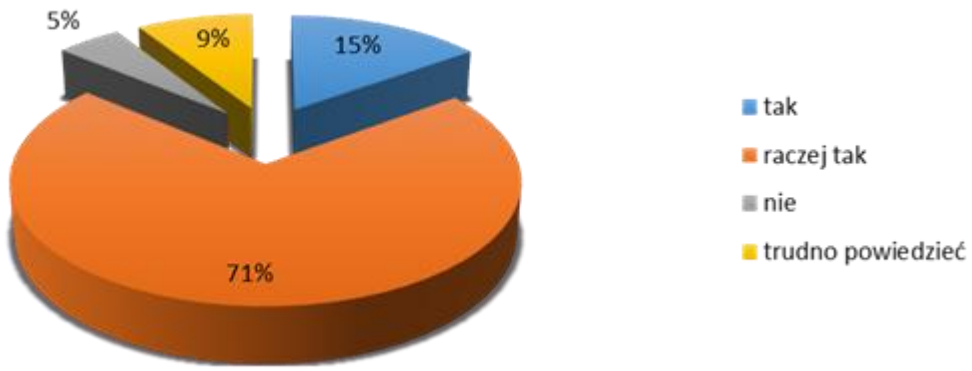



**Rycina 10. Opinia badanych, wobec tego czy spożywanie alkoholu wpływa negatywnie na stan zdrowia**

Rycina 11 ukazuje wyniki otrzymane na pytanie: Czy uważa Pani/Pan, iż spożywanie alkoholu powoduje nieodwracalne negatywne skutki zdrowotne? 71% ankietowanych uważało, iż spożywanie alkoholu raczej powoduje nieodwracalne negatywne skutki zdrowotne, 15% - iż powoduje nieodwracalne negatywne skutki zdrowotne, 9% badanym trudno zdecydować się jednoznaczną wypowiedź, a 5% ankietowanych uważało, iż spożywanie alkoholu nie powoduje nieodwracalnych negatywnych skutków zdrowotnych.

Na zadane pytanie - Jakie są według Pani/Pana skutki zdrowotne spożywania alkoholu? Stwierdzono, iż 75 razy zaznaczono odpowiedzi „zaburzenia układu nerwowego", 63 razy - „zaburzenia krążenia", 55 razy - „zaburzenia układu trawiennego", po 23 razy - „zaburzenia układu oddechowego", „nowotwory", 3 razy - „trudno powiedzieć". Nikt z

ankietowanych na powyższe pytanie nie zaznaczył odpowiedzi „inne /proszę napisać jakie" (Odpowiedzi respondentów przedstawia tabela V).




**Rycina 11. Opinia badanych, wobec tego czy spożywanie alkoholu powoduje nieodwracalne negatywne skutki zdrowotne**

**Tabela V. Opinia badanych na temat skutków zdrowotnych spożywania alkoholu**

| L.p. | Odpowiedzi | liczba | % |
|---|---|---|---|
| **1** | zaburzenia krążenia | 63 | 63 |
| **2** | zaburzenia układu trawiennego | 55 | 55 |
| **3** | zaburzenia układu nerwowego | 75 | 75 |
| **4** | zaburzenia układu oddechowego | 29 | 29 |
| **5** | nowotwory | 29 | 29 |
| **6** | trudno powiedzieć | 3 | 3 |

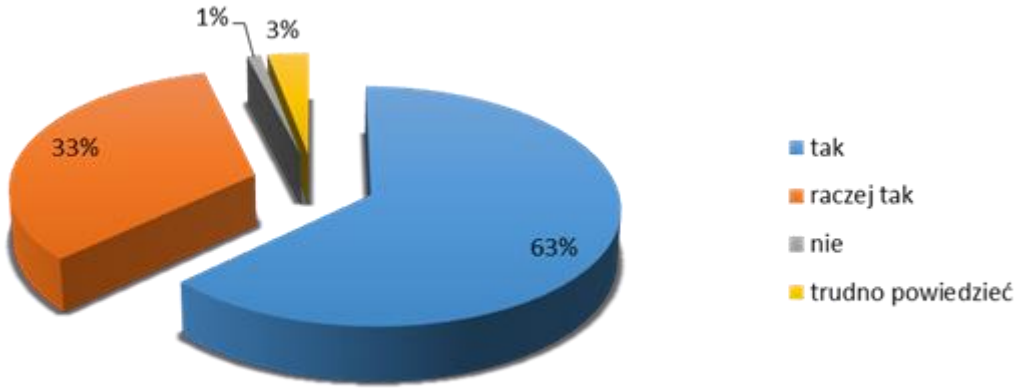
Na pytanie: Na co według Pani/Pana negatywnie wpływa alkohol? Odpowiedzi respondentów przedstawia tabela VI. W tej kwestii 91 razy zaznaczono odpowiedzi „zaburzenie równowagi", 81 razy - „zmniejszenie szybkości reakcji", 75 razy - „ograniczenie pola widzenia", 55 razy - „pogorszenie wzroku", 33 razy - „błędną ocenę odległości", 29 razy - „rozproszenie uwagi", 9 razy - „wzmożoną senność", 3 razy - „trudno powiedzieć". Nikt z ankietowanych na powyższe pytanie nie zaznaczył odpowiedzi „inne /proszę napisać jakie".

Rycina 12 przedstawia wyniki uzyskane na pytanie: Czy uważa Pani/Pan, że picie alkoholu w czasie ciąży jest szkodliwe? W tej kwestii 63% ankietowanych uważało, iż picie

alkoholu w czasie ciąży jest szkodliwe, 33% badanych - iż raczej jest szkodliwe, 3% respondentów miało problem z deklaracją, a 1% ankietowanych uważał, iż picie alkoholu w czasie ciąży nie jest szkodliwe.

**Tabela VI. Opinia badanych na temat negatywnego wpływu spożywania alkoholu**

| L.p. | Odpowiedzi | liczba | % |
|---|---|---|---|
| **1** | zmniejszenie szybkości reakcji | 81 | 81 |
| **2** | pogorszenie wzroku | 55 | 55 |
| **3** | ograniczenie pola widzenia | 75 | 75 |
| **4** | błędną ocenę odległości | 33 | 33 |
| **5** | rozproszenie uwagi | 29 | 29 |
| **6** | zaburzenie równowagi | 91 | 91 |
| **7** | wzmożoną senność | 9 | 9 |
| **8** | trudno powiedzieć | 3 | 3 |




**Wykres 12. Opinia badanych, wobec tego czy picie alkoholu w czasie ciąży jest szkodliwe**

Podsumowując uzyskane wyniki z drugiego obszaru badawczego można zauważyć, że:

- w opinii większości ankietowanych (80%) picie alkoholu jest szkodliwe nawet w niewielkich ilościach.
- według większości badanych (cyfra 1- 39%) alkohol wpływa na zdrowie zdecydowanie w dużym stopniu
- w opinii większości ankietowanych (73 odpowiedzi) spożywanie alkoholu utrudnia funkcjonowanie w rodzinie, w szkole i społeczeństwie oraz wpływa negatywnie na funkcjonowanie organizmu
- zdaniem większości respondentów (73%) spożywanie alkoholu raczej wpływa negatywnie na stan zdrowia
- w opinii większości respondentów (71%) spożywanie alkoholu raczej powoduje nieodwracalne negatywne skutki zdrowotne
- zdaniem większości badanych (75 odpowiedzi) spożywanie alkoholu zaburza pracę układu nerwowego
- w opinii większości ankietowanych (91 odpowiedzi) spożywanie alkoholu zaburza równowagę
- zdaniem większości respondentów (63%) picie alkoholu w czasie ciąży jest szkodliwe.

## ZACHOWANIA ZDROWOTNE OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

Tabela VII przedstawia Standaryzowany Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ).

Na zagadnienie odnośnie „zachowań zdrowotnych u osób uzależnionych od alkoholu" zostały ustalone następujące odpowiedzi:

„jem dużo warzyw i owoców", „unikam przeziębień", „staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć", „poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem", „wystarczająco dużo odpoczywam", „dbam o prawidłowe odżywianie", „ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce i cukier", „mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne", „mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia", „unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco", „unikam przepracowania", „przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań", „kontroluję swoją wagę", „unikam spożywania żywności z konserwantami", „regularnie zgłaszam się na badania lekarskie", „wystarczająco dużo śpię", „unikam soli i silnie solonej żywności", „staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób", „unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja", „jem

pieczywo pełnoziarniste", „ograniczam palenie tytoniu", „staram się uzyskać informacje medyczne oraz zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby", „myślę pozytywnie", „unikam nadmiernego wysiłku fizycznego", oraz skala „prawie nigdy", „rzadko", „od czasu do czasu", „często", „prawie zawsze".

**Tabela VII. Standaryzowany Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ)**

| | | Prawie nigdy | Rzadko | Od czasu do czasu | Często | Prawie zawsze |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | Jem dużo warzyw i owoców | 71 | 21 | 4 | 2 | 2 |
| **2** | Unikam przeziębień | 63 | 19 | 15 | 2 | 1 |
| **3** | Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem | 23 | 55 | 18 | 4 | 0 |
| **4** | Wystarczająco dużo odpoczywam | 21 | 62 | 15 | 2 | 0 |
| **5** | Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce i cukier | 77 | 17 | 6 | 0 | 0 |
| **6** | Mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia | 19 | 66 | 10 | 5 | 0 |
| **7** | Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco | 22 | 51 | 17 | 10 | 0 |
| **8** | Unikam przepracowania | 10 | 33 | 51 | 6 | 0 |
| **9** | Dbam o prawidłowe odżywianie | 35 | 44 | 21 | 0 | 0 |
| **10** | Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań | 17 | 23 | 60 | 0 | 0 |
| **11** | Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć | 39 | 41 | 20 | 0 | 0 |
| **12** | Kontroluję swoją wagę | 18 | 45 | 37 | 0 | 0 |
| **13** | Unikam spożywania żywności z konserwantami | 23 | 70 | 7 | 0 | 0 |
| **14** | Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie | 21 | 53 | 14 | 12 | 0 |
| **15** | Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne | 0 | 0 | 54 | 26 | 20 |
| **16** | Wystarczająco dużo śpię | 31 | 44 | 25 | 0 | 0 |
| **17** | Unikam soli i silnie solonej żywności | 33 | 44 | 23 | 0 | 0 |
| **18** | Staram się dowiedzieć, jak inni | 41 | 34 | 25 | 0 | 0 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | unikają chorób | | | | | |
| **19** | Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja | 29 | 41 | 21 | 9 | 0 |
| **20** | Ograniczam palenie tytoniu | 29 | 39 | 17 | 15 | 0 |
| **21** | Jem pieczywo pełnoziarniste | 17 | 66 | 10 | 7 | 0 |
| **22** | Staram się uzyskać informacje medyczne oraz zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby | 21 | 62 | 17 | 0 | 0 |
| **23** | Myślę pozytywnie | 25 | 28 | 47 | 0 | 0 |
| **24** | Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego | 37 | 49 | 10 | 4 | 0 |

Podsumowując uzyskane powyżej wyniki z trzeciego obszaru badawczego można zauważyć, iż badani w większości odpowiedzieli, że:

- prawie nigdy nie ograniczają spożywania takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce i cukier (77%)
- prawie nigdy nie jedzą warzyw i owoców (71%),
- rzadko unikają spożywania żywności z konserwantami (70%)
- rzadko mają zanotowane numery telefonów służb pogotowia (66%)
- rzadko jedzą pieczywo pełnoziarniste (66%)
- prawie nigdy nie unikają przeziębień (63%)
- rzadko wystarczająco dużo odpoczywają (62%)
- unikają nadmiernego wysiłku fizycznego (62%)
- rzadko starają się uzyskać informacje medyczne oraz zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby (62%)
- od czasu do czasu przestrzegają zaleceń lekarskich wynikających z ich badań (60%)
- rzadko poważnie traktują wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie ich zdrowiem (55%)
- od czasu do czasu mają przyjaciół i uregulowane życie rodzinne (54%)
- rzadko regularnie zgłaszają się na badania lekarskie (53%)
- rzadko unikają sytuacji, które wpływają na ich przygnębiająco (51%)
- od czasu do czasu unikają przepracowania (51%)
- od czasu do czasu myślą pozytywnie (47%)
- od czasu do czasu kontrolują swoją wagę (45%)
- rzadko dbają o prawidłowe odżywianie (44%)

- rzadko wystarczająco dużo śpią (44%)
- rzadko unikają soli i silnie solonej żywności (44%)
- rzadko starają się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć (41%)
- rzadko starają się dowiedzieć, jak inni unikają chorób (41%)
- rzadko unikają takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja (41%)
- rzadko ograniczają palenie tytoniu (39%)

**Tabela VIII. Ocena zachowań zdrowotnych badanych osób za pomocą Standaryzowanego Inwentarza Zachowań Zdrowotnych**

| | n | Średnia | Minimum | Mediana | Maksimum |
|---|---|---|---|---|---|
| **Wskaźnik prawidłowych nawyków żywieniowych** | 100 | 31,5 | 2 | 21 | 77 |
| **Wskaźnik zachowań profilaktycznych** | 100 | 27,2 | 1 | 19 | 66 |
| **Wskaźnik pozytywnego nastawienia psychicznego** | 100 | 28,5 | 4 | 25 | 55 |
| **Wskaźnik praktyk zdrowotnych** | 100 | 27,2 | 4 | 25 | 62 |
| **Wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych** | 100 | 28,8 | 2 | 21 | 77 |

| **Wynik** | **N (%)** |
|---|---|
| **niski** | **48** |
| **przeciętny** | **41** |
| **wysoki** | **11** |
| **Ogółem** | **100** |

W ocenie zachowań zdrowotnych badanych osób przy użyciu Standaryzowanego Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) stwierdzono, że:

- wskaźnik prawidłowych nawyków żywieniowych wyniósł w badanej grupie średnio 31,5 (mediana 21)
- wskaźnik zachowań profilaktycznych wyniósł w badanej grupie średnio 27,2 (mediana 19)
- wskaźnik pozytywnego nastawienia psychicznego wyniósł w badanej grupie średnio 28,5 (mediana 25)
- wskaźnik praktyk zdrowotnych wyniósł w badanej grupie średnio 27,2 (mediana 25)

Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych wyniósł w badanej grupie średnio 28,8 (mediana 21)

Generalnie u większości badanych (48%) wykazano niską wartość ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych. Wynik przeciętny reprezentowało 41%, natomiast wynik wysoki dotyczył 11%. Wyniki obrazuje Tabela VIII.

## PODSUMOWANIE WYNIKÓW

W niniejszym podsumowaniu znajdują się wyniki badań własnych. Analiza obszarów badawczych wybranych w pracy pozwoliła na zebranie materiału empirycznego, który posłużył do wyciągnięcia wniosków oraz zbadania problemów i hipotez roboczych.

Odnośnie weryfikacji pierwszej hipotezy szczegółowej zakładającej, że badani mają problem z alkoholem należy zauważyć, że w opinii większości ankietowanych (44%) spożywanie alkoholu stanowi problem. Zdaniem większości badanych (32%) z ich częstotliwością picia alkoholu różnie bywa. Większość ankietowanych (41%) raczej ma problem z alkoholem. Większość respondentów (cyfra 1- 39%) swój problem z alkoholem oceniają jako poważny. Większość badanych (28%) raczej nie zawsze potrafi przerwać picie, kiedy tego chce. Większość badanych (23%) ostatnio spożywało alkohol jeden-dwa dni temu. Ankietowani w większości (75 odpowiedzi) odpowiedzieli, iż po spożyciu alkoholu stają się odważniejsi. W związku z powyższym należy pierwszą hipotezę szczegółową uznać za potwierdzoną.

Odnośnie weryfikacji drugiej hipotezy szczegółowej zakładającej, że badani mają świadomość szkodliwości alkoholu, należy zauważyć, że w opinii większości ankietowanych (80%) picie alkoholu jest szkodliwe nawet w niewielkich ilościach. Według większości badanych (cyfra 1- 39%) alkohol wpływa na zdrowie zdecydowanie w dużym stopniu. W opinii większości ankietowanych (73 odpowiedzi) spożywanie alkoholu utrudnia funkcjonowanie w rodzinie, w szkole i społeczeństwie oraz wpływa negatywnie na funkcjonowanie organizmu. Zdaniem większości respondentów (73%) spożywanie alkoholu raczej wpływa negatywnie na stan zdrowia. W opinii większości respondentów (71%) spożywanie alkoholu raczej powoduje nieodwracalne negatywne skutki zdrowotne. Zdaniem większości badanych (75 odpowiedzi) spożywanie alkoholu zaburza pracę układu nerwowego. W opinii większości ankietowanych (91 odpowiedzi) spożywanie alkoholu

zaburza równowagę. Zdaniem większości respondentów (63%) picie alkoholu w czasie ciąży jest szkodliwe. Stąd też druga hipoteza szczegółowa została całkowicie potwierdzona.

Odnośnie weryfikacji trzeciej hipotezy szczegółowej zakładającej, że osoby z problemem alkoholowym nie przestrzegają zachowań zdrowotnych należy zauważyć, iż badani w większości odpowiedzieli, że: (71%) prawie nigdy nie jedzą warzyw i owoców, (63%) prawie nigdy nie unikają przeziębień, (55%) rzadko poważnie traktują wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie ich zdrowiem, (62%) rzadko wystarczająco dużo odpoczywają, (77%) prawie nigdy nie ograniczają spożywania takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce i cukier, (66%) rzadko mają zanotowane numery telefonów służb pogotowia, (51%) rzadko unikają sytuacji, które wpływają na ich przygnębiająco, (51%) od czasu do czasu unikają przepracowania, (44%) rzadko dbają o prawidłowe odżywianie, (60%) od czasu do czasu przestrzegają zaleceń lekarskich wynikających z ich badań, (41%) rzadko starają się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć, (45%) od czasu do czasu kontrolują swoją wagę, (70%) rzadko unikają spożywania żywności z konserwantami, (53%) rzadko regularnie zgłaszają się na badania lekarskie, (54%) od czasu do czasu mają przyjaciół i uregulowane życie rodzinne, (44%) rzadko wystarczająco dużo śpią, (44%) rzadko unikają soli i silnie solonej żywności, (41%) rzadko starają się dowiedzieć, jak inni unikają chorób, (41%) rzadko unikają takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja, (39%) rzadko ograniczają palenie tytoniu, (66%) rzadko jedzą pieczywo pełnoziarniste, (62%) rzadko starają się uzyskać informacje medyczne oraz zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby, (47%) od czasu do czasu myślą pozytywnie, (62%) i unikają nadmiernego wysiłku fizycznego. W związku z powyższym trzecia hipoteza szczegółowa jest całkowicie potwierdzona.

W oparciu o przeprowadzone badania i uzyskane wyniki należy uznać hipotezę główną zakładającą, że osoby uzależnione od alkoholu, pomimo jego ewidentnej szkodliwości i przeciwwskazań *zdrowotnych* nie przejawiają zachowań zdrowotnych za potwierdzoną.

Warto dodać, iż wobec tego zarówno cel główny: zbadanie problematyki zachowań zdrowotnych u osób uzależnionych od alkoholu, jak i wszystkie cele szczegółowe: częstotliwości spożywania alkoholu wśród badanych osób, podejścia osób badanych do spożywania alkoholu i jego wpływu na zdrowie, zachowań zdrowotnych osób uzależnionych od alkoholu zostały zrealizowane.

Powyższa analiza badawcza w zakresie zarówno analizy wyników ankietowych, jak i analizy literatury przedmiotu, pozwoliła na stwierdzenie, że:

- W opinii większości ankietowanych (44%) spożywanie alkoholu stanowi problem.
- Badani w większości (32%) odpowiedzieli, iż różnie bywa z częstotliwością picia alkoholu.
- Większość ankietowanych (41%) raczej ma problem z alkoholem.
- Większość respondentów (cyfra 1- 39%) ma zdecydowanie duży problem z alkoholem.
- Większość badanych (28%) raczej nie zawsze potrafi przerwać picie, kiedy tego chce.
- Większość badanych (23%) ostatnio spożywało alkohol jeden-dwa dni temu.
- ankietowani (75 odpowiedzi) odpowiedzieli, iż po spożyciu alkoholu stają się odważniejsi.
- W opinii większości ankietowanych (80%) picie alkoholu jest szkodliwe nawet w niewielkich ilościach.
- Według większości badanych (cyfra 1- 39%) alkohol zdecydowanie w dużym stopniu wpływa na zdrowie.
- W opinii większości ankietowanych (73 odpowiedzi) spożywanie alkoholu utrudnia funkcjonowanie w rodzinie, w szkole i społeczeństwie oraz wpływa negatywnie na funkcjonowanie organizmu.
- Zdaniem większości respondentów (73%) spożywanie alkoholu raczej wpływa negatywnie na stan zdrowia.
- W opinii większości respondentów (71%) spożywanie alkoholu raczej powoduje nieodwracalne negatywne skutki zdrowotne.
- Zdaniem większości badanych (75 odpowiedzi) spożywanie alkoholu zaburza pracę układu nerwowego.
- W opinii większości ankietowanych (91 odpowiedzi) spożywanie alkoholu zaburza równowagę.
- Zdaniem większości respondentów (63%) picie alkoholu w czasie ciąży jest szkodliwe.
- Badani w większości odpowiedzieli, iż:
  - (71%) prawie nigdy jedzą warzyw i owoców,
  - (63%) prawie nigdy nie unikają przeziębień,

- (55%) rzadko poważnie traktują wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie ich zdrowiem,
- (62%) rzadko wystarczająco dużo odpoczywają,
- (77%) prawie nigdy nie ograniczają spożywania takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce i cukier,
- (66%) rzadko mają zanotowane numery telefonów służb pogotowia,
- (51%) rzadko unikają sytuacji, które wpływają na ich przygnębiająco,
- (51%) od czasu do czasu unikają przepracowania,
- (44%) rzadko dbają o prawidłowe odżywianie,
- (60%) od czasu do czasu przestrzegają zaleceń lekarskich wynikających z ich badań,
- (41%) rzadko starają się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć,
- (45%) od czasu do czasu kontrolują swoją wagę,
- (70%) rzadko unikają spożywania żywności z konserwantami,
- (53%) rzadko regularnie zgłaszają się na badania lekarskie,
- (54%) od czasu do czasu mają przyjaciół i uregulowane życie rodzinne,
- (44%) rzadko wystarczająco dużo śpią,
- (44%) rzadko unikają soli i silnie solonej żywności,
- (41%) rzadko starają się dowiedzieć, jak inni unikają chorób,
- (41%) rzadko unikają takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja,
- (39%) rzadko ograniczają palenie tytoniu,
- (66%) rzadko jedzą pieczywo pełnoziarniste,
- (62%) rzadko starają się uzyskać informacje medyczne oraz zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby,
- (47%) od czasu do czasu myślą pozytywnie,
- (62%) unikają nadmiernego wysiłku fizycznego.

## DYSKUSJA

Według Tapert intensywne spożywanie alkoholu wiąże się z jego szkodliwym wpływem na mózg, przez zakłócenie prawidłowego rozwoju OUN oraz na funkcje poznawcze [11].

Zdaniem większości badanych (75 odpowiedzi) spożywanie alkoholu zaburza pracę układu nerwowego.

De Bellis w badaniach udowodnił o niekorzystnym wpływie alkoholu na hipokamp, który odpowiedzialny jest za pamięć [12].

Według Koprowicz alkoholizm jest przyczyną wielu poważnych chorób, m.in.: zapalenie lub marskość wątroby, zapalenie trzustki, polineuropatia alkoholowa, przewlekłe psychozy alkoholowe, alkoholowy zespół psychoorganiczny, powoduje również dezorganizację życia społecznego osób uzależnionych oraz ich rodzin [13].

W opinii większości ankietowanych (80%) picie alkoholu jest szkodliwe nawet w niewielkich ilościach. Według większości badanych (39%) alkohol zdecydowanie w dużym stopniu wpływa na zdrowie. W opinii większości respondentów (71%) spożywanie alkoholu raczej powoduje nieodwracalne negatywne skutki zdrowotne. Zdaniem większości respondentów (73%) spożywanie alkoholu raczej wpływa negatywnie na stan zdrowia.

Zgliczyński uważa, że spożywanie alkoholu jest jednym z głównych czynników ryzyka utraty zdrowia populacji. Z nadużywaniem alkoholu wiąże się z: uzależnieniem, depresją, samobójstwami, wypadkami, utonięciami, chorobą wieńcową, nadciśnieniem tętniczym, zaburzeniem rytmu serca, udarem mózgu, zwiększonym ryzykiem powstawania nowotworów: jamy ustnej, gardła, przełyku, wątroby, jelita grubego piersi oraz wad wrodzonych płodu [14].

Alkohol nawet w niewielkich ilościach upośledza zdolność człowieka do racjonalnego myślenia, a ponadto powoduje: pogorszenie koordynacji ruchów, zmniejszenie szybkości reakcji, pogorszenie wzroku, ograniczenie pola widzenia, błędną ocenę odległości, rozproszenie uwagi, zaburzenie równowagi, wzmożoną senność [15].

W opinii większości ankietowanych (91 odpowiedzi) spożywanie alkoholu zaburza równowagę.

Według przeprowadzonych badań przez Chodkiewicz największa liczba badanych przynależy do grupy, która w miesiącu poprzedzającym badanie często piła alkohol, a jednocześnie doświadczała już co najmniej kilkakrotnych stanów upojenia (29% ogółu) [16].

Badani w większości (32%) odpowiedzieli, iż różnie bywa z częstotliwością picia alkoholu. Większość badanych (28%) raczej nie zawsze potrafi przerwać picie, kiedy tego chce. 23% ankietowanych ostatnio spożywało alkohol jeden - dwa dni temu.

Kawula uważa, że alkoholizm stanowi problem socjalny dla kolejnych pokoleń, w tym powodujący rozpad małżeństwa i rodziny (posiada znaczące miejsce w hierarchii przyczyn rozwodów zarejestrowanych przez sądy w sprawach rozwodowych). Jest jedną z istnych przyczyn dysfunkcji rodziny [17].

Około 4 milionów Polaków żyje w rodzinach, w których z powodu alkoholu dochodzi do przemocy, zaniedbań, ubóstwa i demoralizacji. Około 2 milionów dzieci cierpi z powodu alkoholizmu rodziców. Większość rozwodów (70%) ma podłoże alkoholowe. Picie pogłębia ubóstwo rodzin, stając się istotną przeszkodą np. w znalezieniu pracy [15].

W opinii większości ankietowanych (73 odpowiedzi) spożywanie alkoholu utrudnia funkcjonowanie w rodzinie, w szkole i społeczeństwie oraz wpływa negatywnie na funkcjonowanie organizmu.

Według Załuska [18], spożywanie alkoholu w czasie ciąży mogą powodować śmierć płodu, wady anatomiczne, upośledzenie wzrostu oraz deficyty funkcjonalne.

Natomiast według przeprowadzonych badań u 12440 kobiet w Bostonie nie stwierdzono współzależności pomiędzy piciem alkoholu a występowaniem wad wrodzonych, ale wśród pijących więcej niż 14 drinków dziennie istotnie częściej występowały odklejenia łożyska i martwe porody, a także niski wynik w skali Apgar (poniżej 6 punktów) [19].

Zdaniem większości respondentów (63%) picie alkoholu w czasie ciąży jest szkodliwe.

Według przeprowadzonych badań przez Żołnierczuk - Kieliszek i wsp., wykazano, że w celu dodania sobie odwagi i pokonania lęku piło 20% ankietowanej młodzieży, co może świadczyć o tym, że młodzież nie potrafi radzić sobie w sytuacjach trudnych [20].

W badaniach własnych, ankietowani (75 odpowiedzi) odpowiedzieli, iż po spożyciu alkoholu stają się odważniejsi.

Alkoholizm, jest nałogowym używaniem alkoholu ograniczającym sprawność fizyczną i umysłową. Jest to przyczyna większości nieszczęśliwych wypadków, chorób psychicznych i schorzeń wątroby, nerek, żołądka, serca. Sprzyja szerzeniu się chorób wenerycznych oraz ujemnie wpływa na potomstwo [21].

## WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań postawiono poniższe wnioski:

1. W opinii większości ankietowanych spożywanie alkoholu stanowi dla nich poważny problem, a jego spożywanie nawet w niewielkich ilościach jest szkodliwe.
2. W opinii większości ankietowanych spożywanie alkoholu wpływa negatywnie na stan zdrowia, utrudnia funkcjonowanie w rodzinie, w szkole i społeczeństwie oraz wpływa negatywnie na funkcjonowanie organizmu.
3. Ankietowani w większości nie przestrzegali zachowań zdrowotnych.

## POSTULAT

Wydaje się celowe prowadzenie edukacji prozdrowotnej w grupie osób uzależnionych od alkoholu oraz systematyczne zdiagnozowanie problematyki zachowań zdrowotnych w tej zbiorowości.

## PIŚMIENNICTWO

1. Maszczak T.: Zdrowie jako wartość uniwersalna. Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu, 2005; 54: 74.
2. Biernacki E.: Co to jest choroba? Warszawa, Wydawnictwo PWN, 2005.
3. Blajet P.: Ciało w kulturze współczesnej: wątki socjopedagogiczne. Olsztyn, Wydawnictwo TWP, 2005.
4. Puchalski K.: Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot badań socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia [w:] Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego, Gniazdowski. A. (red.). Łódź, Wydawnictwo IMP, 1990: 23-57.
5. Gruszczyński L.A.: Elementy metod i technik badań socjologicznych. Tychy, Śląskie Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania i Nauk Społecznych, 2012.
6. Janaszczyk A., Wengler L., Popowski P.: Filozoficzne, społeczne i prawne aspekty nauk o zdrowiu. Gdańsk, Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych, 2012.
7. Tiszczenko E., Surmach M., Piecewicz-Szczęsna H.: Zachowania zdrowotne jako kluczowy czynnik zdrowia. Zdrowia Publiczne, 2009; 119(1): 558-565.
8. Ogińska-Bulik N.: Czynniki sprzyjające rozwojowi zachowań kompulsywnych związanych z wykonywaniem czynności [w:] Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia, Ogińska-Bulik N. (red.). Łódź, Wydawnictwo AH-E, 2010.

9. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N.: Zdrowie najważniejszym zasobem człowieka [w:] Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (red.). Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2003: 9-16.
10. Juczyński Z: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa, Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych, 2012.
11. Tapert S. F., Caldwell L., Burke C.: Alcohol and the Adolescent Brain: Human Studies. Alcohol Research and Health, 2004; 28(4): 205-212.
12. De Bellis M.D., Clark D.B., Beers S.R.: Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. American Journal of Psychiatry, 2000; 157: 737-744.
13. Koprowicz V.: Alkoholizm, prostytucja, zakażenia HIV i AIDS, narkomania jako formy wykluczenia społecznego w świetle badań. Kwartalnik Kolegium Ekonomiczno-Społecznego Studia i Prace, 2012; 3: 93-112.
14. Zgliczyński W.S.: Alkohol w Polsce. Infos 2016; 11(215): 1-4.
15. Ryszkowski A., Wojciechowska A., Kopański Z., Brukwicka I., Lishchynskyy Y., Mazurek M.: Objawy i skutki nadużywania alkoholu. Journal of Clinical Healthcare, 2015; 1: 3-43.
16. Chodkiewicz J.: Zapobieganie nawrotom w chorobie alkoholowej - przegląd piśmiennictwa. Psychiatria, 2006; 3: 105-112.
17. Kawula S., Brągiel J., Janke A.: Pedagogika rodziny. Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek, 2005.
18. Załuska M.: Spożywanie alkoholu w okresie ciąży a rozwój płodu i stan dziecka. Prace przeglądowe. Warszawa, Wydawnictwo PWN, 1992.
19. Rubin P.C., Craig G.F., Gavin K., Sumner R.: Prospective slowly on use of therapeutic drugs, alco/wl and cigarettes during pregnancy, British Medical Journal, 1986; 11(292): 79-82.
20. Żołnierczuk-Kieliszek D., Kulik T.B., Sidor R., Janiszewska M., Stefanowicz A., Pacian A., Pacian J.: Zachowania zdrowotne związane ze spożyciem alkoholu i wiedza młodzieży gimnazjalnej na temat skutków nadużywania alkoholu. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2013; 19(2): 162-167.
21. Encyklopedia Powszechna PWN. Warszawa, Wydawnictwo PWN, 1985.

# Alkoholowe zapalenie wątroby jako następstwo uzależnienia od alkoholu - zadania pielęgniarki

**Halina Kupryjanowicz[1], Monika Chorąży[2], Katarzyna Krystyna Snarska[3], Cecylia Dolińska [4]**

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce
2. Klinika Neurologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

## WSTĘP

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w krajach Unii Europejskiej przyczyną około 60-80% zgonów w chorobach wątroby jest nadmierne spożywanie alkoholu. Z powodu nadużywania alkoholu w 2016 roku zmarło na świecie ponad trzy miliony osób, oznacza to, że co 20 zgon spowodowany jest spożywaniem alkoholu w nadmiernych ilościach. Negatywny wpływ alkoholu jest znany od tysiącleci, a jego toksyczne działanie wywiera wpływ na wiele narządów i układów, jednakże to wątroba z racji pełnienia funkcji detoksykacyjnej w organizmie jest najbardziej narażona na jego oddziaływanie.

Alkoholowe zapalenie wątroby jest jedną z jednostek chorobowych alkoholowej choroby wątroby i może mieć postać: ostrą lub przewlekłą [1]. W przebiegu ostrym choroby, gdzie pojawiają się objawy niewydolności wątroby śmiertelność we wczesnym okresie (28 dni) wynosi prawie 50% w związku z tym alkoholowe zapalenie wątroby jest chorobą zagrażającą życiu [1].

## WPŁYW ALKOHOLU NA ORGANIZM – KRÓTKI RYS HISTORYCZNY

Alkohol jest najpowszechniej używanym i najbardziej popularnym środkiem psychoaktywnym. Jest łatwo dostępny, legalny i ma stosunkowo niską cenę. Toksyczny wpływ alkoholu jest znany od tysiącleci, a pierwsze przekazy o jego spożywaniu postaci piwa

pochodzą z około 4000 roku przed naszą erą. Ze starożytnego Egiptu pochodzą pierwsze wzmianki o problemach alkoholowych i związku alkoholu z chorobami wątroby - przedstawiono wpływ piwa na powstanie wodobrzusza.

W starożytnej Grecji opisano oddziaływanie spożycia wina na żółtaczkę i krwawienia z przewodu pokarmowego [2]. Związek pomiędzy piciem alkoholu i chorobami wątroby został opisany w XVI wieku przez Vesaliusa, ale dopiero w XVIII wieku brytyjski lekarz i patolog Matthew Baillie na bazie własnych obserwacji opisał poalkoholowe uszkodzenie wątroby jako oddzielną jednostkę chorobową. Angielscy patolodzy Rokitansky i Carswell w wieku XIX opisali histopatologiczne i anatomopatologiczne zapalenia i marskości wątroby [1,3].

## ALKOHOLOWA CHOROBA WĄTROBY – DEFINICJA, CZYNNIKI RYZYKA, PATOFIZJOLOGIA

ALD (*alcoholic liver disease*) - alkoholowa choroba wątroby jest to uszkodzenie wątroby spowodowane nadużywaniem alkoholu [4].

Ryzyko uszkodzenia wątroby u kobiet jest większe ze względu na niższą masę ciała oraz wówczas, kiedy wypija 20- 40g etanolu, a spożywanie alkoholu jest przewlekłe (3-5 lat), u mężczyzn dawka krytyczna jest dwukrotnie wyższa (60-80g). Badania wykazują, że alkoholizm jest problemem mężczyzn, ale choroba alkoholowa częściej rozwija się u kobiet [5]. Szczyt zachorowań u mężczyzn przypada na 40-55 lat. Kobiety zaczynają picie alkoholu w późniejszym wieku, piją mniej i umierają około 10 lat wcześniej z powodu ALD. Wynika to głównie z mniejszej aktywności dehydrogenazy alkoholowej i metabolizmu wątrobowego, wpływu estrogenów na opróżnianie żołądkowe oraz stanu bariery jelitowej. Za różnicę w tolerancji alkoholu odpowiadają czynniki genetyczne, które też warunkują kodowanie enzymów odpowiedzialnych za metabolizm etanolu i aldehydu octowego. Współistniejące choroby – cukrzyca, zakażenia wirusowe (np. wirusowe zapalenie wątroby typu C), uszkodzenia narządów w wyniku nadużywania alkoholu (trzustka, drogi żółciowe) oraz zażywane leki, które zwiększają hepatotoksyczność alkoholu (np. amiodaron, paracetamol) również wpływają niekorzystnie na uszkodzenie wątroby. U osób nadużywających alkohol powstaje mechanizm błędnego koła energetycznego – z jednej strony metabolizm tlenowy etanolu zużywa dużo energii, a z drugiej strony alkohol wypiera z przemian metabolicznych

inne substancje niezbędne do produkcji energii. Niedożywienie lub nadmiar pokarmu, a także niedobór witamin A i E stanowią dodatkowy czynnik ryzyka uszkodzenia wątroby [6].

Chociaż tylko u około 35% osób nadużywających spożycie alkoholu występuje objawowa postać alkoholowego zapalenia wątroby, u 20% marskość wątroby, a u 30-40% włóknienie, to alkohol jest najczęstszą przyczyną przewlekłych chorób wątroby.

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w krajach Unii Europejskiej przyczyną około 60-80% zgonów w chorobach wątroby jest nadmierne spożywanie alkoholu a wręcz uzależnienie od alkoholu [7].

## WPŁYW ALD NA ORGANIZM CZŁOWIEKA

Przewlekłe nadużywanie alkoholu może prowadzić do zapalenia i wrzodów przełyku, ostre lub przewlekłe zapalenie żołądka, a gwałtowne wymioty mogą spowodować pęknięcie podłużne śluzówki w połączeniu żołądkowo – przełykowym (tzw. zespół Mallory'ego-Weissa).

Duże ilości etanolu są przyczyną zmian krwiotwórczych kosmków dwunastnicy, wzmożonej ruchliwości jelita cienkiego, a ostatecznie biegunki wtórnej, wzmożonego wchłaniania wody i elektrolitów, a upośledzonego wchłaniania glukozy, aminokwasów, kwasu foliowego i witamin [8].

Dochodzi także do zwiększenia przepuszczalności ściany jelit, co skutkuje zwiększoną absorpcją bakterii i toksyn w krążeniu wrotnym i nasileniem procesu zapalnego. Często obserwuje się również zapalenie trzustki i dróg żółciowych [8].

Chorobom alkoholowym wątroby mogą towarzyszyć uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego. Następuje degeneracja mózgu, zwana też otępieniem alkoholowym, które są wynikiem bezpośredniego wpływu alkoholu (atrofia korowa) i niedoborami żywieniowymi. Natomiast w zespole odstawienia alkoholowego występuje majaczenie, pobudzenie, drżenie neuropatia obwodowa (uszkodzenie nerwów obwodowych) spowodowanej wpływem aldehydu octowego na neurony i niedoborem witaminy $B_1$.

Niedobór tiaminy (witaminy $B_1$), jest również główną przyczyną zespołu Wernickiego-Korsakowa. W encefalopatii Wernickiego-Korsakowa następuje uszkodzenie tkanki mózgowej zlokalizowanej wokół komór mózgu. Zespół charakteryzuje się atakami i stanami

dezorientacji, porażeniem mięśni gałki ocznej, głęboką amnezją następową i wsteczną, przechodzącą w ewentualną śpiączkę.

Miopatia alkoholowa objawiająca się bólem, obrzękiem, zanikiem, a nawet rozpadem i martwicą mięśni prążkowanych jest zespołem obserwowanym w ALD. Patogeneza związana jest z neuropatią obwodową i pośrednim wpływem niedoborów żywieniowych [9].

W układzie sercowo – naczyniowym przewlekłe spożywanie alkoholu może prowadzić do kardiomiopatii z objawami arytmii, uszkodzenia komór, niewydolności mięśnia sercowego spowodowanej jego zmniejszoną kurczliwością. Jest także przyczyną nadciśnienia tętniczego i zwiększa ryzyko udaru mózgu. Jeśli chodzi o składniki krwi najczęściej występującym skutkiem działania alkoholu jest wzrost wielkości czerwonych krwinek, zmniejszona produkcja krwinek białych, czy też małopłytkowość.

Przewlekłe spożywanie alkoholu powoduje również zaburzenia metabolizmu, upośledzenie odporności, zaburzenia hormonalne oraz zwiększa ryzyko wstąpienia chorób nowotworowych [10].

## POSTACIE KLINICZNE ALKOHOLOWEJ CHOROBY WĄTROBY

Uszkodzenie wątroby w alkoholowej chorobie wątroby rozwija się etapowo, a poszczególne jej stadia mogą występować równocześnie lub w odosobnionej postaci. Wyróżnia się:

- alkoholowe stłuszczenie wątroby – to przewlekłe uszkodzenie wątroby charakteryzujące się nadmiernym gromadzeniem się kropli tłuszczu (trójglicerydów) w hepatocytach. Jest najczęściej spotykanym uszkodzeniem wątroby przez alkohol, występuje u około 90-100% osób spożywających ponad 60g alkoholu na dobę [11]. Jest ono następstwem zaburzeń metabolicznych spowodowanych utlenianiem alkoholu i przeważnie przebiega bezobjawowo. Niekiedy występuje ból w prawym podżebrzu lub nadbrzuszu lub uczucie gniecenia. W badaniu palpacyjnym wątroba może być powiększona, tkliwa lub niebolesna. Po całkowitym zaprzestaniu spożywania alkoholu w ciągu 4-6 tygodni objawy szybko ustępują, a komórki wątrobowe się regenerują. W sytuacji braku abstynencji zmiany wątroby postępują i u około 30-40% chorych dochodzi do alkoholowego zapalenia z nasilonym włóknieniem, a u 20% do marskości wątroby [12].

- alkoholowe zapalenie wątroby - to zmiany martwicze i nacieki zapalne wątroby spowodowane wywołane przewlekłym nadużywaniem alkoholu.
- alkoholową marskość wątroby - to następstwo stanu zapalnego wywołanego długotrwałym nadużywaniem alkoholu, powodującego włóknienie miąższu wątroby poprzez wytworzenie przegród łącznotkankowych miedzy przestrzeniami wrotnymi i żyłami środkowymi. Charakteryzuje się tworzeniem guzków regeneracyjnych, co prowadzi do zniszczenia struktury anatomicznej narządu, a w konsekwencji do zaburzeń funkcjonalnych i hemodynamicznych o różnym nasileniu. Efektem zmian jest powstanie nadciśnienia wrotnego oraz przewlekła niewydolność wątroby. Marskość wątroby jest końcowym stadium postępującej alkoholowej choroby wątroby [11].

## OBRAZ KLINICZNY ALKOHOLOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY

U znacznej część pacjentów przebieg choroby jest łagodny, bezobjawowy z niewielkimi nieprawidłowościami w badaniach laboratoryjnych, u innych przebieg może być bardzo ciężki z objawami niewydolności wątroby, gdzie śmiertelność we wczesnym okresie (28 dni) wynosi prawie 50% [11].

Objawy alkoholowego zapalenia wątroby występują najczęściej po okresie długotrwałego zażywanego alkoholu w dużych dawkach, ale mogą się także pojawić kilka tygodni po jego odstawieniu. Pierwsze objawy są zwykle niespecyficzne.

Pojawiają się:

- objawy ogólne: osłabienie, brak apetytu, nudności i wymioty, ból okolicy wątroby, gorączka, utrata masy ciała
- objawy skórne: rumień dłoniowy, przebarwienia na ramionach i pośladkach, naczyniaki gwiaździste, świąd skóry, nudności i wymioty, pałeczkowate palce, przykurcz Dupuytena
- zaburzenia hormonalne: u kobiet: zaburzenia miesiączki/brak miesiączki, u mężczyzn: ginekomastia (przerost sutka), atrofia jąder, zaburzenia potencji, zanik męskiego owłosienia

W ciężkich postaciach z postępującą niewydolnością wątroby i wszystkimi jej powikłaniami pojawiają się:

- objawy związane z następstwami nadciśnienia wrotnego: wodobrzusze, krwawienie z żylaków przełyku, zespół wątrobowo – nerkowy, obrzęki (zwykle kończyn dolnych), powiększenie śledziony
- powikłania niewydolności: żółtaczka, encefalopatia wątrobowa, powiększenie wątroby, zanik mięśni, powiększenie ślinianek przyusznych [13].

## ROZPOZNANIE ALKOHOLOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY I ROKOWANIE

W rozpoznaniu alkoholowego zapalenia wątroby w pierwszej kolejność należy potwierdzić przyczynę choroby, a wykluczyć inne niż alkohol, określić ilość spożywanego alkoholu oraz stwierdzić uszkodzenie wątroby. Dlatego też podstawą jest przeprowadzenie wywiadu z pacjentem w kierunku nadużywania alkoholu, badania fizykalne i laboratoryjne. Pomocny może się okazać również wywiad rodzinny i środowiskowy. W zaawansowanej postaci alkoholowego zapalenia wątroby istotne znaczenie ma diagnostyka obrazowa i biopsja – pobranie wycinka wątroby [5,14].

W badaniu przedmiotowym chorego stwierdza się zwykle powiększenie, tkliwość wątroby i ból w prawym podżebrzu. Uwagę zwracają również objawy niedożywienia i zanik mięśni. W badaniach laboratoryjnych stwierdza się liczne zmiany, jak np. [7,15]:

- leukocytozę z przewagą neutrofilów (granulocytów obojętnochłonnych),
- zwiększone surowicze stężenie białka CRP,
- niedokrwistość makrocytowa – MCV 100-105µl (zwiększenie objętości krwinek czerwonych - erytrocytów),
- ↓ liczby płytek krwi (małopłytkowość),
- zwiększenie aktywności ALT (aminotransferazy alaninowej) i AST (aminotransferazy asparaginianowej) <400 IU/l;
- AST/ALT >1,5 – 2, (charakterystyczny dla alkoholowego zapalenia wątroby jest wzrost aktywności AST nad ALT) zwiększenie aktywności ALP (fosfatazy alkalicznej),
- GGT (gamma-glutamylo – transferazy) [7,15].

W obrazie USG stwierdza się powiększenie wątroby, niejednokrotnie śledziony, echogeniczność wątroby (jasność miąższu) i objawy nadciśnienia wrotnego (obecność krążenia obocznego, poszerzenie żyły wrotnej).

Istotną wartość diagnostyczną stanowią nieinwazyjne testy oceny włóknienia wątroby, do których należą biochemiczne badanie metabolizmu macierzy łącznotkankowej (FibroTest, FibroMetre, Hepascore) oraz elastografia, czyli pomiar sprężystości tkanki (Fibroscan) [11,16].

Chociaż alkoholowe zapalenie wątroby jest potencjalnie odwracalne przy całkowitej abstynencji alkoholowej u około 70% chorych, to u około 10-20% pacjentów dalsze picie prowadzi do marskości wątroby. Odsetek przeżyć w okresie pięcioletnim wynosi około 50%. W momencie potwierdzenia diagnozy u 70% chorych na alkoholowe zapalenie wątroby stwierdza się również cechy marskości wątroby. Brak jest danych na temat odsetka chorych w populacji, wiadomo jedynie, że dwa razy częściej chorują mężczyźni. Tylko około 60% chorych zgłasza się do lekarza z powodu dolegliwości, a około 20% choroba jest diagnozowana przy okazji wykonywanych badań z powodu innego schorzenia [7,17].

Rokowanie zależy w głównej mierze od częstości, ilości i długotrwałości spożywanego alkoholu. Całkowita abstynencja pozwala na kilkudziesięcioletnie przeżycie. W przypadku dalszego nadużywania alkoholu rozwija się alkoholowa marskość wątroby. Z uwagi na długi okres regeneracji wątroby chorzy ze zdiagnozowaną ostrą postacią alkoholowego zapalenia wątroby umierają zwykle w wyniku wystąpienia powikłań.

## POWIKŁANIA ALKOHOLOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY

Obraz kliniczny alkoholowego zapalenia wątroby jest wynikiem skutków destrukcyjnego działania alkoholu na sam organ, a także zmian będących wynikiem uszkodzenia innych organów, do których należą choroby górnego odcinka układu pokarmowego i układu krążenia, zaburzenia neurologiczne i psychiatryczne, zakażenia układu moczowego i oddechowego.

W zaawansowanym alkoholowym zapaleniu wątroby najczęściej występującymi powikłaniami są:

- objawy związane z zaburzeniami nadciśnienia wrotnego: krwawienie z żylaków przełyku, wodobrzusze, zespół wątrobowo - nerkowy
- powikłania niewydolności wielonarządowej: żółtaczka, encefalopatia wątrobowa [3,18].

## LECZENIE ALKOHOLOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY

Leczenie alkoholowego zapalenia wątroby należy w pierwszej kolejności rozpocząć od wyeliminowania czynnika etiologicznego, dlatego też chorych musi obowiązywać bezwzględny zakaz picia alkoholu. Całkowita abstynencja jest czynnikiem decydującym o szansach powodzenia leczenia. Łagodne lub umiarkowane alkoholowe zapalenie wątroby w większości przypadków jest odwracalne, jedynie w przypadkach z obecnością włóknienia lub marskości zmiany są nieodwracalne, a rokowanie niepomyślne.

W alkoholowym zapaleniu wątroby w postaci ostrej w przebiegu z powikłaniami i niewydolnością wątroby lub cechami marskości chorzy po ustabilizowaniu stanu kierowani są do przeszczepu wątroby. W postaciach przewlekłych leczenie trwa latami zależnie od zaawansowania procesów zapalnych w wątrobie [6,19].

## POSTĘPOWANIE DIETETYCZNE W ALKOHOLOWYM ZAPALENIU WĄTROBY

Przed zastosowaniem diety u pacjentów z alkoholowym zapaleniem wątroby należy wziąć pod uwagę stan chorego i postać choroby (ostra, przewlekła) oraz odpowiednie zbilansowanie diety w zależności od występowania (lub niewystępowania) powikłań chorobowych. Niezmiernie ważne jest przestrzeganie ustalonej diety przez chorego, która powinna być wprowadzana sukcesywnie ze staranną kontrolą stanu pacjenta.

**Postępowanie dietetyczne:**

- bezwzględny zakaz picia alkoholu
- dieta bogatokaloryczna o podaży 35-40 kal/kg m.c./dobę
- dieta bogatobiałkowa 1,2- 1,5g/kg m.c./dobę (wyjątek stanowi przebieg choroby z encefalopatią – ograniczenie białka do 60g/dobę, w skrajnych przypadkach 20-30 g/dobę), dieta powinna zawierać również węglowodany, tłuszcze jeśli są dobrze tolerowane ( w okresach wyrównania) – 1g /kg m.c./dobę, a ograniczenie spożywania tłuszczów (w trakcie występowania żółtaczki)
- ograniczenie soli i sodu (zwłaszcza w encefalopatii)
- ograniczenie spożywania tłuszczów (w encefalopatii)
- spożywanie 7-8 posiłków na dobę
- potrawy duszone lub gotowane na parze

- produkty i potrawy zalecane: pieczywo jasne lub mieszane, typu graham, drobne kasze, makarony, płatki zbożowe, ryżowe, jęczmienne, owoce świeże bez skórki, świeże soki owocowe, warzywa świeże i mrożone, mleko i produkty mleczne o obniżonej zawartości tłuszczu (1,5%), jogurt naturalny, maślanka, kefir, twaróg, chude gatunki mięsa – wołowina, cielęcina, królik, jagnięcina, kurczak bez skóry, białko jaja, ryby gotowane i pieczone, oliwa z oliwek, olej słonecznikowy, słaba herbata
- produkty i potrawy przeciwwskazane: pieczywo pełnoziarniste, z mąki razowej z dodatkiem pestek i nasion, makaron pełnoziarnisty, kasza gryczana, ryż brązowy, płatki owsiane, otręby, musli z orzechami, czekoladą i suszonymi owocami, owoce w słodkich syropach, kandyzowane, warzywa konserwowe, kiszone ogórki i kapusta, rośliny strączkowe, pełnotłuste mleko i przetwory mleczne, ser żółty, pleśniowy, topiony, jogurty owocowe, mleko w proszku, jogurt grecki, tłuste gatunki mięsa, wieprzowina, baranina, gęś, kaczka, podroby, wędliny wędzone, żółtko jaja, konserwy rybne, ryby w zalewach i panierkach, ryby smażone i wędzone, owoce morza, kakao, mocna kawa i herbata, napoje gazowane, ciasta z kremami [8,20].

## ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z ALKOHOLOWYM ZAPALENIEM WĄTROBY

### Opis przypadku

Pacjent P.Z. 39-letni mężczyzna, po raz kolejny hospitalizowany na Oddziale Obserwacyjno – Zakaźnym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Hajnówce z ustalonym 3 lata temu rozpoznaniem zapaleniem wątroby o alkoholowej etiologii.

Pacjent pracuje dorywczo przy pracach sezonowych i utrzymuje się z okresowego zasiłku z Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej.

Mieszka z rodzicami w niewielkiej wsi w powiecie hajnowskim. Obecnie jest w trakcie rozwodu, żona wraz z dzieckiem wyprowadziła się z domu.

Od ponad 9 lat regularnie nadużywa alkohol.

Poddał się jednorazowo leczeniu odwykowemu uzależnienia alkoholowego, za namową żony, jednakże okres całkowitej abstynencji po zakończonej terapii był krótki.

Chory uczęszcza na klubu „AA” bardzo nieregularnie. Jest również pacjentem Ośrodka Leczenia Uzależnień w Białymstoku.

Z przeprowadzonego badania AUDIT wynika, że aktualnie pije alkohol częściej niż 4 razy w tygodniu i jest to powyżej 3 porcji zawierających alkohol dziennie.

Jest to trzeci pobyt pacjenta na Oddziale Obserwacyjno – Zakaźnym.

Podczas badania fizykalnego stwierdzono liczne blizny, świeże otarcia i siniaki na głowie oraz na kończynach górnych i dolnych. Oczy są przekrwione, białkówki zażółcone. Powłoki skórne są zażółcone z występującym świądem skóry (ślady zadrapań na całym ciele). Ponadto na skórze widoczne są nieliczne przebarwienia, na dłoniach zauważalny jest rumień.

U chorego występują niedobory żywieniowe, objawiające się zanikiem masy mięśniowej i wiotką skórą.

Wskaźnik BMI wynosi 17,87 – wskazujący na niedożywienie, przy wzroście 178 cm – waga 54 kg.

Dodatkowo występują obrzęki podudzia kończyn dolnych oraz stwierdza się „nienaturalnie” powiększony obwód brzucha.

Skóra powłok brzusznych jest błyszcząca, napięta z dobrze widocznymi żyłami powierzchniowymi.

U pacjenta obserwuje się trudności z poruszaniem się.

Większość dnia spędza w łóżku, nie nawiązując rozmowy z innymi pacjentami, ani personelem oddziału.

Na zadawane pytania odpowiada wolno, jednym słowem, nie wykazując przy tym chęci do współpracy.

Skarży się na bezsenność w nocy.

W badaniu palpacyjnym - powiększenie i tkliwość wątroby, pacjent zgłasza silny ból w prawym podżebrzu.

U pacjenta występują wzdęcia, nudności i wymioty, duszność i kaszel.

Dokonano pomiarów parametrów życiowych:

- ciśnienie tętnicze krwi 135/90 mm/Hg
- tętno dobrze wyczuwalne, miarowe 95 uderzeń/min.
- oddechy miarowe, płytkie 25 oddechów/min.
- temperatura ciała 38,2$^{o}$C

## PROCES PIELĘGNOWANIA PACJENTA Z ALKOHOLOWYM ZAPALENIEM WĄTROBY

### Problem pielęgnacyjny I: Dolegliwości pacjenta spowodowane występowaniem wodobrzusza

**Cel opieki:**

- zmniejszenie wodobrzusza

**Działania pielęgniarskie:**

- systematyczny pomiar obwodu brzucha i masy ciała pacjenta
- podawanie 20% albuminy oraz leków moczopędnych według karty zleceń lekarskich
- prowadzenie bilansu płynów
- ograniczenie podawania płynów drogą doustną i dożylną
- uzupełnienie elektrolitów na zlecenie lekarza
- podawanie posiłków bogato białkowych, wyeliminowanie soli z pokarmów
- ułożenie chorego w pozycji ułatwiającej oddychanie

W sytuacji konieczności wykonania nakłucia jamy brzusznej - paracentezy:

- poinformowanie pacjenta o celu i przebiegu zabiegu, sprawdzenie czy wyraził on zgodę na przeprowadzenie zabiegu
- udzielenie choremu wskazówek dotyczących zachowania się podczas zabiegu
- ułożenie chorego w wygodnej dla niego pozycji (leżąca lub siedząca)
- przygotowanie pacjenta do zabiegu
- przygotowanie sterylnego zestawu do paracentezy
- postępowanie zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki
- asystowanie przy zabiegu
- informowanie pacjenta o wszystkich czynnościach wykonywanych przy nim
- założenie jałowego opatrunku w miejscu wkłucia
- kontrola ilości, zabarwienia i jakości upuszczonego płynu puchlinowego
- obserwacja pacjenta po wykonanym zabiegu

**Wyniki działań:**

- dolegliwości i związane z występowaniem wodobrzusza zostały zminimalizowane. Problem wymaga dalszej obserwacji.

### Problem pielęgnacyjny II: Dyskomfort chorego spowodowany występowaniem nudności i wymiotów

**Cel opieki:**

- wyeliminowanie wymiotów lub ich złagodzenie
- zapobieganie odwodnieniu i utracie elektrolitów
- zapewnienie bezpieczeństwa i higieny

**Działania pielęgniarskie:**

- kontrola i obserwacja ilości, treści, koloru, rodzaju wymiocin (gwałtowne, z oporem, bez oporu, dławiące, bez wysiłku), czasu ich wystąpienia (na czczo, po posiłku, niezależnie), częstości ich występowania (jednorazowo, kilkakrotnie) i udokumentowanie w dokumentacji medycznej
- podawanie leków przeciwwymiotnych na zlecenie lekarza
- wykluczenie czynników powodujących wymioty
- podawanie pokarmów o konsystencji płynnej i temperaturze pokojowej
- eliminowanie z jadłospisu potraw o przykrym dla pacjenta zapachu
- podawanie jednorazowo małej ilości płynów i pokarmów
- prowadzenie bilansu wodnego
- sprawdzenie poziomu elektrolitów i ewentualne ich uzupełnienie
- ułożenie pacjenta w pozycji wysokiej lub półwysokiej z głową odchyloną na bok
- zapewnienie miski nerkowatej, ligniny, płynu do płukania ust
- toaleta jamy ustnej
- zmiana bielizny osobistej i pościelowej w razie potrzeby
- polecenie wykonywanie głębokich oddechów
- zapewnienie ciszy
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu na sali

**Wyniki działań:**

- nudności i wymioty ustąpiły, chory został nawodniony

### Problem pielęgnacyjny III: Zagrożenie wystąpienia krwawienia z żylaków przełyku

**Cel opieki:**

- zapobieganie wystąpienia krwawienia z żylaków przełyku

**Działania pielęgniarskie:**

- stała kontrola stanu pacjenta, wykonywanie pomiarów podstawowych funkcji życiowych: ciśnienia tętniczego krwi, tętna, saturacji
- obserwacja występowania objawów ze strony układu pokarmowego (wymioty, nudności, odbijanie)
- podawanie pokarmów o konsystencji płynnej i letniej temperaturze
- podawanie jednorazowo małej ilości płynów i pokarmów
- obserwacja stolca w kierunku wystąpienia krwawień
- przetaczanie płynów infuzyjnych
- pobieranie na zlecenie lekarza krwi do badań
- podawanie leków drogą dożylną lub doustną na zlecenie lekarza
- ograniczenie wysiłku fizycznego chorego poprzez pozostanie w łóżku
- pomoc pacjentowi przy wykonywaniu czynności higienicznych

**Wyniki działań:**

- krwawienie z żylaków przełyku nie wystąpiło

### Problem pielęgnacyjny IV: Możliwość wystąpienia encefalopatii wątrobowej będącej skutkiem zaawansowanej niewydolności wątroby

**Cel opieki:**

- zapobieganie wystąpieniu encefalopatii

**Działania pielęgniarskie:**

- stała kontrola i ocena stanu ogólnego pacjenta, wykonywanie pomiarów podstawowych funkcji życiowych: ciśnienia tętniczego krwi, tętna, temperatury ciała, oddechów
- obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia encefalopatii, zastosowanie skali West Haven
- podawanie leków na zlecenie lekarza
- wykonywanie systematycznego pomiaru stężenia: amoniaku, kreatyniny, czynników krzepnięcia krwi, bilirubiny, cukru, elektrolitów na zlecenie lekarza
- kontrola diurezy
- zastosowanie indywidualnej diety

**Wyniki działań:**

- objawy encefalopatii nie wystąpiły, problem wymaga dalszej obserwacji

### Problem pielęgnacyjny V: Dyskomfort pacjenta spowodowany podwyższoną temperaturą ciała

**Cel opieki:**

- obniżenie temperatury ciała

**Działania pielęgniarskie:**

- obniżenie temperatury otoczenia
- stosowanie środków fizycznych w postaci zimna suchego i mokrego
- podawanie płynów do picia stosownie do bilansu wodnego
- stosowanie leków przeciwgorączkowych na zlecenie lekarza

**Wyniki działań:**

- temperatura ciała obniżyła się, problem wymaga dalszej obserwacji

### Problem pielęgnacyjny VI: Uczucie duszności z powodu występowania wodobrzusza

**Cel opieki:**

- zmniejszenie obrzęków
- poprawienie wentylacji płuc

**Działania pielęgniarskie:**

- ułożenie chorego w pozycji umożliwiającej swobodne oddychanie
- systematyczny pomiar obwodu brzucha i masy ciała pacjenta
- prowadzenie bilansu płynów
- ograniczenie wysiłku fizycznego pacjenta poprzez pozostanie w łóżku
- pomoc pacjentowi przy wykonywaniu czynności higienicznych
- zapewnienie choremu spokoju i odpoczynku

**Wyniki działań:**

- chory oddycha swobodnie

### Problem pielęgnacyjny VII: Ból pacjenta w prawym podżebrzu spowodowany stanem zapalnym wątroby

**Cel opieki:**

- zmniejszenie dolegliwości bólowych

**Działania pielęgniarskie:**

- obserwacja natężenia, charakteru i czasu występowania bólu zgłaszanego przez pacjenta
- okazanie choremu życzliwości i wsparcia
- wyjaśnienie pacjentowi przyczyny bólu
- ułożenie chorego w pozycji zmniejszające dolegliwości bólowe
- podanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza

**Wyniki działań:**

- dolegliwości bólowe zmniejszyły się, problem wymaga dalszej obserwacji

### Problem pielęgnacyjny VIII: Możliwość wystąpienia powikłań związanych z obrzękami kończyn dolnych

**Cel opieki:**

- zlikwidowanie lub zminimalizowanie obrzęków
- zapobieganie narastaniu

**Działania pielęgniarskie:**

- ograniczenie pionizacji pacjenta
- zapewnienie choremu wygodnego ułożenia w łóżku
- odpowiednie ułożenie kończyn i zmiana ich pozycji co godzinę
- stworzenie warunków do odpływu chłonki i krwi
- dokładne mycie i osuszanie skóry
- obserwacja obrzęków poprzez kontrole masy ciała i pomiar obwodu kończyn
- pobudzenie krążenia ćwiczeniami biernymi

**Wyniki działań:**

- obrzęki zmniejszyły się, problem wymaga dalszej obserwacji

### Problem pielęgnacyjny IX: Niepokój chorego z powodu uporczywego uczucia świądu skóry

**Cel opieki:**

- zmniejszenie uczucia świądu

- zapobieganie miejscowemu zakażeniu skóry

**Działania pielęgniarskie:**

- poinformowanie chorego o konieczności przestrzegania higieny rąk i obcinania paznokci w celu zapobiegania zakażeniom skóry
- wykonywanie delikatnej toalety ciała i nawilżeniem skóry
- miejscowe stosowanie środków zmniejszających świąd
- podanie środków farmakologicznych o działaniu przeciwświądowym na zlecenie lekarza
- zajecie pacjenta rozmową w celu odwrócenia uwagi od świądu
- unikanie przegrzania i nasłonecznienia skóry
- obserwowanie powłok skórnych pod kątem zakażeń i krwawienia, założenie opatrunków w razie potrzeby

**Wyniki działań:**

- świąd zmniejszył się, problem wymaga dalszej obserwacji

### Problem pielęgnacyjny X: Niebezpieczeństwo pogłębiania się niedożywienia z powodu obniżonego łaknienia i pragnienia

**Cel opieki:**

- pokrycie zapotrzebowanie energetycznego pacjenta
- uzupełnienie niedoborów pokarmowych
- zapobieganie odwodnieniu

**Działania pielęgniarskie:**

- planowanie posiłków w zależności od fazy choroby
- zapoznanie chorego z dietą i jej znaczeniem w przebiegu choroby
- podawanie produktów bogatych w białko, węglowodany z ograniczeniem tłuszczów i soli
- uzupełnienie niedoborów witaminowych, soli mineralnych i pierwiastków śladowych
- stosowanie żywienia pozajelitowego
- podawanie 5 posiłków dziennie
- podawanie pokarmów gotowanych, pieczonych, duszonych, gotowanych na parze
- wykluczenie z diety pokarmów ciężkostrawnych, ostrych przypraw i używek

**Wyniki działań:**

- pacjent chętniej przyjmuje pokarmy, niedobory witaminowe zostały uzupełnione, problem wymaga dalszej obserwacji

### Problem pielęgnacyjny XI: Zły stan psychiczny pacjenta spowodowany pobytem w szpitalu

**Cel opieki:**

- zmniejszenie poczucia niepokoju

**Działania pielęgniarskie:**

- okazywanie serdeczności, życzliwości i zrozumienia
- przeprowadzenie z pacjentem rozmowy, udzielenie odpowiedzi na wszystkie nurtujące go pytania i otoczenie opieką
- okazanie zainteresowania, zdobycie zaufania chorego i otoczenie opieką
- zapoznanie z personelem oddziału
- zapoznanie z topografią oddziału i pacjentami na sali
- umożliwienie kontaktu z rodziną
- zapoznanie pacjenta z regulaminem oddziału, kartą praw pacjenta oraz planem doby szpitalnej
- informowanie o wykonywanych czynnościach
- nawiązanie współpracy z psychologiem

**Wyniki działań:**

- pacjent uspokoił się, nawiązał kontakt z personelem i innymi chorymi

### Problem pielęgnacyjny XII: Trudności w zasypianiu spowodowane zaburzeniem rytmu dobowego dnia i nocy

**Cel opieki:**

- ułatwienie zasypiania

**Działania pielęgniarskie:**

- unikanie podsypiania w ciągu dnia
- pomoc w wykonywaniu toalety wieczornej
- stosowanie wygodnej bielizny osobistej

- rozmowa z pacjentem na tematy, które go niepokoją
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu na sali
- zapewnienie ciszy i spokoju
- ułożenie w wygodnej pozycji
- w razie potrzeby podanie leków ułatwiających zasypianie na zlecenie lekarza

**Wyniki działań:**

- pacjent nie przesypia całej nocy, ale długość snu jest dłuższa niż przed hospitalizacją, problem wymaga dalszej obserwacji

### Problem pielęgnacyjny XIII: Możliwość wystąpienia biegunki prowadzącej do odwodnienia

**Cel opieki:**

- zapobieganie wystąpienia biegunki i jej powikłań

**Działania pielęgniarskie:**

- ustalenie częstości wypróżnień
- obserwacja barwy i konsystencji stolca
- prowadzenie bilansu płynów
- kontrola gospodarki wodno – elektrolitowej
- sprawdzenie leków przyjmowanych przez pacjenta, zwrócenie uwagi czy chory nie zażywa środków przeczyszczających
- zapewnienie intymności podczas defekacji
- pomoc choremu w higienie osobistej
- zapewnienie czystości bielizny osobistej i pościelowej
- podwale leków na zlecenie lekarza

**Wyniki działań:**

- biegunka nie wystąpiła, pacjent regularnie się wypróżnia

### Problem pielęgnacyjny XIV: Możliwość wystąpienia zakażeń spowodowanych obniżoną odpornością

**Cel opieki:**

- zapobieganie zakażeniom

**Działania pielęgniarskie:**

- dbanie o higienę osobistą i otoczenia pacjenta
- profilaktyka zakażeń w miejscu wkłucia
- przestrzeganie reżimu sanitarnego
- przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki w czasie zabiegów

**Wyniki działań:**

- zakażenia nie wystąpiły

### Problem pielęgnacyjny XV: Ryzyko zakażenia w związku z założonym wkłuciem obwodowym

**Cel opieki:**

- zapobieganie wystąpieniu zakażenia w miejscu wkłucia

**Działania pielęgniarskie:**

- założenie wkłucia
- utrzymywanie drożności wkłucia
- unikanie manipulacji przy dostępie naczyniowym i zabezpieczenie wenflonu przed usunięciem
- postępowanie zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki podczas podłączania płynów infuzyjnych
- zapobieganie odczynom zapalnym
- obserwacja miejsca wkłucia pod kątem cech zapalnych
- zmiana opatrunku raz dziennie lub w razie potrzeb
- udokumentowanie założenie wkłucia
- zapewnienie czystości pacjenta i otoczenia

**Wyniki działań:**

- w trakcie obecności wkłucia zakażenia nie zaobserwowano

### Problem pielęgnacyjny XVI: Deficyt wiedzy pacjenta na temat choroby i jej rokowania

**Cel opieki:**

- zwiększenie poziomu wiedzy pacjenta alkoholowym zapaleniu wątroby

**Działania pielęgniarskie:**

- wyjaśnienie istoty choroby, występujących powikłań i rokowania

- wytłumaczenie konieczności całkowitego zakazu spożywania alkoholu
- uświadomić pacjentowi dlaczego tak ważna w dalszym przebiegu choroby jest abstynencja
- wyjaśnienie zasadności poddania się leczeniu odwykowemu
- motywowanie pacjenta do podjęcia leczenia po wypisaniu ze szpitala
- edukacja rodziny chorego w zakresie przyczyny powikłań i dalszego leczenia
- dostarczenie materiałów edukacyjnych (np. ulotek) dotyczących choroby

**Wyniki działań:**

- poziom wiedzy pacjenta zwiększył się

### Problem pielęgnacyjny XVII: Brak wiedzy na temat stosowania diety

**Cel opieki:**

- przekazanie informacji pacjentowi na temat diety i zasadności jej przestrzegania

**Działania pielęgniarskie:**

- zmotywowanie pacjenta do stosowania diety
- wytłumaczenie
- przedstawienie pacjentowi na konkretnych przykładach listy produktów wskazanych i nie zalecanych
- poinstruować pacjenta o częstym spożywaniu posiłków (5 razy dziennie) i wykluczeniu z nich pokarmów ciężkostrawnych, wzdymających oraz ostrych przypraw i soli
- podkreślenie, że najlepiej przyrządzać pokarmy gotując je - również na parze, upiec lub udusić
- całkowity zakaz picia alkoholu

**Wyniki działań:**

- pacjent otrzymał wszelkie niezbędne informacje na temat diety

## WSKAZÓWKI DO DALSZEJ PIELĘGNACJI

- zastosowanie się do zaleceń lekarskich umieszczonych na karcie informacyjnej
- zaprzestać spożywania alkoholu

- ograniczyć do minimum spożywanie leków obciążających wątrobę
- konieczność konsultacji lekarskiej w przypadku wystąpienia niepokojących objawów oraz zamiaru zażycia jakichkolwiek leków
- prowadzić samoobserwację w kierunku wystąpienia niepożądanych objawów
- kontrolować masę ciała i dążyć do jej zwiększenia
- ograniczyć wysiłek fizyczny
- kontrolowanie biochemicznych wskaźników wątroby poprzez wykonywanie badań krwi zleconych przez lekarza
- wykonywać badanie USG co 6 miesięcy w celu kontroli zaawansowania zmian w wątrobie
- zgłosić się do poradni leczenia uzależnień
- wsparcie rodziny i znajomych w dalszym leczeniu choroby i rehabilitacji

## PODSUMOWANIE

Priorytetem w pracy zawodowej każdej pielęgniarki powinno być zapewnienie najwyższej jakości opieki pacjentowi. W tym celu pielęgniarka zobowiązana jest w sposób odpowiedni, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb pacjenta dobrać działania i środki wykorzystywane w opiece nad chorym. Należy wziąć pod uwagę wszystkie potrzeby chorego, a więc fizjologiczne, psychiczne, duchowe i społeczne, gdyż jest to warunkiem osiągnięcia założonych celów opieki.

Rolą pielęgniarki w opiece nad pacjentem z alkoholowym zapaleniem wątroby jest rozpoznanie, zaplanowanie i realizacja potrzeb pacjenta i jest to możliwe tylko w sytuacji pełnej współpracy pacjenta w procesie leczenia, pielęgnowania, profilaktyki i edukacji. Należy tego dokonać w taki sposób, aby pacjent czuł się współodpowiedzialny za osiągane efekty. Współpracujący z zespołem terapeutycznym pacjent jest gwarancją efektywnego leczenia chorobą.

## PIŚMIENNICTWO

1. Boon N.A., Colledge N.R., Walker B.R.: Choroby wewnętrzne Dawidsona, T.3, Wrocław, Wydawnictwo Medyczne Elsevier Urban & Partner, 2010.

2. Kowala-Piaskowska A., (red.): Marskość wątroby – przyczyny, objawy i postępowanie dietetyczne. Poznań, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, 2013.
3. Cymerys M., Ruta-Danielczak A., Pupek- Musialik D., Tykarski A., (red.): Kliniczny zarys chorób wewnętrznych. Podręcznik dla studentów dietetyki. Poznań, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, 2013.
4. Fauci A.S., Braunwald E., Kasper D.L, Hauser S.L., Longo D.L., Jameson J.L., Loscalzo J. Interna Harrisona, T.3. Lublin, Wydawnictwo Czelej, 2009.
5. Gonciarz M., Gonciarz Z.: Kompedium gastroenterologiczne. Poznań, Termedia Wydawnictwa Medyczne, 2017.
6. Wirkowska A., Pęczek L.: Włóknienie i marskość wątroby przyczyny indukujące, Cześć I. Przegląd Lekarski, 2011; 68: 222-223.
7. Jurkowska G., Łagoda K., (red.): Pielęgniarstwo internistyczne. Podręcznik dla studiów medycznych, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2011.
8. https://aztransplant.com/health-topics/liver; (data dostępu 15.04.2019).
9. Karges W., Al Dahouk S., Interna w 5 dni. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2013.
10. Panasiuk A., (red.): Encefalopatia wątrobowa. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2016.
11. Paauw D., Migeon M.B., Burkholder L.R.: Choroby wewnętrzne. Praktyczny przewodnik kliniczny, T. 1. Wrocław, Wydawnictwo Medyczne Elsevier Urban & Partner, 2009.
12. Leach O.A., Van Boxel G.I.: Choroby wewnętrzne. Wydawnictwo Medyczne Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010.
13. Szczeklik A., Gajewski P. (red.): Choroby wewnętrzne. Kraków, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, 2011.
14. Sosada K. (red.): Ostre stany zagrożenia życia w chorobach wewnętrznych. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2016.
15. Longo D.L., Fauci A.S.: Harrison Gastroenterologia i hepatologia, T.II. Lublin, Wydawnictwo Czelej, 2012.
16. Maśliński S., Ryżewski J., (red.): Patofizjologia. Podręcznik dla studentów medycyny, T.2. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2014.
17. Panasiuk A.: Alkoholowa choroba wątroby. Hepatologia 2013: 18-21.

18. Woronowicz B. T.: Alkoholizm jest chorobą. Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 1998.
19. Simon K., (red.): Diagnostyka chorób wątroby. Poznań, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.
20. http://alkoholizm.eu/?sel=testy; (data dostępu 18.05.2019r).

# Dysfunkcyjny wpływ uzależnienia od alkoholu na model rodziny

## Adam Jasiura

Student 4. Roku Studiów jednolitych magisterskich, Kierunek Lekarski, Wydział Lekarski
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

## WPROWADZENIE

Ludzie sięgają po alkohol z różnych przyczyn. Początkowe doświadczenia mają zwykle na celu poprawę własnej samooceny, zredukowanie napięcia, czy chęć osiągnięcia lepszej zabawy. Potrzeby te można zaklasyfikować do dwóch głównych kategorii. Wyróżnić można tu względy społeczne, gdzie na skutek wzbudzenia motywu afiliacji, podmiot nie chce poczuć się osamotniony i wykluczony społecznie w grupie osób spożywających alkohol. Włączenie się w interakcję prowadzi wtedy do budowania poczucia własnego sensu poprzez utożsamianie się z własną grupą, budowę nowych relacji, czy naprawę już istniejących dzięki przyjęciu postawy konformistycznej. Lęk przed odrzuceniem przez grupę i ewentualnym ostracyzmem nierzadko przeważa nad racjonalną oceną sytuacji i aby uchronić się przed wykluczeniem, osoby te ulegają presji grupy [1,2].

Inną kategorią są natomiast względy indywidualne, gdzie pożądane są efekty, które alkohol wywołuje w organizmie. Zaliczają się do nich zmniejszenie odczuwania zmęczenia, rozluźnienie czy działanie euforyzujące [1,2].

Alkohol obniża ponadto napięcie i subiektywnie zwiększa odwagę poprzez podwyższenie progu lęku [1,2].

W mentalności społecznej krajów wschodnioeuropejskich alkohol jest głęboko zakorzeniony w tradycji i światopoglądzie. Choć jest to prawnie zakazane, istnieje społeczne przyzwolenie, aby w ramach spotkań rodzinnych podawać alkohol w małych ilościach dzieciom i młodzieży niepełnoletniej pod pretekstem oswajania ich z otaczającym światem. Inicjacja alkoholowa następuje tym samym w coraz to niższym wieku przy braku zakazu od dorosłych, a nawet przeciwnie – ich aprobacie. Nim dojdzie jednak do uzależnienia często obserwowane są następujące po sobie etapy – od początkowego kontaktu z alkoholem i

młodzieńczego eksperymentowania, przez nadużywanie socjalne i nawykowe, aż do ostatecznie rozwiniętego uzależnienia [1,2].

## ALKOHOLIZM JAKO CHOROBA

Zespół uzależnienia od alkoholu definiuje się zgodnie z klasyfikacją ICD-10 opracowaną przez WHO jako zespół typowych objawów somatycznych, zaburzeń zachowania i funkcji poznawczych, w którym picie alkoholu staje się dominujące nad innymi zachowaniami, poprzednio uważanymi za ważniejsze. W celu ujednolicenia rozpoznań wprowadzono specyficzne kryteria, z których koniecznie jest spełnienie przynajmniej trzech w okresie ostatniego roku, przy czym co najmniej jedno musi dotyczyć uzależnienia fizycznego [3].

Do kryteriów stanowiących o uzależnieniu fizycznym należą:

- rozpoznanie stanu abstynencyjnego spowodowanego przerwaniem picia lub zredukowaniem dawki alkoholu, co przejawia się charakterystycznym zespołem abstynencyjnym, albo piciem alkoholu lub przyjmowaniem substancji o podobnym działaniu (np. benzodiazepin) z zamiarem złagodzenia lub uniknięcia objawów abstynencyjnych;
- występowanie tolerancji, polegającej na potrzebie spożycia większych dawek do wywołania efektu powodowanego poprzednio mniejszymi dawkami.

Do pozostałych kryteriów należą:

- silna potrzeba (głód) picia albo kompulsywne picie alkoholu;
- trudności w kontrolowaniu zachowań związanych z piciem w sensie upośledzenia kontrolowania rozpoczęcia picia, długości trwania picia czy ilości;
- postępujące zaniedbywanie alternatywnych przyjemności lub zainteresowań z powodu picia, zwiększenie ilości czasu potrzebnego na zdobycie alkoholu lub powrócenie do normy po wypiciu;
- picie alkoholu mimo wiedzy o jego szkodliwości [4,5].

Zanim jednak pacjent trafi do specjalisty, który zdoła rozpoznać u niego zespół uzależnienia od alkoholu, konieczne jest jego prawidłowe wstępne zdiagnozowanie w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej, które w ramach profilaktyki powinny identyfikować problem szkodliwego picia w społeczeństwie. W celu ułatwienia przesiewowego typowania pacjentów stworzono liczne skale, takie jak MAST (*Michigan Alcohol Screening*

*Test*) czy kwestionariusz CAGE. Choć ułatwiają one rozpoznanie poważnych problemów z alkoholem, nie są nakierowane na osoby pijące ryzykownie. Dla takich pacjentów przygotowano test AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), który przy pomocy dziesięciu pytań identyfikuje osoby pijące szkodliwie. Dzięki wczesnej diagnostyce, możliwe jest szybsze wdrożenie profilaktyki wyższych faz i niedopuszczenie przez to do rozwinięcia w pełni uzależnienia od alkoholu [3,6].

Zgodnie z szacunkami Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), w Polsce liczba osób uzależnionych od alkoholu wynosi około 800 tysięcy, co odpowiada 2% populacji. Około 2-2,5 miliona Polaków to osoby pijące szkodliwie (5-7%). Dorosłych żyjących w otoczeniu osoby uzależnionej od alkoholu jest około 1,5 miliona (4%), podobniej jak dzieci wychowujących się w rodzinach alkoholików (1,5 mln, 4%). Szacuje się, że 67% dorosłych i dzieci z rodzin z problemem alkoholowym ulega przemocy domowej, co odpowiada około 2 milionom Polaków [7].

## RODZINA Z PROBLEMEM ALKOHOLOWYM

Problem uzależnienia od alkoholu w praktyce nigdy nie dotyczy wyłącznie osoby spożywającej alkohol. Poprzez zaburzenie relacji między członkami rodziny alkohol odciska piętno niemal na wszystkich aspektach systemu rodzinnego. Prowadzi to do upośledzenia komunikacji, działania i współdziałania nie tylko na poziomie członka rodziny, ale także całego środowiska rodzinnego. Proces socjalizacji, w którym rodzina jako jednostka ma kluczowe znaczenie, ulega zaburzeniu, a interakcje – zarówno wewnątrzrodzinne, jak i międzyrodzinne – podlegają przemodelowaniu w ramach przystosowania do nowej, ciągle zmieniającej się rzeczywistości. Wynika to z faktu, że każda zmiana dotycząca pojedynczego elementu rodziny wpływa także na wszystkie jej pozostałe wartości, wywierając odpowiedź na zasadzie dynamicznej równowagi. Doprowadza to ostatecznie do sytuacji, w której każdy członek rodziny, niezależnie od tego czy spożywa alkohol w sposób szkodliwy czy wcale, jest w jakiś sposób dotknięty obecnością alkoholu w rodzinie i musi się do niego dostosować [8,9].

Adaptacja rodziny do destrukcyjnych zmian, które wywołuje w niej alkohol, jest długim i wielostopniowym procesem. Następują w nim liczne przewartościowania emocjonalne i zmiany ról odgrywanych w rodzinie. U członków rodziny współobarczonych problemem zaczynają dominować emocje negatywne, jak wstyd, frustracja, niepewność czy poczucie winy. Alkohol staje się natomiast podstawą wszelkich relacji i to wokół niego obraca się całe życie

rodziny. Przebieg przystosowywania się rodziny do obecnego w niej alkoholu opisała Joan Jackson, wyodrębniając siedem faz tego procesu.

- Faza 1 – Incydenty nadużywania alkoholu są sporadyczne, jednak generują napięcia w systemie rodziny. Próby interwencji ze strony rodziny są zwykle bezskuteczne. Rozpoczyna się stopniowe wypieranie istnienia problemu. Wymyślane są kolejne wymówki i usprawiedliwienia oraz obietnice, które nie są dotrzymywane.
- Faza 2 – Wraz z nasileniem się incydentów alkoholowych narasta izolacja rodziny. Alkohol przejmuje rolę głównej osi zachowań i myśli jej członków. Rośnie napięcie i wyrzuty, relacje wewnątrz rodziny ulegają pogorszeniu, a dzieci zaczynają odczuwać zaburzenia emocjonalne. Podejmowane są próby tuszowania negatywnych konsekwencji picia i utrzymywania życia rodzinnego w niezmienionej formie sprzed problemu z alkoholem.
- Faza 3 – Rodzina zaczyna powoli rezygnować z próby kontrolowania zachowań alkoholika. Przestaje zajmować się odległymi celami, skupiając się na doraźnym radzeniu sobie z problemem. Zaburzenia emocjonalne u dzieci stają się coraz wyraźniejsze. Osoba pijąca przestaje próbować wypełniać swoje role w rodzinie. Nasila się także dezintegracja życia rodzinnego.
- Faza 4 – Żona alkoholika przejmuje kontrolę nad życiem rodzinnym i zaczyna traktować go jak duże i krnąbrne dziecko. Uczucia pretensji i wrogości są zastępowane przez litość i odczucia opiekuńcze. Rodzina ulega lekkiej stabilizacji, starając się kompensować destruktywne skutki zachowania alkoholika.
- Faza 5 – Żona alkoholika zaczyna się odseparowywać od rodziny, a z czasem następuje rozstanie. Jej postępowanie koncentruje się wokół rozwiązywania problemów środowiskowych, bytowych i emocjonalnych dotyczących rozterki nad zasadnością ucieczki od problemu alkoholowego i męża.
- Faza 6 – Żona reorganizuje rodzinę, aby mogła funkcjonować bez alkoholika. Uczy się samodzielności, powolnie porzucając pretensje i oczekiwania w stosunku do alkoholika, co mogłoby podtrzymywać z nim więź emocjonalną.
- Faza 7 – W przypadku osiągnięcia przez alkoholika stabilnej abstynencji, rodzina stara się ponownie włączyć go w relacje. Podejmowane są próby radzenia sobie z problemami, które jednak są nasilone przez trudności emocjonalne związane z ponownym przystosowywaniem się i przeszkodami środowiskowymi [10-12].

## DYSFUNKCJA RODZINY W KONTEKŚCIE ALKOHOLU

Prawidłowo funkcjonująca rodzina charakteryzuje się wspólnotowością i systemowością. Ma ona na celu zabezpieczenie przetrwania i prawidłowego rozwoju oraz zaspokojenie potrzeb emocjonalnych jej członków. W rodzinie dysfunkcyjnej wartości te ulegają zaburzeniu, przez co funkcje rodziny nie są wystarczająco lub wcale realizowane. Wprowadzenie do rodziny alkoholu jedynie u jednego z jej członków wywiera wpływ na cały jej system, zakłócając równowagę. Dotychczas wypracowane środki kompensacji zmian w relacjach mogą nie wystarczać, co prowadzi do przemodelowania struktury rodziny jako całości. Wcześniej istniejące granice – sposoby dokonywania wymiany wewnątrzrodzinnej i międzyrodzinnej, które w prawidłowo funkcjonującej rodzinie są elastyczne i otaczając ją, gwarantują odrębność i autonomię jej członków – ulegają zatarciu lub uszczelnieniu. Deprywacja granic prowadzi do kolektywizacji osobowości członków rodziny sprawiając, że żaden z nich nie jest spójną i pełną osobą. Generuje to trudności we wchodzeniu przez nich we właściwe relacje, narasta frustrację i rozmywa lub zaostrza odpowiedzialność [13-15].

Rodzina dysfunkcyjna zwykle zaprzecza swoim problemom, wypierając je. Wynika to z faktu głębokiego wstydu i lęku przed byciem ocenianym zarówno przez otoczenie, jak i samych członków rodziny. Unikają oni kontaktów ze światem zewnętrznym, a także bliskich relacji towarzyskich czy przyjaźni, ukrywając swoje prawdziwe uczucia. Przewodzi obawa, że każda demaskacja swoich emocji mogłaby zakończyć się odkryciem sekretu ciążącego nad rodziną. Zniekształcanie i naciąganie rzeczywistości prowadzi do funkcjonowania w ciągłym zakłamaniu i nieszczerości. Problemy są za wszelką cenę ukrywane przed wyjściem na światło dzienne, a w przypadku konfrontacji – marginalizowane lub pomijane. Rodzina dysfunkcyjna zaprzecza pięciu potencjałom człowieka: spostrzeżeniom, myślom, dążeniom, wyobrażeniom i uczuciom, w szczególności tym negatywnym, jak lęk, samotność, smutek czy odrzucenie. Wzbudzone motywy afiliacji i samooceny nie mogą być prawidłowo zaspokajane, co prowadzi do ich deprywacji. Negacja istnienia problemu uniemożliwia jednocześnie próbę jego rozwiązania.

Członkowie rodzin dysfunkcyjnych tłumią swoje emocje w obawie, że ich wyrażenie mogłoby spowodować chaos w rodzinie. Ciągła presja ze strony rodziny, aby zachować lojalność i spójność przekazu w obrazie rodziny prowadzi do dysonansu w przeżywaniu rzeczywistości. Formułowane przez nich komunikaty są niespójne – osoby te nie są w stanie pogodzić wymuszonych komunikatów werbalnych z nieudawanymi niewerbalnymi. Następuje dystansowanie emocjonalne oraz niezdolność do wyrażania uczuć. Niemożliwe staje się

zaspokajanie swoich własnych potrzeb, ponieważ potrzeby rodziny są przedkładane przed tymi indywidualnymi. Odrzucane są granice własnej osoby, a tożsamość porzucana, gdyż liczy się tylko rodzina, którą w takiej sytuacji bardzo trudno jest opuścić. Jednocześnie brakuje wzajemności w całościowym wymiarze, co prowadzi do sytuacji, gdzie albo nikt nikomu nie pomaga i następuje pełna koncentracja na sobie, albo występują stosunki nadopiekuńcze. Rzadko dochodzi do właściwej komunikacji pomiędzy członkami rodziny. Trwają oni w otwartym konflikcie albo starają się utrzymywać jego brak. Komunikacja prowadzi przez to do obniżania samooceny i własnej wartości, dlatego członkowie rodziny stronią od niej, opierając swoje interakcje na domysłach i zgadywaniu emocji oraz odczuć.

Co więcej, w rodzinie dysfunkcyjnej ustatkowany jest sztywny podział ról, które odgrywają jej członkowie. Są one utrwalone i zwykle nie ulegają zmianie. Członkowie rodziny kontrolują wszystkie interakcje, uczucia i zachowania. Jest to reakcja obronna przed wstydem, którego doświadcza rodzina. Choć umożliwia to doraźne radzenie sobie z problemem przez realizację motywu sprawczości, w dalszych konsekwencjach prowadzi do pogłębienia utraty elastyczności ról i obniżenia spontaniczności. Zwalczanie problemu jest jednak jedynie iluzoryczne, zaprzeczanie konfliktom i frustracji nie prowadzi w ostateczności do osiągnięcia celu – jakim jest ich wyeliminowanie [2,13,14].

## WSPÓŁUZALEŻNIENIE

Współuzależnienie, zwane także koalkoholizmem, jest zbiorem reakcji występujących u osoby pozostającej w związku z alkoholikiem, powodujących przyznawanie pierwszeństwa potrzebom cudzym przed swoimi, włączając wszelkie skutki psychologiczne z tym związane, które w ostateczności doprowadzają do podtrzymania picia i utrzymania obecności alkoholu w rodzinie. Pozostawanie w destruktywnej relacji z pijącym partnerem ogranicza swobodę postępowania takich osób, przez co ich dobrostan psychiczny ulega pogorszaniu lub znaczącej redukcji perspektywy jego poprawy [16].

Osoby współuzależnione stale skupiają swoje myśli, uczucia i zachowania na akcie picia przez alkoholika. Cechuje je ciągła potrzeba kontroli nad spożywaniem alkoholu przez partnera i poczucie odpowiedzialności za skutki wynikające z picia. Jednocześnie osoby te poświęcają swoje potrzeby, próbując chronić alkoholika przed konsekwencjami, w obawie przed zostaniem porzuconym. Nadopiekuńczość nie prowadzi jednak do naprawy sytuacji, a wprost przeciwnie – do jej utrwalenia. Współuzależnieni trwają w nadziei, że uda im się zapanować nad piciem partnera, ograniczając je. Z czasem jednak ich reakcje zmieniają się,

stają się mniej elastyczne i bardziej nawykowe. Osoby te doświadczają zjawiska huśtawki emocjonalnej fluktuując w okresach od czasowej abstynencji do powrotu do picia przez partnera pomiędzy rozpaczą a wiarą w możliwość poprawy. Jednocześnie zaprzestanie picia przez partnera generuje w nich uczucie niepokoju i braku stabilności [1,10,17].

W celu rozpoznawania współuzależnienia używa się kryteriów stworzonych przez Timmena Cermaka.

1. Osoby współuzależnione uzależniają poczucie własnej wartości od zdolności kontroli uczuć i zachowań własnych, jak i innych ludzi. Mimo że nie są w stanie prawidłowo ocenić czy mają wpływ na sytuację, wmawiają sobie, że są w stanie kształtować ją zgodnie ze swoimi zamiarami. Często uciekają się do manipulacji emocjonalnej, aby zmienić zachowanie pijącego partnera. Poczucie kontroli jest jednak jedynie iluzoryczne, przez co często skutkuje niepowodzeniami. W rezultacie wzbudzany motyw sprawczości nie jest realizowany i z czasem podlega głębokiej deprywacji. Osoba współuzależniona stale jednak zaprzecza rzeczywistej utracie kontroli i bezsilności wobec biegu zdarzeń, gdyż znacząco obniżyłoby to poczucie jej wartości. Ostatecznie prowadzi to jednak do polaryzacji w kierunku podtrzymania złudzenia kontroli pomimo wszystkiego albo poczucia bezradności i beznadziei.

   Jednocześnie osoby współuzależnione mają problemy z wypełnieniem motywu samooceny. Poprzez kontrolowanie własnych emocji i działania altruistyczne starają się one podwyższać poczucie własnej wartości. Utrzymanie go na stałym poziomie jest jednak niemożliwe i zwykle samoocena jest na bardzo niskim poziomie. Spowodowane jest to kolektywizacją emocjonalną, jaka zachodzi w dysfunkcyjnej rodzinie, gdzie zatarciu ulegają granice między jej członkami. Uczucia pijącego partnera są odbierane przez osobę współuzależnioną jako własne, przez co stan zaspokojenia prywatnych potrzeb zależy od zaspokojenia potrzeb alkoholika. Tym samym w przypadku doznania negatywnych odczuć, osoby współuzależnione czują się za ten fakt odpowiedzialne i starają się temu zaradzić.
2. U osób współuzależnionych występują zaburzenia tożsamości w relacjach interpersonalnych. Gubią się one w dysonansie pomiędzy ich prawdziwym Ja – które jest stale kontrolowane i tłumione, a pozornym Ja – które przedstawiają światu zewnętrznemu. Ich prywatne potrzeby i pragnienia są przewartościowywane, przez co dochodzi do utraty spójności własnej osoby i zatracania poczucia ich tożsamości.

3. Osoby współuzależnione mają tendencję do ukierunkowywania bliższych relacji na osoby z zaburzeniami osobowości, z innymi uzależnieniami czy współuzależnieniem. Szukają partnera, który odzwierciedli i zrozumie szczególność, którą się cechują.
4. Ponadto u osoby współuzależnionej występują przynajmniej trzy objawy zaburzeń psychopatologicznych, takich jak: stany depresyjne, nadmierna czujność, zaburzenia regulacji procesów emocjonalnych, tendencje kompulsywne, stany lękowe i niepokój, nadużywanie substancji chemicznych, zaburzenia psychosomatyczne, epizody bycia ofiarą przemocy fizycznej lub nadużyć seksualnych [2,10,18].

## ROLA DZIECKA W RODZINIE Z PROBLEMEM ALKOHOLOWYM

Problemy wynikające z obecności alkoholu w rodzinie dysfunkcyjnej dotykają każdego jej członka – w tym także dzieci. Poddawane są one ciągłemu stresowi, który zaburzając ich prawidłowy rozwój fizyczny i emocjonalny, prowadzi do głębokich urazów psychicznych i zaburzeń tożsamości. Dzieci te wychowując się w niekorzystnej atmosferze, pełnej nerwów i niepokoju egzystencjalnego, nie nabywają prawidłowych wzorców wychowawczych i uczuciowych. Ich codzienność jest chaotyczna, pełna lęku i fałszu. Nie posiadają one ustabilizowanego podłoża emocjonalnego, na którym mogłyby się oprzeć, przez co czują się zagubione – nic w ich życiu nie jest pewne. Nie czują się ważne i kochane, gdyż nie poświęca im się wystarczająco uwagi, ponieważ oś rodziny skupia się na alkoholu zamiast na nich. Dzieci z rodzin z problemem alkoholowym mają niskie poczucie własnej wartości, żyją we wstydzie, czując się gorszymi od innych. Brzemię przeszłości, które w sobie noszą, znacząco utrudnia im w przyszłości zbudowanie prawidłowego modelu rodziny, która nie powielałaby dysfunkcyjnych wartości. Częściej niż inni nie potrafią dostosować się społecznie i w przyszłości sięgają po alkohol, wzorem swojej rodziny [14,15,19].

Dzieci te, aby przetrwać i radzić sobie w rodzinie, w której to alkohol jest na pierwszym miejscu, często wykształcają postawy obronne, które nazywa się także rolami. Ułatwiają one odnalezienie się w niewygodnej sytuacji, odgradzając je od bólu, który mogłaby zadać im rzeczywistość. Badacze wyróżnili wiele takich ról, najważniejsze pięć z nich przedstawiono poniżej.

- Bohater – Zwykle jest to najstarsze dziecko. Przejmuje ono odpowiedzialność nad rodziną, często kosztem własnych potrzeb. Stara się być wzorowe i bezkonfliktowe, aby dostarczyć rodzinie poczucia wartości. Dziecko to jest nieadekwatnie do wieku odpowiedzialne i obowiązkowe. Prowadzi to do utrudnionego osiągania stanu

odprężenia i wypoczynku, co może skutkować w przyszłości zaburzeniami psychosomatycznymi. Dzieci te często wybierają już jako dorośli zawody altruistyczne, w których mogą nieść innym pomoc.

- Kozioł ofiarny – Rolę tę przyjmuje zwykle dziecko młodsze od bohatera, przedstawiając antagonistyczną postawę. Często stwarza kłopoty wychowawcze i wcześnie wpada w problemy z prawem lub uzależnienia. Jednak przysparzając rodzinie zmartwień, jednoczy ją i pozornie odciąga uwagę od alkoholu. Dzieci te często poszukują wsparcia z zewnątrz jako pierwsze z rodziny, zgłaszając się po wyspecjalizowaną pomoc. W przyszłości częściej zapadają na schorzenia psychiatryczne.
- Wspomagacz – Jest to dziecko, które roztacza parasol ochronny nad osobą pijącą w rodzinie. Stara się wspierać alkoholika i chronić go przed destruktywnymi konsekwencjami alkoholizmu, nieświadomie przyczyniając się do utrzymania alkoholu w rodzinie. Dziecko to może donosić alkohol, aby zatrzymać alkoholika w domu – podtrzymując tym samym ukrycie problemów rodzinnych przed światem zewnętrznym; albo utylizując alkohol, aby ograniczyć upojenie w rodzinie. W przyszłości dzieci te często wiążą się z osobami uzależnionymi.
- Zagubione dziecko – Jest to dziecko osamotnione i wycofane. Przed chaosem egzystencjalnym, z którym sobie nie radzi, ucieka do świata fantazji i marzeń, gdyż czuje się tam bezpieczniej. Dziecko to nauczyło się nie oczekiwać wsparcia od rodziny, przez co nie ufa innym. Z trudem nawiązuje kontakty, w konsekwencji nie potrafi w dorosłym życiu tworzyć satysfakcjonujących związków. Dzieci te częściej niż inne uzależniają się od substancji psychoaktywnych lub popadają w otyłość.
- Maskotka – Zazwyczaj jest to najmłodsze dziecko, które stara się rozładowywać napięcia w domu. Koncentruje na sobie uwagę rodziny i dąży do narzucania pozytywnej atmosfery, stwarzając humorystyczne czy zabawne sytuacje, na ile to możliwe. W dorosłym życiu dzieci te utrzymują potrzebę skupiania na sobie uwagi. Są jednak mało odporne na kryzysy i zdarzenia stresogenne, w których mogą uciekać w uzależnienia lub alkohol [1,10,14].

## PODSUMOWANIE

Rodzina, w której pojawia się alkohol, podlega destruktywnym procesom, w wyniku których zaburzone zostaje prawidłowe funkcjonowanie systemu rodzinnego. Skutki obecności

alkoholu nie dotyczą wyłącznie osoby go spożywającej, ale wszystkich członków takiej rodziny. Stają się oni uczestnikami gry, w której wszystko obraca się wokół alkoholu i osoby uzależnionej. Odgrywając role, członkowie rodziny często muszą ukrywać swoje rzeczywiste emocje, aby zarówno rodzina, jak i świat zewnętrzny nie mogli ich negatywnie ocenić. Porzucając własne potrzeby, ich tożsamość ulega przemodelowaniu – stając się często niezgodną z ich realnym Ja. Taka rodzina nie jest w stanie prawidłowo wypełniać swoich zadań, co wywiera znaczący wpływ w szczególności na dzieci, których rozwój psychospołeczny wciąż trwa – stąd negatywnie odbija się to na ich funkcjonowaniu w przyszłości. Rodzina pomimo prób walki z uzależnieniem, często utrzymuje swój status quo w obawie przed generowaniem jeszcze większego chaosu, w którym mogłaby się znaleźć, tym samym pogłębiając swój problem i uniemożliwiając jego rozwiązanie. Znajomość mechanizmów funkcjonowania rodziny z problemem alkoholowym przekłada się na możliwości pomocy takiej rodzinie – gdzie nie wystarczy pomóc samemu alkoholikowi, aby rozwiązać problem – wsparcia wymaga każdy członek takiej rodziny.

## PIŚMIENNICTWO


1. Ryszkowski A., Wojciechowska A., Kopański Z., Brukwicka I., Lishchynskyy Y., Mazurek M.: Funkcjonowanie w społeczeństwie osób uzależnionych od alkoholu. Journal of Clinical Healthcare 2015; 1: 7-13.
2. Psychologia społeczna. Wojciszke B. (red.). Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2011: 45-71.
3. Samochowiec J.: Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu i innymi substancjami psychoaktywnymi [w:] Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Jarema M., Rabe-Jabłońska J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 81-122.
4. Habrat B.: Przewodnik lekarza praktyka. Szkody zdrowotne spowodowane alkoholem. Springer PWN, Warszawa 1996: 33.
5. http://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/uzaleznienie (data dostępu 22.05.2020).
6. Frąckowiak M., Motyka M.: Zespół zależności alkoholowej: charakterystyka, fazy rozwoju, metody diagnozowania. Problemy Higieny i Epidemiologii 2015; 96(2): 315-320.
7. http://www.parpa.pl/index.php/33-analizy-badania-raporty (data dostępu 22.05.2020)
8. Robinson B.E., Lyn Rhoden J.: Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików. Praktyczny przewodnik. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Warszawa. 2017: 12-35.

9. Zieliński A.: Ewolucja wzorów używania alkoholu wśród dorastającej młodzieży w Polsce w XX wieku. Wydawnictwo Edukacyjne PARPA - Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2006.
10. Hędzelek M., Wnuk M., Marcinkowski J.T.: Choroba współuzależnienia od alkoholu – diagnoza, konsekwencje, leczenie. Problemy Higieny i Epidemiologii 2009; 90(3): 309-315.
11. Szczepańska H. (red.): Żony alkoholików. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa, 1992.
12. Sztander W. (red.): Poza kontrolą. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa 1992.
13. Prajsner M.: Rodzina dysfunkcyjna. Remedium Maj 2002: 18-19.
14. Ryś M.: Rodzina z problemem alkoholowym jako rodzina dysfunkcyjna. Studia nad rodziną 1998; 2/2(3): 65-74.
15. Sigda K., Matusiak R.: Dysfunkcjonalność współczesnej rodziny skutkiem różnego rodzaju uzależnień. Społeczeństwo i rodzina 2016; 46(1): 143-154.
16. Chemperek A.: Strategie rozwiązywania konfliktów stosowane przez żony mężczyzn uzależnionych od alkoholu. [w:] Rodzina w systemie wsparcia i pomocy osobom z problemem alkoholowym. Müller-Siekierska D., Ratkowska-Pasikowska, J., Walczak-Człapińska K. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2020.
17. Mikuła J. (red.): Konsekwencje związku z osobą uzależnioną od alkoholu, współuzależnienie. Wydawnictwo Edukacyjne PARPA, Warszawa 2006.
18. Cermak T.L.: Diagnostic criteria for codependency. Journal of Psychoactive Drugs,1986; 18: 15-20.
19. Sztander W. (red.): Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym. Instytut Psychologii Zdrowia i trzeźwości, Warszawa 1993.

# DDA – dorosłe dzieci alkoholików

**Anita Narewska[1], Beata Kowalewska[2], Elżbieta Krajewska – Kułak[2]**

1. Szpital Wojewódzki w Łomży
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

## WSTĘP

Konsekwencją nadużywania alkoholu przez jednego lub oboje rodziców jest rosnąca liczba tzw. DDA, czyli dorosłych dzieci alkoholików. Są to pełnoletnie osoby, które wychowały się w rodzinie alkoholowej i w związku z tym doświadczają w swoim dorosłym życiu trudności, których korzenie tkwią w doświadczeniach wyniesionych z rodziny alkoholowej. Centralnym punktem takiej rodziny był alkohol, zaś DDA zajęty w dzieciństwie walką o przetrwanie, w życiu dorosłym ma poczucie, że nigdy nie był dzieckiem. Z dostępnych danych wynika, iż DDA stanowią 40% dorosłej populacji Polaków [1,2,3].

Zjawiskiem charakterystycznym dla funkcjonowania rodziny z problemem alkoholowym jest nakaz milczenia o tym, co dzieje się w domu. W rodzinie alkoholowej dziecko otrzymuje od otoczenia głównie negatywne komunikaty w zakresie postrzegania siebie i świata. Narażone jest ono również na frustrację z powodu naruszenia podstawowych potrzeb, takich jak: miłości, bezpieczeństwa i akceptacji oraz życie w świecie bez jasno określonych, trwałych zasad, w którym panuje niepewność, chaos i poczucie zagrożenia [4]. Nierzadko DDA u progu życia spotyka się z brakiem poszanowania intymności, granic ciała oraz z nadużyciami seksualnymi [5]. W efekcie dziecko kształtuje negatywną, psychologiczną pozycję życiową. Prowadzi to do zamykania się w sobie z poczuciem smutku i depresji. Mały człowiek poszukuje więc sposobu na przetrwanie mimo wszystko i w konsekwencji, aby się ochronić buduje siłę pozwalającą się zachować jak dorosły. Natomiast brak przeżycia dzieciństwa ma konsekwencje w życiu późniejszym. DDA w życiu dorosłym mają skłonność do śmiertelnej powagi, są osobami trudnymi do współpracy, nie poddają się relaksowi i rzadko przeżywają radość [1,6]. Szkody wynikające z życia w takich rodzinach, w których są osoby uzależnione od alkoholu i

doświadczanie przemocy domowej w dzieciństwie powodują m.in. zmiany w postrzeganiu i umiejętnościach rozwiązywania problemów, stosowanie zachowań pasywnych albo ryzykownych [7]. Muszą sobie uświadomić, kim są i jaki wpływ na satysfakcję z życia w okresie dorosłości ma ich przeszłość. Zwykle potrzebują profesjonalnej pomocy w procesie przemiany, wymagającym powrotu do przeszłości i przeżycia bólu i cierpienia. Głównym celem terapii jest budowanie nowej pozytywnej psychologicznej pozycji życiowej, czyli osiągnięcie satysfakcji w różnych obszarach życia oraz nabycie umiejętności odczuwania radości i zadowolenia z siebie, rodziny oraz osiągnieć nawet prozaicznych, wzrost szacunku do samego siebie, poczucia bezpieczeństwa oraz rezygnację z postawy nadmiernej odpowiedzialności [1,6]. Jest to tym bardziej istotne, że dawne zranienia nie pozwalają zaznać DDA wewnętrznego spokoju i powodują powracanie do starych zranień i funkcjonowanie z nadzieją na zemstę na osobie, która była źródłem krzywdy [8].

Alkoholizm określany jest jako choroba demokratyzująca, gdyż dotyka ludzi bez względu na klasę społeczną [9], zaś niezależnie od różnic klasowych osoby nią dotknięte przeżywają podobne stany, objawy i dolegliwości [6].

Należy podkreślić, ze nadużywanie alkoholu powoduje wiele szkód społecznych i cywilizacyjnych,, takich jak zakłócenie bezpieczeństwa publicznego, przestępczość, wypadki samochodowe, przemoc w rodzinie, ubóstwo i bezrobocie [10]. Spożywanie alkoholu jest także najbardziej rozpowszechnionym ryzykownym zachowaniem zdrowotnym wśród nastolatków. Wskaźniki spożywania alkoholu przez dziewczęta dążą do zrównania się ze wskaźnikami osiąganymi przez chłopców. Około 30% nastolatków przyznaje się do regularnego spożywania alkoholu. Konsumpcja alkoholu przez polską młodzież kształtuje się na średnim poziomie w porównaniu z resztą Europy [11]. Warto zauważyć, że spożywanie alkoholu przez osoby niepełnoletnie często bagatelizowane ma swoje ogromne konsekwencje, bowiem upośledza czynności poznawcze, koncentrację uwagi, zapamiętywanie, uczenie się, rozwój kontroli emocjonalnej, powoduje podejmowanie zachowań ryzykownych groźnych dla życia i zdrowia, zakłóca proces rozwojowy, może spowodować spowolnienie wzrostu i zaburzenia hormonalne [12,13].

Dane Światowej Organizacji Zdrowia z 2005r. wskazują, że konsumpcja alkoholu w regionie europejskim jest najwyższa w porównaniu z innymi regonami świata [14].

WHO od wielu lat zaleca rezygnowanie z terminu „alkoholizm" i zastąpienie go określeniem „ uzależnienie od substancji typu alkoholowego". Stosownie do tej propozycji o istnieniu uzależnienia można wnioskować wówczas, gdy konsumpcja alkoholu przez jednostkę

przekracza granice akceptowane przez jej kulturę lub odbywa się w okolicznościach uznawanych w danej kulturze za niewłaściwe, a także gdy spożycie alkoholu staje się tak duże, że uszkadza zdrowie lub zaburza kontakty społeczne [15,16].

## EPIDEMIOLOGIA

Szacuje się, że w Polsce w rodzinach z problemem alkoholowym żyje 3-4 mln osób, w tym 800 tyś. osób uzależnionych, 1,5 mln współuzależnionych, 1,5-2 mln dzieci alkoholików. Wynika z tego, że ponad 2 proc. całej populacji jest uzależniona od alkoholu, jednak tylko ok. 30 procent zarejestrowanych pacjentów ma możliwość skorzystania z nowoczesnej i skutecznej terapii leczenia uzależnienia. Z badań realizowanych na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wynika, że ok. 2,5 mln osób w Polsce nadużywa alkoholu. Na świecie alkohol znajduje się na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji, odpowiedzialnym za ponad 9% całkowitego obciążenia chorobami i urazami, a ponad 60% rodzajów chorób i urazów ma związek z alkoholem [17].

W Polsce 80% w strukturze picia alkoholu zajmuje wódka. 8 razy częściej od alkoholu uzależniają się mężczyźni, jednak w ostatnich latach w Polsce liczba kobiet uzależnionych ciągle rośnie. Największe spożycie alkoholu odnotowuje się wśród kobiet między 30.-40. rokiem życia, zaś wśród mężczyzn w wieku 20-30 lat [18].

Ocenia się, że w Polsce nadużywa napojów alkoholowych 7% populacji, tj. ok. 3 milionów osób. Liczbę osób uzależnionych ocenia się na 2% populacji, co oznacza ok. 800 tysięcy osób. Dane te są zbliżone do statystyk niemieckich, które podają liczbę 3 milionów uzależnionych, co w stosunku do liczby mieszkańców oznacza 3-4% [17]. Spożycie alkoholu jest różne w poszczególnych krajach europejskich. Polska znajduje się w środku tabeli w przeliczeniu na wypitą ilość czystego spirytusu rocznie, przypadającą na statystycznego Polaka.

Z alkoholizmem wiąże się ściśle przestępczość. Ocenia się, że ponad połowa czynów przestępczych przeciwko życiu i zdrowiu jest popełniana pod wpływem alkoholu, znaczna część wypadków drogowych powodowana jest przez kierowców w stanie nietrzeźwym [15].

Nadużywanie alkoholu odbija się również na wydajności pracy. Prowadzi do strat, które

wiążą się z brakoróbstwem, absencją, dużą wypadkowością. W środowisku pracy alkoholika wydajność spada od 30% do 70%, pogarsza się też jakość wykonywanej pracy [13].

## ETIOLOGIA

Bez wątpienia skłonność do alkoholizmu jest przekazywana w rodzinach jako wzorzec zachowań. Dziecko rodzica alkoholika ma większe szanse na uzależnienie. W jednym z badań oceniających drzewa genealogiczne stwierdzono, iż 50% dzieci alkoholików również stało się alkoholikami. Wyniki sugerują, że potomstwo alkoholików jest około cztery razy bardziej narażone na rozwój alkoholizmu od reszty populacji [19].

Etiologii alkoholizmu jako zjawiska społecznego, psychologicznego i klinicznego należy poszukiwać, co najmniej w kilku czynnikach: socjologicznym, osobowościowym, organicznym, chemicznym, genetycznym.

Rozpowszechnienie problemów związanych z alkoholem ma ścisły związek z obyczajowością i postawami społecznymi wobec picia alkoholu. Duża liczba osób spożywających alkohol czyni to, aby uczcić lub zaakcentować ważne, doniosłe wydarzenie ich życia. Związane jest to z tzw. „teorią mocy", czyli teorią poczucia władzy nad sobą i własnym otoczeniem [20].

Badania rodzinne (bliźniąt, rodzeństwa naturalnego i dzieci adoptowanych) pozwalają przypuszczać, że biologiczne czynniki genetyczne odgrywają pewną rolę w powstawaniu uzależnienia od alkoholu. Już w latach czterdziestych usiłowano wyodrębnić tzw. alkoholizm rodzinny, który rozpoznawano u osób mających krewnych nadużywających alkoholu [21].

Dziedziczeniu podlega biologiczne (biochemiczne) podłoże, na którym może rozwinąć się uzależnienie. U synów alkoholików, alkohol powoduje mniejsze zaburzenia niż u synów ojców nie-alkoholików, co może świadczyć o dziedziczeniu tolerancji na alkohol [22].

Różne reakcje na alkohol wynikają z biochemicznej odmienności organizmów, wiąże się to ze zróżnicowaniem enzymów dehydrogenazy alkoholowej oraz aldehydowej, uczestniczących w spalaniu alkoholu [23].

## FAZY ALKOHOLIZMU

Alkoholizm jak każda choroba podlega rozwojowi, w związku z tym wyodrębniono poniższe jego fazy.

**Faza wstępna** („przedalkoholiczna" objawowa). Jest to picie alkoholu w celu uzyskania ulgi oraz wzrost tolerancji na alkohol. Granice między falą pierwotną (wstępną) a drugą (ostrzegawczą, zwiastunową) wyznacza pojawienie się luk pamięciowych (palimpsestów). Trwa od miesięcy do kilku lat [20].

**Faza ostrzegawcza** – przejawia się w szukaniu okazji do picia, w inicjowaniu wypijanych kolejek. Pojawiają się przerwy w życiorysie, „luki pamięciowe" (palimpsesty). Samopoczucie poprawia się po wypiciu, alkohol przynosi ulgę, występują próby ukrytego picia na kaca. Faza trwa od 6 miesięcy do 5 lat [24].

**Faza krytyczna** - kluczowym objawem otwierającym ten okres jest utrata kontroli. Wypicie jednego drinka wyzwala łańcuch reakcji. Pijący nie jest już w stanie panować nad ilością spożywanego alkoholu po wypiciu pierwszego kieliszka. Potrafi jeszcze decydować, czy w ogóle sięgnie po alkohol czy nie, więc możliwe są pewne okresy abstynencji. Wraz z utratą kontroli z alkoholika opada maska. Jego sposób picia jest wyraźnie odmienny i wymaga wyjaśnienia, rozpoczyna się proces racjonalizacji. Życie zaczyna kręcić się wokół alkoholu. Związki rodzinne i przyjacielskie ulegają degradacji. Nierzadko ma miejsce pierwszy pobyt w szpitalu zależny od alkoholu. Wreszcie wchodzi w nawyk poranne picie, co przepowiada wejście w kolejne stadium [12].

**Faza chroniczna** zwana też późną fazą uzależnienia. Charakteryzuje się postępującym wyniszczeniem organizmu, załamaniem społecznym, utratą pracy albo wyraźna degradacja, picie alkoholu niekonsumpcyjnego oraz obniżona tolerancja organizmu na alkohol. Alkoholik w mocną zaawansowanej fazie swego uzależnienia upija się niewielką ilością alkoholu [25]. W tej fazie pojawiają się okresy wielodniowej intoksykacji „ciągi picia" [16].

## POWIKŁANIA NADUŻYWANIA ALKOHOLU

Choroby spowodowane piciem alkoholu występują u ok. 50% mężczyzn i 10% kobiet zgłaszających się do lekarza. Powikłania nadużywania alkoholu dzielimy na somatyczne i psychiatryczne.

### Powikłania somatyczne

Toksyczne działanie alkoholu etylowego i jego metabolitów na narządy oraz układy, nieprawidłowe odżywianie się, jak również niedobory i zaburzenia wchłaniania witamin powodują występowanie powikłań somatycznych ze strony narządów i układów:

- układ nerwowy – zapalenie wielonerwowe (polineuropatia), zmiany mięśniowe, retinopatia siatkówkowo-naczyniowa, neuropatia nerwu błędnego, zmiany atroficzne w układzie komorowym, bruzdach kory mózgowej i móżdżku [26],
- układ krążenia – nadciśnienie krwi, kardiomiopatia alkoholowa, zaburzenia rytmu, choroba wieńcowa [27],
- układ pokarmowy – przewlekły nieżyt błon śluzowych żołądka i dwunastnicy, upośledzenie wchłaniania, ostre i przewlekłe zapalenie trzustki, stłuszczenie, zwłóknienie i marskość wątroby [28],
- układ oddechowy – przewlekłe zapalenie błony śluzowej tchawicy i oskrzeli, zwiększona podatność na choroby układu oddechowego,
- układ moczowy – ostra niewydolność nerek, spowodowana ich toksycznym uszkodzeniem przez alkohol, wzrost stężenia kwasu moczowego we krwi, odkładanie się złogów magnezu w drogach moczowych [21],
- układ hormonalny – zaburzenia potencji lub miesiączkowania, bezpłodność,
- zmiany skórne – (powstają pośrednio i są skutkiem działania alkoholu) przebarwienia, pajęczynowate zmiany naczyniowe oraz przekrwienie twarzy z obrzękami i zapaleniem spojówek [29].

Nie należy również zapominać o zgubnym wpływie alkoholu w okresie ciąży na płód ludzki, gdyż powoduje on często: poronienia samoistne, porody niewczesne i przedwczesne, niską masę urodzeniową noworodków, ich zły stan ogólny, wady rozwojowe oraz zespół abstynencji tuż po urodzeniu.

## Powikłania psychiatryczne

1. ostra halucynoza alkoholowa (omamnica) – występuje u pacjentów z wieloletnim uzależnieniem. Do kryteriów jej rozpoznania zaliczamy:
2. uzależnienie od alkoholu z wywiadu
3. omamy słuchowe komentujące, groźby „w osobie trzeciej” pod adresem pacjenta
4. lęk i poczucie zagrożenia
5. urojenia prześladowcze i odnoszące, narastanie objawów w związku z piciem alkoholu,
6. jasna świadomość, zwarta struktura osobowości [30].
7. majaczenie alkoholowe – jest najczęściej spotykaną psychozą alkoholową i występuje u ok. 5% uzależnionych. Objawy pojawiają się w czasie do 72 godzin od zaprzestania

picia, kiedy poziom alkoholu we krwi gwałtownie spada. Zawsze towarzyszą one innym objawom zespołu abstynencyjnego. Najpierw pojawia się niepokój, lęk oraz bezsenność, do których dołączają się zaburzenia świadomości, urojenia, iluzje i omamy [31].

U osób majaczących można czasami wywołać objawy potwierdzające rozpoznanie, np. objaw Liepmana polegający na pojawieniu się omamów wzrokowych po uciśnięciu gałek ocznych: objaw Reichardta (czystej kartki) polegający na tym, że chory czyta z niezapisanej kartki. Opisanym objawom towarzyszy z reguły ciężki stan somatyczny z wysoką gorączką i zaburzeniami gospodarki wodno-elektrolitowej [21].

Ciężki stan somatyczny w połączeniu z silnym niepokojem może doprowadzić do niewydolności krążenia i zgonu. Choroba trwa na ogół kilka dni i wymaga leczenia szpitalnego [20].

Przewlekłe psychozy alkoholowe

- paranoja alkoholowa - występuje u mężczyzn, zwykle po czterdziestym roku życia. Pojawienie się wyraźnych objawów choroby poprzedzone jest na ogół nadmierną podejrzliwością wobec partnerki. Spotykane u wszystkich prawie alkoholików, wątpliwości co do wierności partnerki nabierają stopniowo cech urojeń. Schorzenie to jest przewlekłe i na ogół dość oporne na leczenie farmakologiczne [20].
- psychoza Korsakowa (alkoholowy zespół amnestyczny, zespół Wernickiego Korsakowa) - występuje po wielu latach intensywnego picia, jako przejaw ciężkich zaburzeń metabolicznych [32]. Istotną rolę w jej powstawaniu odgrywa niedobór witamin z grupy B. Główne objawy to zaburzenia pamięci, konfabulacje, dezorientacja w czasie i przestrzeni oraz zafałszowane poznawanie osób. W ok. 20% przypadków psychoza Korsakowa przechodzi w głębokie otępienie. U znacznej części osób uzależnionych od alkoholu występują stany depresyjne, które mogą utrzymywać się przez okres wielu tygodni po zaprzestaniu picia [24].
- przewlekła halucynoza – polega na utrzymywaniu się niektórych objawów (najczęściej słyszane głosy) przez wiele miesięcy lub lat [21].

## WSPÓŁUZALEŻNIENIE

Współuzależnienie nie jest zaliczane do chorób, jest ono traktowane przeważnie jako utrwalona reakcja, sposób przystosowania do trudnej patologicznej sytuacji wynikającej

z pozostania w relacji emocjonalnej z osobą uzależnioną. Współuzależnienie jest reakcją na długotrwały stres. Istnieje wiele podobieństw w sytuacji osoby żyjącej w bliskim związku z alkoholikiem do sytuacji psychologicznej żołnierza na wojnie. Podobieństwo to: ciągłe napięcie, konieczność stałego zachowania czujności, brak poczucia bezpieczeństwa, stałe zagrożenie, niezaspokajanie szeregu potrzeb (potrzeby miłości, szacunku, wpływu na własne życie i innych). Taki stan musi odbić się na psychice i działaniu człowieka, prowadząc do wyczerpania przygnębienia, zaburzeń snu i łaknienia, niemożności rozwijania w pełni swoich możliwości [6].

Nie ulega wątpliwości, że alkoholizm jest chorobą całej rodziny, a nie tylko jednego z jej członków. Wystarczy bliżej przyjrzeć się funkcjonowaniu rodziny z problemem alkoholowym, wówczas okaże się, że picie alkoholu przez jednego z członków rodziny jest główną zasadą organizującą i nadającą kształt życiu rodzinnemu. Z tego powodu rodzina nabiera znamion dysfunkcjonalności [28].

Rodzina dysfunkcyjna to taka rodzina, w której nie jest możliwy stały i indywidualny rozwój jej członków, która zamknięta jest na kontakty z otoczeniem. Relacje między członkami takiej rodziny nie opierają się na zasadach względnej chociaż szczerości i wzajemności, a role i normy nie są wyraźnie określone oraz zaakceptowane przez poszczególnych jej członków. Dzieci w takich rodzinach uczą się zatajania problemów, ukrywania emocji, nie potrafią się bawić tak, jak ich rówieśnicy. Dysfunkcjonalność rodziny z problemem alkoholowym nie pojawia się nagle, charakteryzuje się swoistą dynamiką i tendencja nasilania [33].

W rodzinie z problemem alkoholowym obszary psychologiczne poszczególnych osób przenikają się, zaś granice wyznaczane są chaotycznie i niewyraźnie. W miejsce odpowiedzialności jest albo odrzucenie albo nadodpowiedzialność, co oznacza traktowanie innego dorosłego jak dziecko lub osobę ubezwłasnowolnioną. Ludzie wchodzą wzajemnie w swoje psychologiczne terytoria. W takiej rodzinie obszarem martwym są uczucia i przeżycia związane z alkoholem, a nawet sam fakt picia czy upijania się [22].

Martwym polem są nie tylko fakty dotyczące nadużywania alkoholu, ale też uczucia związane z tą sprawą. Wszyscy żyjący blisko z osobą uzależnioną wiedzą, że otwarta i życzliwa rozmowa z alkoholikiem jest niemożliwa.

Woitiz J. [2], do objawów współuzależnienia zaliczył np: opiekuńczość, pełne litości skoncentrowanie się na alkoholiku, zakłopotanie, unikanie okazji do picia, przesunięcie we wzajemnych kontaktach, poczucie winy, obsesje, stałe zamartwianie się i niepokój, kłamstwa,

fałszywe nadzieje, rozczarowania, euforię, zamęt, problemy seksualne, złość, letarg, poczucie beznadziejności, poczucie krzywdy, rozpacz [2].

Z kolei Beattie M. [34], dopatruje się przyczyn współuzależnienia w silnej potrzebie kontrolowania innych. Według niej osoba współuzależniona to taka, która „pozwala na to, by zachowanie innej osoby oddziaływało na nią ujemnie i która obsesyjnie stara się kontrolować zachowanie oddziałującej na nią w ten sposób osoby". Do głównych objawów, jakie spotykamy u osób współuzależnionych, zalicza ona: opiekuńczość, poczucie niskiej wartości, tłumienie emocji i myśli, obsesje, kontrolowanie, zaprzeczanie, uzależnienie się od innych, trudności w porozumiewaniu się, rozmyte granice tolerancji, brak zaufania do siebie i innych, częste doświadczanie złości w stosunku do innych i do siebie, problemy seksualne [34]. Współuzależnienie charakteryzuje się również stałym stawianiem potrzeb innych osób przed potrzebami własnymi, prowadzącym do wyniszczenia emocjonalnego i fizycznego [35].

## SYNDROM DDA

Dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, poza podatnością na uzależnienie, przejawiają w życiu dorosłym szereg charakterystycznych cech, z których najczęściej spotykane to:

- poczucie odmienności
- krytyczna samoocena i zbyt poważne traktowanie siebie samego
- ignorowanie własnych potrzeb emocjonalnych
- brak umiejętności cieszenia się życiem
- trudności w rozumieniu tego, co jest normalne, a co nie
- branie odpowiedzialności za wszystko i za wszystkich oraz pracoholizm
- reagowanie niepokojem, gdy sprawy życiowe wymykają się spod kontroli
- nadmierna odpowiedzialność albo brak odpowiedzialności
- nadmierna wrażliwość lub nadmierna obojętność
- funkcjonowanie w/g zasady „wszystko albo nic"
- trudności w realizowaniu własnych planów życiowych i częste uleganie impulsom
- brak zaufania do ludzi i obawa przed nawiązaniem bliskich kontaktów
- stałe poszukiwanie aprobaty dla swojej osoby i obawa przed odrzuceniem
- poczucie, że jest się ignorowanym, atakowanym

- nieświadome poszukiwanie napięć i kryzysów, a następnie oskarżanie się o ich skutki
- obawa przed krytyką i osądzaniem, przy jednoczesnej skłonności do krytykowania i osądzania innych [12].

Nie można zakładać, że każde dziecko, które wyrośnie w rodzinie alkoholowej będzie się charakteryzowało opisanym powyżej zespołem cech. Pojęcie DDA wraz z przypisywanym mu charakterystycznym zespołem cech może jednak być pomocne dla osób, które doświadczają trudności spowodowanych doświadczeniami wyniesionymi z rodziny alkoholowej. Utrwalone schematy psychospołecznego funkcjonowania powstałe w dzieciństwie alkoholowym, uniemożliwiają kontakt z rzeczywistością i powodują psychologiczne zamknięcie w przeszłości. Im mniej zamknięcia w przyszłości tym mniej syndromu [23].

Grupy wsparcia Dorosłych Dzieci Alkoholików stworzono z myślą o osobach, które dorastały w domu, gdzie przynajmniej jedno z rodziców było alkoholikiem i w związku z tym osoby te wykształciły cechy ułatwiające egzystowanie w takiej rodzinie, lecz wydatnie utrudniające życie poza nią – są to grupy wsparcia wyrosłe z ruchu AA. Opierają się na założeniu, że ludziom z określonymi problemami najlepiej pomagają w zdrowieniu spotkania z osobami o podobnych trudnościach [36].

Ruch Dorosłych Dzieci Alkoholików umożliwia zobaczenie rzeczywistości w inny sposób i ostatecznie pozwala odtworzyć historie rodziny na nowo. Oferuje dzieciom bezpieczną przystań i nową „rodzinę" w postaci książek, broszur, doniesień w środkach masowego przekazu, ogólnokrajowego stowarzyszenia oraz profesjonalnie prowadzonej terapii [4].

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych szacuje, że w Polsce żyje prawie 4 miliony dzieci, których rodzice nadużywają alkoholu oraz około 1,5 miliona dzieci alkoholików [35].

Warunki życia dziecka w rodzinie alkoholowej utrudniające osiągnięcie przez nie dojrzałości w dorosłym życiu, silnie wiążą się z zaburzoną przeszłością. Wydarzenia teraźniejsze postrzegane są przez pryzmat bolesnej przeszłości uruchamiającej reakcje emocjonalne i schematy zachowań zaburzające kontakt z rzeczywistością.

Dziecko rozwijające się w rodzinie alkoholowej doświadcza traumatycznych sytuacji związanych z przemocą, destrukcją ról rodzicielskich. Występuje stałe poczucie niższej wartości oraz obniżone poczucie szacunku do samego siebie. Wyraża się to w samokrytyce, deprecjonowaniu własnych osiągnięć oraz działaniach autodestrukcyjnych.

Najbardziej powszechnym doznaniem wszystkich dzieci alkoholików jest poczucie wstydu za pijącego i całą rodzinę. Dzieci bardzo wcześniej orientują się, że pijacy są wyśmiewani, potępiani, odrzucani, co wpływa także na ich samoocenę. One same także zaczynają się czuć „inne", „gorsze", stają się bardzo wrażliwe na sygnały dezaprobaty. Wiele wysiłku wkładają więc w bezskuteczne ukrywanie rodzinnej tajemnicy, odcinając tym samym możliwość uzyskania wsparcia [37].

Każde dziecko alkoholika usiłuje przetrwać w swojej rodzinie. Tak więc role odgrywane przez dzieci są funkcjonalne w rodzinie, tzn. rodzina (jako całość) oczekuje od poszczególnych dzieci właśnie takich zachowań i wzmacnia je. Pozwalają one przetrwać i ponosić możliwie najmniejsze straty. Jednak poza rodziną tracą swoją aktualność. Nie przynoszą już takich korzyści, a wręcz przeciwnie - zaczynają działać na szkodę dzieci. Z każdym kolejnym rokiem, kiedy sytuacja w rodzinie nie zmienia się, a uzależnienie rozwija, mechanizmy obronne dzieci utrwalają się, doprowadzając do coraz większych niepowodzeń w świecie zewnętrznym [38].

Terapeuci zajmujący się leczeniem rodzin alkoholowych wyróżnili w oparciu o model rodziny jako systemu, kilka charakterystycznych wzorców przystosowywania się dzieci. Jednym z nich jest branie na siebie roli odpowiedzialnego. Przypada ona na ogół dziecku, które jest jedynakiem lub najstarszym z rodzeństwa. Dziecko przyjmuje na siebie wiele trudnych i męczących obowiązków codziennych i pilnuje, aby zaspokojone były wszystkie potrzeby.

Jak napisali Kinnley J. i Leaton G. [35], "*dziecko w maksymalnym stopniu próbuje skompensować brak równowagi i stabilizacji będący efektem alkoholizmu któregoś z rodziców. Innym wzorcem jest przyjmowanie roli dostosowującego się. Takie dziecko nie bierze na siebie odpowiedzialności za sprawy rodziny, stara się natomiast wypełniać wszystkie otrzymywane polecenia i łatwo przystosowuje się do zmieniających warunków. Z dużą łatwością potrafi radzić sobie z bardzo trudnymi sytuacjami*".

W przypadku dziecka niosącego ulgę, nie chodzi o branie na siebie odpowiedzialności za zaspokojenie materialnych potrzeb rodziny, ale zaspokojenie jej potrzeb emocjonalnych. Takie dziecko okazuje innym członkom rodziny uwagę i wrażliwość. Jest życzliwe raz dla rodzica - alkoholika, raz dla rodzica niepijącego i próbuje w ten sposób załagodzić ich wzajemną wrogość [35].

Każda z ról jest sposobem na przeżycie, strategią przystosowania się do sytuacji, na której jest się zdanym. Co istotne, odgrywanie wspomnianej roli może zapewnić dziecku

aprobatę i wsparcie ze strony osób spoza domu. Odpowiedzialny bywa zwykle dobrym uczniem i małym pomocnikiem mamusi, za co zbiera ciągle pochwały [4].

Inna typologia ról odgrywanych przez dzieci w rodzinach alkoholowych wyróżnia:

- bohatera rodzinnego,
- zagubione dziecko,
- maskotkę rodziny
- kozła ofiarnego.

Ich realizacja może nie zwracać uwagi osób spoza rodziny i nie prowokować do interwencji. Wyjątkiem są kozły ofiarne, często wpadają w konflikty w szkole, zwracają uwagę otoczenia. Często problem alkoholowy w rodzinie wypływa na światło dzienne dzięki tym dzieciom. Na początku rodzina uważa, że głównym problemem jest właśnie ono. Zdarza się nawet, że w rodzinie rodzi się przeświadczenie o piciu któregoś z rodziców, jako reakcji na kłopotliwe zachowania dziecka i to ono jest obciążane odpowiedzialnością za nasilenie się tego picia.

Dzieci rozwijające się w rodzinach alkoholowych są bardzo różne, jedne są ambitne, silne, dążą do sukcesu i osiągają go; inne uległe, jeszcze inne „same" pchają się w kłopoty [3].

Jak podkreślają specjaliści, u wielu dzieci z rodzin alkoholowych mamy do czynienia z jawnymi problemami. Czasem jednak osobę obserwującą taką rodzinę z zewnątrz może zadziwić fakt, iż mimo panującego w niej chaosu, dziecko całkiem dobrze radzi sobie z problemem alkoholizmu swoich rodziców. Każde dziecko alkoholika usiłuje przetrwać w sytuacji, w której się znalazło. Przyjmuje więc jakąś rolę albo kombinację ról. Role te funkcjonują sprawnie w okresie dzieciństwa, kształtują tożsamość dziecięcą i zaczynają ciążyć w chwili, gdy dziecko wchodzi w dorosłość [39].

Nieznajomość mechanizmów sytuacji, w której przez wiele lat funkcjonują dzieci z rodzin alkoholowych oraz różnorodności pełnionych przez nich ról często rodzi stereotypowe przekonania i oceny oraz prowadzi do uproszczeń i niezrozumienia. Dzieci alkoholików próbują na wszystkie sposoby poradzić sobie z warunkami, w których przyszło im żyć. Najczęściej wymienia się cztery typowe strategie przetrwania:

Bohater rodzinny - zdecydowany jest dowieść światu, że u niego w domu wszystko jest w porządku. Daje swojej rodzinie poczucie wartości, ale za tą fasadą często kryje się poczucie braku wiary we własne siły i niska samoocena. W szkole wyróżnia się w nauce i w pracy.

Sprawia wrażenie dziecka silnego i odpornego, dlatego często nie otrzymuje wsparcia specjalistów. Może nawet być najpopularniejszym dzieckiem w szkole. Te dzieci zawsze

przestrzegają reguł, kończą zadania w określonym czasie, często zajmują czołowe miejsce w samorządach szkolnych i zajęciach pozaszkolnych. Ponieważ osiągnięcia i współzawodnictwo są w naszym społeczeństwie wysoko cenione, bohaterowie rodzinni często nie są rozpoznawani, za to często nagradzani [40].

Te dzieci nie wiedzą, co to zabawa i relaks, są małymi-dorosłymi. Dzieci alkoholików absorbuje pijany rodzic, podczas gdy ich rówieśnicy cieszą się przebywaniem w świecie dzieciństwa.

**Kozioł ofiarny** - staje się wcieleniem rodzinnych frustracji i ciągle wpada w jakieś kłopoty. Angażuje się w bójki, wchodzi w konflikty z prawem, ucieka z domu, jako nastolatek sięga po narkotyki i alkohol. W grupie najbardziej przeszkadza, daje się we znaki nauczycielowi, pamięta się go głównie z uwagi na wyrządzane zło. Dziecko kłopotliwe pragnie swymi występkami zwrócić na siebie uwagę, woła o pomoc i wybawienie z trudnej sytuacji, prosi o postawienie granic [41]. Jeżeli stosowna pomoc nie nadejdzie to właśnie te osoby żyją w kolizji z prawem, łamią normy moralne i społeczne, często zostają alkoholikami.

**Dziecko zagubione** - w czasie rodzinnych kłótni często siedzi skulone w kącie, pozostaje na uboczu, izoluje się, żyje we własnym świecie w poczuciu krzywdy i samotności, nie sprawia rodzinie kłopotów. Nikt go nie dostrzega i nie pamięta, nauczyciele często mają kłopot w przypomnieniu sobie tych właśnie uczniów. Takie dziecko nie rozrabia, nie jest też klasowym prymusem, funkcjonuje często na marginesie klasy. Jest samotne, wyobcowane, niedostrzegane przez szkołę i innych. Nie czuje z nikim wspólnoty, żyje na peryferiach rodziny, a potem na peryferiach wszelkich związków [42].

**Maskotka** - odwraca uwagę od rodzinnego problemu, skupia ją na sobie, przymilając się lub błaznując. Próbuje ulżyć rodzinie w trudnej sytuacji swoimi żartami i humorem. Maskotkami często są najmłodsze dzieci. Lekko traktują poważne sytuacje i starają się niczego nie brać na serio. Wydaje się, że są dziećmi, do których najtrudniej dotrzeć, bo kryją się za murem śmiechu. Jako dorosłe dzieci alkoholików żyją w poczuciu niedoceniania, często zmieniają partnerów, cierpią na chorobliwą zazdrość [43].

Cztery przedstawione role to „fałszywe osobowości" będące rezultatem nieświadomej reakcji dziecka, które próbuje poradzić sobie z faktem, że jego najbliżsi zawiedli w roli rodziców. Fałszywe osobowości, jak podkreślają specjaliści, prezentujące wyższość (bohater), agresję (kozioł ofiarny), wycofanie się (dziecko zagubione) i dowcip (maskotka) są zaprzeczeniem prawdziwych utajonych uczuć, takich jak: podatność na zranienie, potrzeba kontaktu i utrata szacunku do siebie [27].

Jak pokazuje rzeczywistość, role służą dwóm przeciwstawnym celom:

- pozwalają dziecku przetrwać w rodzinie alkoholowej,
- poprzez grę pozorów kamuflują chorobę alkoholową przed ludźmi, którzy mogliby udzielić rodzinie pomocy.

Zespół stresu pourazowego jest jednostką chorobową, wprowadzoną w 1980 r., przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne [44]. Obok choroby alkoholowej i współuzależnienia, zespół stresu pourazowego (Posttraumatic Stress Disorder, w skrócie PTSD) jest trzecią ważną grupą objawów występujących w rodzinach z problemem alkoholowym. Podobnie zresztą jak współuzależnienie, zespół ten jest konsekwencją uzależnienia od alkoholu któregoś z członków rodziny.

Objawem PTSD może być psychiczne odrętwienie. Polega ono na oddzieleniu się „ja" od przeżywanej sytuacji. W ten sposób przerwany zostaje kontakt człowieka z własnymi uczuciami, zapewniając mu pozorny spokój. Odcięcie się od własnych uczuć uniemożliwia jednak przeżywanie bliskości w relacjach z ludźmi. Dorosłe dzieci alkoholików mogą mieć trudności w wyrażaniu ciepłych i serdecznych uczuć. Mogą mieć również poważne problemy z nawiązaniem trwałej, autentycznej więzi uczuciowej. Dorosłe dzieci alkoholików bardzo obawiają się uczucia odrzucenia. Jest to dla nich bardzo bolesne doświadczenie wyniesione z dzieciństwa. Niektórzy, będąc przekonanymi o swojej własnej nieatrakcyjności, z góry przewidują odtrącenie przez partnera. Chcąc zaoszczędzić sobie bólu odrzucenia, wolą nie angażować się w bliskie związki lub decydują się pozostać z partnerem, którego tak naprawdę nie kochają i którego ewentualne odejście nie będzie tak bolesne. Obawiając się zranienia nie są w stanie zaryzykować własnego szczęścia. Czasem próbując uprzedzić porzucenie, same rozbijają związek i odchodzą [45].

Kolejnym objawem PTSD jest silne poczucie winy. Dzieci skłonne są za to, co dzieje się w rodzinie, obwiniać siebie. Małe dziecko potrzebuje oparcia w rodzicach, potrzebuje również od nich akceptacji i miłości. Poza tym okazywanie czci, szacunku i miłości swoim rodzicom jest postulowanym społecznie nakazem moralnym. Dziecko nie jest w stanie przyjąć informacji, że ma niekompetentnych rodziców. Tymczasem stosujący przemoc rodzic wzbudza gniew, złość, niechęć, a nawet nienawiść. Przeżywanie sprzecznych uczuć prowadzi do wewnętrznego rozdarcia, zagubienia i rodzi poczucie winy. Przenosząc to uczucie w dorosłe życie, dzieci alkoholików czują się winne, że opuściły dom, że za mało pomagają rodzicom, albo też wobec swojej nowej rodziny, że za bardzo koncentrują się na rodzicach [3].

- Dorosłe dzieci alkoholików często przeżywają lęk. Niekiedy towarzyszy mu poczucie zbliżającej się katastrofy, napady paniki, nierealistyczne obawy o własne życie. Dość często występuje depresja.
- Dorosłe dzieci alkoholików unikają zwracania się do innych o pomoc. W dzieciństwie ich prośby były zazwyczaj lekceważone. Nauczyły się, że na nikim nie można polegać. Ukształtowała się u nich postawa głębokiej nieufności do ludzi, wstyd i skrępowanie.
- Dorosłe dzieci alkoholików nie są skore do zwierzeń. Niechętnie podejmują się rozmów o przeszłości. Być może obawiają się ujawnienia bolesnych uczuć związanych z dzieciństwem, a może czują się winne, że zdradzają w ten sposób rodzinne tajemnice. Niekiedy jednak obronnie koloryzują wspomnienia, a czasem same zaczynają wierzyć w swoje „cudowne dzieciństwo". Dopiero podczas głębokiej psychoterapii z trudem przypominają sobie ostre urazy [32].

Uczuciem najczęściej żywionym przez dzieci wobec alkoholizmu rodziców jest złość. Gdy dziecko nauczy się, że jawne wyrażanie złości jest uznawane za rzecz złą, często zaczyna skrywać swoje uczucie za parawanem fałszywych uśmiechów. Złość ma wiele przyczyn: brak wsparcia ze strony rodzica w sytuacjach konfliktowych, sprzeczne komunikaty i złamania obietnic [4].

Psychiatra Beck A. wymienia trzy objawy, które charakteryzują dorosłe dzieci alkoholików:

- Wybiórcze abstrahowanie – polega ono na wyciąganiu wniosków z pojedynczego fragmentu informacji, bez uwzględnienia całego kontekstu. Dany fakt lub spostrzeżenie może być nawet prawdziwe, jednak ulega zniekształceniu. Dorosłe dzieci alkoholików są szczególnie podatne na tego typu zniekształcenia ze względu na swą nadwrażliwość i czujność; często podchwytują pojedynczy sygnał lub szczegół, po czym mylnie interpretują całą sytuację [30].
- Myślenie dychotomiczne – podejście typu „wszystko albo nic", „prawda – fałsz".
- Niezdolność do wyciągania wniosków z doświadczeń – nawet wtedy, gdy obawy się potwierdzą, a zniekształcenia okażą się pomyłką, człowiek się nie uspokaja. Dorosłe dzieci alkoholików maja wrażenie, że „centrum dowodzenia" mieści się na zewnątrz. Centrum to funkcjonuje w sposób nieprzewidywalny, niekonsekwentny i często krzywdzący, w związku z czym jednostka jest stale bezbronna i ciągle ma poczucie, że grozi jej niebezpieczeństwo [30].

Zdarzenia dziejące się w domu budzą w dzieciach alkoholików lęk i przerażenie. Zmieniająca się jak na huśtawce sytuacja- typowa cecha rodziny z problemem uzależnienia jest lęk. Strach i obawa stają się normalnymi reakcjami dziecka na nieprzewidywalność rozwoju sytuacji [4].

Dzieci alkoholików miewają koszmarne sny, cierpią na bezsenność. Miewają też problemy emocjonalne i ogromne trudności z okazywaniem ludziom zaufania - boją się zaufać innym, nigdy też nie ufają własnym obserwacjom.

Dziecko odczuwa wstyd, konsekwencją jest jego wycofanie się i izolacja od grupy rówieśniczej. Dzieci alkoholików często o wiele bardziej zaabsorbowane są swoimi myślami, niż tym, co dzieje się otaczającym świecie. Wiele z nich buduje wokół siebie mur mający chronić przed pijącym rodzicem, „zamrażają" swoje emocje i zamykają uczucia w sobie. Niektóre powrócą do nich dopiero w wieku lat trzydziestu, czy czterdziestu, a niektóre pozostaną „zamrożone" do końca życia [46].

Wychowywanie się w rodzinie alkoholowej prowadzi do powstania w psychice, a często i na ciele dziecka wielu bolesnych ran. Niezależnie od tego, jakie intencje przyświecają postępowaniu rodziców, jego wpływ na dziecko pozostaje taki sam. Reaguje ono prawdziwą burzą silnych emocji. Emocje te ciągnąc się za dzieckiem przez całe dzieciństwo aż do osiągnięcia dorosłości, wpływają negatywnie na prawidłowe funkcjonowanie reakcji z przyjaciółmi, rówieśnikami i osobami kochanymi [4].

Strategie obronne stosowane przez rodzinę alkoholową nie są tylko mechanizmami obronnymi stosowanymi przez jednostkę. Ujawniają się także w wieku dorosłym w postaci utrwalonych cech, przeradzając się tym samym w indywidualny styl osoby, zabarwiający wszelkie aspekty jej rozwoju. Wiele istotnych, przeżywanych przez dorosłe dzieci alkoholików problemów, takich jak depresja, lęk czy trudności w nawiązywaniu bliskich, intymnych kontaktów, wiąże się bezpośrednio z tymi zabiegami obronnymi [4].

Z traumatycznym zdarzeniem trzeba się zmierzyć od razu, inaczej można być do końca życia nękanym uporczywymi wspomnieniami. Zamiast zapomnieć, będzie się o tym myśleć intensywniej i częściej [47].

Jednym z najprymitywniejszych mechanizmów obronnych jest zaprzeczenie. W obliczu zagrożenia dziecko zaprzecza temu, co dzieje się, jakoby dana sytuacja miała jakikolwiek wpływ na jego życie.

Przekonane, że nie ma innej możliwości, dziecko trzyma się kurczowo krzywdziciela. Istotą iluzorycznej więzi jest złudne przekonanie, że druga osoba jest do naszej dyspozycji,

kocha nas i chroni. Iluzoryczna więź przypomina fatamorganę. Gdy już się raz wytworzy, działa automatycznie i nieświadomie [30].

Kolejnym mechanizmem obronnym DDA jest wyparcie. Dziecko uczy się wypierać emocje, dzięki czemu przestaje je odczuwać. Wiąże się to z napinaniem mięśni, zmianą rytmu oddychania, rezygnacją z fantazji. Wyparcie emocji powoduje odrętwienia. Cały mechanizm unikania emocji przypieczętowany zostaje zanikiem świadomości faktu, że się czegoś unika [38].

Fragmenty wewnętrznych doświadczeń, które uległy odszczepieniu, uczuć, potrzeb, popędów próbują znaleźć ujście. Można to uczynić poprzez konwersję uczuć. Polega ona na tym, że uczucie zabronione lub wstydliwe zamieniamy na inne, łatwiej dające się zaakceptować lub mniej bolesne. Złość często ulega wyparciu i zamienia się w uczucie łatwiejsze do tolerowania przez rodzinę lub mniej przez rodzinę tępione, np. poczucie krzywdy czy winy. Zamiast odczuwać złość, człowiek odczuwa coś innego, bardziej strawnego [30].

Świat rzeczywiście jest miejscem przerażającym dla dorosłego dziecka alkoholika, tyle wysiłku i uwagi trzeba poświęcić przetrwaniu. Życie w rodzinie alkoholowej wymaga wielu zniekształceń postrzegania i stałego dostosowania się do ludzi i sytuacji, także cały wysiłek skierowany zostaje na obronę. Normalne zadania rozwojowe trzeba wykonać w ramach ograniczeń, jakie narzuca obrona. Dzieci, które wychowały się w rodzinie, gdzie nadużywano alkoholu przechodzą swoisty trening radzenia sobie z emocjami. Już we wczesnym okresie swojego życia narażone są na silne doświadczenia [41].

Terapii potrzebują takie osoby, które odbierają teraźniejszość przez pryzmat przeszłości. Takie dorosłe dzieci alkoholików czasem ugrzęzły w przeszłości także fizycznie, bo nadal mieszkają z rodzicami. Jeśli nawet założą własną rodzinę to i tak czują się bardziej odpowiedzialne za tę, w której wyrośli, a potrzeby współmałżonków i dzieci podporządkowują potrzebom swoich rodziców [48].

Przebieg terapii DDA można podzielić na trzy fazy. W fazie pierwszej pacjenci dowiadują się, jak funkcjonuje rodzina alkoholowa, co się dzieje z dziećmi w niej wychowanymi i w jaki sposób doświadczenia z dzieciństwa są przenoszone w dorosłe życie. Każdy ma okazję indywidualnie prześledzić, jak u niego było, które z jego aktualnych problemów wywodzą się z przeszłości i w jaki sposób powstały. Można te fazę nazwać edukacyjno - diagnostyczną, jednak od początku bardzo szybko rozwija się proces terapeutyczny. Uzyskana wiedza odniesiona do własnej osoby pozwala zrozumieć

i uporządkować dotychczasowe przeżycia, wywołuje chęć dzielenia się nimi i budzi skrywane dotychczas uczucia [49].

Następny etap to głęboka praca psychoterapeutyczna. Jej tematyka zależy od pojawiających się indywidualnych problemów, zwykle są to sprawy związane z rozliczeniem przeszłości. Powracają doznane krzywdy i niezaspokojone potrzeby, duchy ważnych osób z dawnego życia, a pacjenci starają się spojrzeć na nie i uporać się z nimi z pozycji osoby dorosłej [23].

Wreszcie nadchodzi moment, kiedy można już zostawić dzieciństwo i skupić się na aktualnych sprawach. To ostatni, trzeci etap terapii zwany porządkowaniem obecnego życia. Każdy ma okazję do przyjrzenia się dokładnie różnym obszarom swojego funkcjonowania, a następnie ułożyć własny plan rozwinięcia tego, z czego jest zadowolony we własnym życiu oraz zmiany tego, z czego jest niezadowolony [40].

Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości od roku 1993 organizuje sesje terapeutyczno - rozwojowe dla dorosłych, którzy wychowali się w rodzinach alkoholowych. Autorką programu jest Zofia Sobolewska, która jako jedna z pierwszych klinicystów w Polsce zaczęła pracować z tak wyodrębnioną grupą pacjentów. Większość zajęć odbywa się w formie pracy grupowej. Terapeuta po dokładnym rozpoznaniu problemów pacjenta układa dla niego indywidualny program terapii. Uwzględnia on te wątki, na które nie ma miejsca w grupowej pracy, a więc niezwiązane bezpośrednio z wychowywaniem się w rodzinie alkoholowej [40].

Wśród pożądanych efektów terapii najważniejszy jest powrót do realnego życia, czyli bardziej bezpośredni kontakt z rzeczywistością, bez uciekania w fikcyjny świat bez uzależniania się od innych oraz otwarcie na bliskie kontakty z ludźmi i przeżywanie związanych z tym emocji bez lęku przed odrzuceniem. Terapia zatem ma spowodować, żeby przeszłość nie stawała pomiędzy teraźniejszością [47].

## SATYSFAKCJA Z ŻYCIA U DOROSŁYCH DZIECI ALKOHOLIKÓW

Satysfakcja z życia to poznawczy komponent subiektywnego dobrostanu człowieka. Satysfakcja z życia odnosi się do procesu poznawczego, w którym jednostki oceniają jakość swojego życia na podstawie własnego unikalnego zestawu kryteriów oraz w długiej perspektywie czasu. Satysfakcję z życia warunkuje wiele czynników działających w różnych perspektywach czasowych, na przykład cechy osobowości, wydarzenia życiowe oraz aktualny nastrój [22].

Satysfakcja to poczucie zadowolenia, zwykle stanowi wypadkową między oczekiwaniami a uzyskiwanym efektem. Satysfakcja może być oceniana globalnie lub w poszczególnych jej aspektach dotyczących wyróżnionych przez daną materię kryteriów. Hays [50] sugeruje, że pytania pośrednie lepiej pozwalają opisać poglądy respondentów niż pytania o charakterze bezpośrednim. Subiektywny dobrostan osoby określają dwa ściśle ze sobą powiązane komponenty: emocjonalny i poznawczy. Ten drugi określa się jako satysfakcję z życia i zdaniem badaczy przy opisie subiektywnego dobrostanu. Często zaniedbuje się go na rzecz eksponowania komponentu afektywnego [50].

Problem satysfakcji z życia stał się ostatnio bardzo popularny, dzięki psychologii pozytywnej, zapoczątkowanej przez Martina Seligmana w latach 90. ubiegłego wieku. Fohrenberg określa zadowolenie z życia jako „indywidualną ocenę przyszłych i teraźniejszych warunków życiowych oraz pespektyw na przyszłość". Satysfakcję z życia można również określić jako rezultat refleksji w długiej perspektywie czasowej, a nie w krótkim odcinku czasu [51].

Niezwykle ważne jest poszukiwanie zmiennych związanych z satysfakcją z życia w różnych grupach osób DDA. Ponieważ istnieją badania wskazujące na zależność między satysfakcją z życia a zdrowiem, długością życia, poczuciem jego sensowności, jakością kontaktów międzyludzkich, samorealizacją, warto zidentyfikować czynniki związane z satysfakcją z życia u DDA [9].

Satysfakcja z życia DDA to pełne i trwałe zadowolenie z całości życia, to miara szczęścia bardzo wysoka. Szczęścia pełnego, trwałego, całkowitego, bez zastrzeżeń, wyjątków, przerw, nie można spodziewać się w warunkach życia ludzkiego. Nie ma człowieka, nawet, wśród tych, których mamy za najszczęśliwszych, który byłby zadowolony bez zastrzeżeń czy bez wyjątków, czy bez przerw [51].

## PIŚMIENNICTWO

1. Polo G.: Rozwinąć skrzydła, Katowice, Wydawnictwo Kaga-Druk 2009.
2. Woitiz J.G.: Dorosłe dzieci alkoholików. Warszawa, Wydawnictwo Akuracik, 2000.
3. Kucińska M.: Dorosłe dzieci alkoholików. Charaktery 2002; 8: 2.
4. Bryan E., Robinson J., Rhoden L.: Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików. Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 2000.
5. Babiker G., Arnold L.: Autoagresja. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2003.

6. Beatti M.: Koniec współuzależnienia. Poznań, Wydawnictwo Media rodzina, 2003.
7. http://old.psychologia.edu.pl/index.php?dz=serwis&op=opis&id=221 (data dostępu: 15. 01. 2020).
8. Woydyłło E.: Poprawka z matury. Kraków, Wydawnictwo Literackie, 2009.
9. Forward S.: Toksyczni rodzice. Warszawa, Agencja Wydawnicza, 2007.
10. Brown S.: Bezpieczne przejście. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2000.
11. Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Kocoń K., Okulicz-Kozaryn K., Piskarska A.: Raport techniczny z realizacji projektu badawczego „Monitorowanie trendów używania substancji psychoaktywnych oraz wskaźników innych wybranych aspektów zdrowia psychicznego u młodzieży szkolnej. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2005.
12. Kinney J., Leaton G.: Zrozumieć alkohol. Warszawa, PARPA, 1996.
13. Tomaszewski T.: Psychologia. Warszawa, Wydawnictwo PWN, 1997.
14. Bradshaw J.: Toksyczny wstyd. Warszawa, Wydawnictwo Akuracik, 2007.
15. Bilikiewicz A., Landowski J., Radziwiłowicz P.: Psychiatria repetytorium. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2003.
16. Melibruda J.: Melibruda-Sobolewska Z.: Integracyjna psychoterapia uzależnień. Warszawa , Instytut Psychologii Zdrowia, 2006.
17. Bilikiewicz A.: Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2006.
18. http//www.poradnikmedyczny.pl/mod/archiwum/344alkoholizm.html (data dostępu: 25.01.2020).
19. Bradshaw J.: Powrót do swego wewnętrznego domu. Warszawa , Wydawnictwo Medium, 2008.
20. Woronowicz B.T.: Alkoholizm jako choroba. Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 1994.
21. Woronowicz B.T.: Bez tajemnic o uzależnieniu i ich leczeniu. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2001.
22. Jermak T.L., Rutzky J.: Czas uzdrowić swoje życie. Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 1998.
23. Skrzypczyk W.: Dzieci alkoholików-zdarzenia traumatyczne. Łódź, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów, 2000.

24. Uehinger C., Tschui M.: Życie z kieliszkiem. Warszawa, Wydawnictwo Świat Książki, 2007.
25. Sztander W.: Poza kontrolą. Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów, 1993.
26. Lindenmeyer J.: Ile możesz wypić. Gdańsk, Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne, 2007.
27. Palewicz J.K.: ABC problemów alkoholowych. Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 1993.
28. Woitiz J.: Małżeństwo na lodzie. Warszawa, Wydawnictwo Akuracik, 2002.
29. Sztander W.: Rodzina z problemem alkoholowym. Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, 2000.
30. Dodziuk A: Trudna nadzieja. Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 2002.
31. Wilczek-Różyczka E.: Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego. Lublin, Wydawnictwo Czelej, 2007.
32. Mellibruda J.: DDA- kim właściwie są. Świat Problemów 1997; 10: 5-7.
33. Hellsten T.: Wsparcie dla dorosłych dzieci alkoholików. Hipopotam w pokoju stołowym. Łódź, Wydawnictwo Ravi, 2005.
34. Wobis A.: Współuzależnienie w rodzinie alkoholowej. Warszawa, Wydawnictwo Akuracik, 2001.
35. Kobiałka A.: Profilaktyka uzależnień. Warszawa, Wydawnictwo MEN, 1991.
36. http//www.psychologia.edu.pl/index.phe?dz=słownik&op=spis&id=7115 (data dostępu: 10.02.2020).
37. Kucińska M.: Podwójny obraz. Świat Problemów, 1997; 10: 17-18.
38. Kucińska M.: Płacz za utraconym dzieciństwem. Charaktery-magazyn psychologiczny dla każdego, 2006; 11: 73-74.
39. Sobolewska Z.: Odebrane dzieciństwo. Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia, 2000.
40. Sobolewska Z.: Czy potrzebują terapii i jakiej. Świat Problemów, 1997; 10: 13-14.
41. Kucińska M.: Zamrożeni ludzie. Charaktery, 2002;12: 45-46.
42. Woitiz J.: Wymarzone dzieciństwo. Gdańsk, Wydawnictwo Psychologiczne, 2000.
43. Wawerska-Kus J.: Dzieciństwo bez dzieciństwa. Warszawa, Wydawnictwo Dywiz, 2009.
44. http//www.alkoholizm.jawnet.pl/newtopik/php?t=2337 (data dostępu: 18.02.2020).
45. Jona I.: Zespół stresu pourazowego u DDA. Świat Problemów, 1997; 10: 31.

46. Woydyłło E.: Podnieś głowę. Warszawa, Wydawnictwo Akuracik, 1998.
47. Dodziuk A.: Dorosłe dzieci alkoholików. Wysokie obcasy, 05.10.2002, https://www.wysokieobcasy.pl/wysokie-obcasy/1,53664,823992.html?disableRedirects=true, (data dostępu: 18.02.2020).
48. Kurtek P.: Samoocena ogólna u synów alkoholików. Problemy Alkoholizmu, 2000; 4: 26-28.
49. Schater D.L.: Siedem grzechów pamięci, jak zapominamy i jak zapamiętujemy. Warszawa, Wydawnictwo Medium, 2000 .
50. Tatarkiewicz W.: O szczęściu. Warszawa, Wydawnictwo PWN, 2010.
51. Czapiński J.: Psychologiczne teorie szczęścia. Psychologia pozytywna. Warszawa, Wydawnictwo PWN, 2000.

# Poczucie koherencji u DDA

**Anita Narewska[1], Beata Kowalewska[2], Elżbieta Krajewska – Kułak[2]**

1. Szpital Wojewódzki w Łomży
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

## POCZUCIE KOHERENCJI A ZDROWIE

W pierwotnej wersji Antonovsky definiował poczucie koherencji jako: globalną orientację, która wyraża stopień, w jakim ktoś ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne uczucie zaufania, że jego wewnętrzne i zewnętrzne środowisko jest przewidywalne i że istnieje wysokie prawdopodobieństwo, iż sprawy ułożą się na tyle dobrze, na ile można się rozsądnie spodziewać. W tym sensie jest to uogólniony i trwały, charakterystyczny dla jednostki sposób postrzegania świata i jej miejsca w tym świecie. Łączy on w sobie zarówno aspekty poznawczego, jak i afektywnego ustosunkowania. To, do czego się odnosi nie można jednoznacznie określić jako konkretnej dziedziny aktywności życiowej, konkretnej sytuacji, tych lub innych problemów czy stresorów, a nawet konkretnego okresu.

Trwałość poczucia koherencji, choć stanowi cechę definicyjną, nie oznacza jednak, że jest ono w pełni i na zawsze zdeterminowane genami i/lub doświadczeniami wczesnodziecięcymi. Nie jest tak, jakoby było ono całkowicie niezmienne na przestrzeni całego cyklu życia jednostki [1].

Trwałość odnosi się tu raczej do faktu, iż mimo możliwych, czasowych zmian powstających w efekcie konfrontacji ze specyficznymi sytuacjami, jego poziom wykazuje tendencje do oscylacji wokół określonego, stałego punktu na kontinuum. Bardziej radykalne zmiany w poziomie poczucia koherencji, o ile nie zachodzą okoliczności zmieniające w sposób istotny wzorca doświadczeń jednostki, są mało prawdopodobne [1].

W ostatecznej wersji definicja pojęcia koherencji sformułowana została przez Antonovsky'ego w następujący sposób: „*Poczuciem koherencji nazywamy globalną orientację człowieka wyrażającą stopień, w jakim człowiek ten ma dominujące, trwale, choć dynamiczne poczucie pewności, że:*

- *bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wytłumaczalny;*
- *ma dostęp do środków, które mu pozwolą sprostać wymaganiom, jakie stawiają te bodźce;*
- *wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania*" [1].

W sformułowaniu tym uwidacznia się złożony charakter pojęcia, które definiowane jest przez odwołanie się do komponentów stanowiących konstytutywne elementy struktury globalnej. Komponenty składowe poczucia koherencji to poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności.

## POCZUCIE ZROZUMIAŁOŚCI

Poczucie zrozumiałości jest pierwszym, choć nie najważniejszym z trzech komponentów poczucia koherencji wyodrębnionych przez Antonovsky'ego. Pierwszeństwo nadaje mu fakt, iż biorąc pod uwagę ewolucję poglądów autora, znaczenie przypisywane obecnie temu składnikowi jest najbardziej zbliżone do pierwotnej definicji globalnego, wtedy jeszcze nie zróżnicowanego konstruktu. Definicję tę Antonowsky przedstawił w swojej pierwszej książce wydanej w 1979 roku. Uwzględniała ona przede wszystkim poznawczy aspekt pojęcia. W konsekwencji podobnie rzecz się ma z zaproponowanym przez autora określeniem poczucia zrozumiałości. Według niego pojęcie to odnosi się do stopnia, w jakim człowiek postrzega bodźce, z jakimi się styka, napływające ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego, jako sensowne poznawczo, jako informacje uporządkowane, spójne, ustrukturalizowane i jasne, a nie jako szum - czyli informacje chaotyczne, nieuporządkowane, losowe, przypadkowe, niewytłumaczalne [2].

Człowiek o silnym poczuciu zrozumiałości spodziewa się, że bodźce, z jakimi się zetknie w przyszłości będą bodźcami przewidywalnymi lub, w najgorszym wypadku, oczekuje, że kiedy jakiś bodziec go zaskoczy, będzie go mógł do czegoś przyporządkować i wyjaśnić. Antonovsky podkreśla, że powyższe określenie nie implikuje kwestii preferencji jednostki bądź to w stronę sytuacji nieokreślonych, czy też z natury trudnych do zrozumienia lub nieprzewidywalnych bądź odwrotnie. Natomiast wysokie poczucie zrozumiałości pozwala człowiekowi na dostrzeżenie jakiegoś sensu nawet w takich sytuacjach, jak śmierć bliskiej osoby, porażka czy nawet wojna [1].

## POCZUCIE ZARADNOŚCI

Drugi element poczucia koherencji został nazwany poczuciem zaradności. Podobnie jak pierwszy – i ten składnik przybiera charakter zdecydowanie poznawczy. Wyraża się przede wszystkim w spostrzeganiu i ocenie posiadanych zasobów jako adekwatnych do poradzenia sobie w określonej sytuacji. Antonovsky definiuje go następująco: „*Jest to stopień, w jakim człowiek postrzega dostępne środki jako wystarczające dla sprostania wymogom, jakie stawiają bombardujące człowieka bodźce. Mówiąc dostępne mamy na myśli zarówno środki, którymi człowiek sam zawiaduje, jak i środki, którymi dysponują uprawnieni do tego inni - małżonek lub małżonka, przyjaciele, koledzy, Bóg, historia, przywódca partii, lekarz - na których człowiek może w swoim odczuciu liczyć, którym ufa. Człowiek o silnym poczuciu zaradności nie czuje się ofiarą losu, ani nie ma poczucia, że życie obchodzi się z nim niesprawiedliwie. W życiu zdarzają się rzeczy niepomyślne, ale kiedy już się coś takiego przytrafi, człowiek umie sobie z tym poradzić i nie rozpacza bez końca*” [2].

W poczuciu zaradności wyraźnie zaakcentowany został aspekt poznawczy pojęcia. H. Sęk i T. Pasikowski [3] podkreślają, iż „S*ilne poczucie zaradności nie ma wiele wspólnego z naiwnym optymizmem czy też nastawieniem emocjonalnym wyrażającym się w przekonaniu: „Jakoś to będzie”. Jest to zdolność do adekwatnej i realistycznej oceny rzeczywistości pod kątem wymagań stawianych przez sytuacje z jednej strony, zasobów pozostających w dyspozycji jednostki z drugiej oraz możliwości dopasowania jednych i drugich*” .

W polskich pracach spotyka się co najmniej trzy różne sposoby tłumaczenia oryginalnego terminu. Są wśród nich następujące: poczucie zaradności, poczucie sterowalności i poczucie wpływu.

## POCZUCIE SENSOWNOŚCI

Poczucie sensowności - ostatni z trzech wyróżnionych przez Antonovsky’ego wymiarów, czy raczej składowych poczucia koherencji - zajmuje w tym modelu szczególną rolę. Kategoria ta odgrywa zasadniczą rolę dla kształtowania się poziomu poczucia koherencji. Dla przykładu, analizując różne możliwe kombinacje poziomów trzech składowych okazuje się, że zmiana w kierunku podwyższenia poziomu globalnego poczucia koherencji jest możliwa tylko w tym przypadku, gdy poziom poczucia sensowności jest wysoki, niezależnie od poziomu pozostałych dwóch składowych. Odmienny status omawianego wymiaru przejawia się także w

tym, iż o ile dwóm wcześniejszym składowym można byłoby przypisać charakter poznawczy, o tyle poczucie sensowności mieści w sobie aspekty emocjonalno-motywacyjne [2].

Sensowność wiąże się z przekonaniem, że podjęte działania nie tylko są logiczne, konieczne czy możliwe do zrealizowania, ale także mają określony, często subiektywny sens. Sensowność jest więc komponentem emocjonalno-motywacyjnym. Dzięki niemu człowiek doświadcza sensu swoich poczynań oraz wartości swojego życia. Sensowność jest gwarancją emocjonalnej orientacji w rzeczywistości i poczucia sensu życia [4].

Poczucie sensowności określane jest przez Antonovsky'ego jako emocjonalny odpowiednik orientowanego poznawczo poczucia zrozumiałości. Autor ilustruje to poprzez odwołanie się do możliwych interpretacji powiedzenia - „coś ma sens". Zwrot ten można rozumieć jako odnoszący się do poznawczych aspektów - „coś jest uporządkowane, spójne, zrozumiałe"; bądź jako ustosunkowanie emocjonalne - „coś jest wartościowe, znaczące, ważne" [2].

W omówionych trzech elementach konstytuujących poczucie koherencji można wskazać występujące pomiędzy nimi związki. Zdaniem T. Pasikowskiego nasuwają się co najmniej trzy alternatywne warianty relacji między nimi.

Po pierwsze, możliwe jest traktowanie wyodrębnionych elementów jako równoważnych i funkcjonujących w postaci wiązki. W tym przypadku poczucie koherencji byłoby zespołem komponentów, względnie niezależnych strukturalnie i działających jednocześnie.

Drugą możliwość wydają się sugerować niektóre dane empiryczne. Wyniki badań nad Kwestionariuszem SOC-29 pokazują istnienie wysokich interkorelacji skal utworzonych z pozycji testowych odnoszących się do poszczególnych komponentów. Również wyniki szeregu analiz czynnikowych dawały w efekcie jednoczynnikową strukturę. Zatem wymienione składniki na głębszym poziomie są tożsame i stanowią jedność, a różnią się tylko najbardziej zewnętrznymi, fasadowymi formami przejawiania się.

Trzecia alternatywa wiąże się z ujmowaniem składowych poczucia koherencji jako zorganizowanej, hierarchicznej struktury. Do takiego wniosku mogą skłaniać rozważania Antonovsky'ego na temat kluczowej roli poczucia sensowności w determinowaniu poziomu globalnego poczucia koherencji [1].

Powyższe trzy możliwości nie są zupełnie sprzeczne i nie wykluczają się. Antonowsky mówiąc o wzajemnych relacjach komponentów wskazuje, że są one nierozerwalnie ze sobą powiązane. Nie przesądza to jednak o niemożliwości zaistnienia takich sytuacji, w których

doświadczenia spowodują ukształtowanie się wysokiego poziomu jednego czynnika, a jednocześnie niskiego poziomu innego. Rozważa osiem hipotetycznych kombinacji komponentów poczucia koherencji uwzględniając dla każdego z nich dwa poziomy [2].

**Tabela I.** Dynamiczne powiązania pomiędzy komponentami poczucia koherencji [2]

| Lp. | Komponenty | | | Przewidywane typy |
|---|---|---|---|---|
| | Zrozumiałość | Zaradność | Sensowność | |
| 1 | wysoka | wysoka | wysoka | stabilny |
| 2 | niska | wysoka | wysoka | rzadki |
| 3 | wysoka | niska | wysoka | tendencja do wzmocnienia |
| 4 | niska | niska | wysoka | tendencja do wzmocnienia |
| 5 | wysoka | wysoka | niska | tendencja do osłabienia |
| 6 | wysoka | niska | niska | tendencja do osłabienia |
| 7 | niska | wysoka | niska | rzadki |
| 8 | niska | niska | niska | stabilny |

Prezentowane w tabeli kombinacje mają różne konsekwencje dla globalnego poczucia koherencji. Typy oznaczone numerami 1 i 8 są typami stabilnymi, o utrwalonym poziomie poczucia koherencji. Następne dwa typy (tj. 2 i 7) określa jako rzadkie, gdyż trudno wyobrazić sobie kogoś, kto żyjąc w świecie całkowicie niezrozumiałym i nieprzewidywalnym, zachowuje jednocześnie silne poczucie kontroli i wpływu na sytuację. Pozostałe cztery typy autor określa jako z natury niestabilne. Przy czym dwa z nich, gdzie poczucie sensowności jest wysokie, powinny łączyć się z tendencją do wzmocnienia globalnego poczucia koherencji, natomiast typy, w których poczucie sensowności jest niskie będą wiązały się z tendencją do obniżenia poziomu globalnego poczucia koherencji [2].

Od poziomu poczucia koherencji zależy więc optymalne funkcjonowanie biologiczne, jakość dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego oraz efektywność radzenia sobie z różnego rodzaju trudnościami. W efekcie najszerzej ujmowaną konsekwencją poczucia koherencji jest wpływ na samopoczucie oraz na zadowolenie z życia, przy czym samopoczucie określa się jako „*stan psychiczny i fizyczny bezpośrednio przez daną osobę odczuwany*” [1].

Koherencja jest silnym predykatorem szeroko rozumianych zachowań prozdrowotnych oraz efektem kształtowania charakteru osoby, czyli zespołem względnie stałych norm

postępowania, wartości, postaw i nawyków, stanowiących system oparty na podłożu konstytucjonalno – somatycznym, określającym stosunek do rzeczywistości i przejawiający się w zachowaniu. W tym znaczeniu poczucie koherencji jest globalną orientacją życiową, tłumaczącą gospodarowanie ważnymi dla zdrowia uogólnionymi zasadami odpornościowymi. Orientacja ta ma charakter złożony i indywidualny. Im silniejsze poczucie koherencji, tym większe prawdopodobieństwo dobrego samopoczucia, którego gwarancją jest wiara w sensowne, przewidywalne i uporządkowane życie.

Poczucie koherencji jest zatem globalną orientacją, która wyraża stopień, w jakim jednostka posiada trwałe, dojmujące, choć dynamiczne uczucie pewności, że wewnętrzne i zewnętrzne środowiska są przewidywalne i że istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że sprawy potoczą się tak, jak można to sensownie przewidzieć.

## CEL PRACY

Celem niniejszej pracy było:

1. Ukazanie poziomu satysfakcji z życia DDA
2. Określenie poziomu orientacji życiowej w korelacji z płcią i wiekiem DDA
3. Określenie powiązań pomiędzy komponentami poczucia koherencji u dorosłych DDA.

## MATERIAŁ I METODA

Badaniem objęto 100 dorosłych dzieci alkoholików obojga płci. 30 z nich podjęło terapię jako DDA, 5 z nich to alkoholicy, którzy nigdy nie poddali się leczeniu, pozostali nie byli uzależnieni od alkoholu i nigdy nie przechodzili terapii.

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego w Oddziale Psychiatrycznym Szpitala Wojewódzkiego w Łomży oraz w Wojewódzkim Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży.

Kryterium doboru badanych:

- chęć i zgoda badanych na udział w badaniu
- DDA, którzy mieli jednego lub dwoje rodziców alkoholików
- DDA, którzy byli w czasie terapii lub po jej zakończeniu
- DDA, którzy nigdy nie poddali się terapii.

Podstawowym narzędziem badawczym był Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29, opracowany przez Aarona Antonowskiego. Kwestionariusz składał się z 29 pytań. Spośród nich 11 dotyczyło się poczucia zrozumiałości, 10 odnosiło się do poczucia zaradności i 8 pytań do poczucia sensowności. Zadaniem osoby badanej było ustosunkowanie się do stwierdzeń uwzględniając źródło, wymogi i czas działającego bodźca, przy pomocy siedmiostopniowej skali. Pytania miały charakter zamknięty. Ankieta mierzyła ogólny poziom koherencji. Uzyskanie wysokiego wyniku oznacza silne poczucie koherencji (wynik od 117 pkt. wzwyż). Zakres skali narzędzia badawczego punktowanej od 1 do 7 mieści się w przedziale 29–203 punktów. Przed podliczeniem wyników należy odwrócić punktację pytań oznaczonych literą R. Litery umieszczone po lewej stronie każdego pytania odnoszą się do struktury profilu tego pytania. PZR = poczucie zrozumiałości, PZ = poczucie zaradności, PS = poczucie sensowności [2].

Na potrzeby badania opracowano również arkusz do zbierania danych socjodemograficznych respondentów. Metryczka, zawierała informacje dotyczące, m.in.: wieku, płci, wykształcenia, statusu zawodowego i cywilnego oraz warunków materialnych ankietowanych.

## WYNIKI

### Charakterystyka badanej populacji

Spośród objętych badaniem 100 respondentów większość stanowiły kobiety (63%). Zdecydowana większość uczestników badania wywodziła się z miasta. Ich udział w ogólnej próbie badanej ukształtował się na poziomie 77%.

Pod względem wieku najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 31-40 lat - 48%, natomiast najmniej było wśród respondentów osób w wieku 41-50 lat - 19%. Szczegółowo wyniki zaprezentowano w Tabeli II.

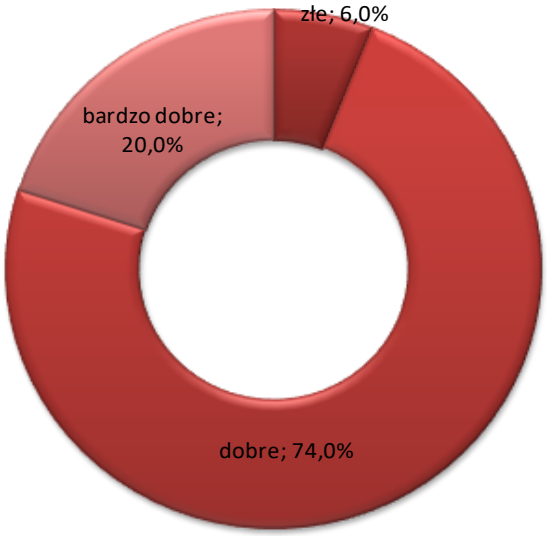
Pod względem wykształcenia najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim – 44%, następnie 42% to osoby z wykształceniem wyższym. Mały udział procentowy – 9% mieli respondenci z wykształceniem zawodowym oraz 5% z wykształceniem podstawowym.

Wśród pacjentów objętych badaniami najliczniejszą grupę stanowiły osoby deklarujące warunki materialne jako „dobre”. Była to grupa sięgająca 74% wszystkich badanych. Na

drugim miejscu pod względem liczebności znajdowały się osoby o statusie materialnym „bardzo dobrym” - 20% (Rycina 1).

**Tabela II. Wiek respondentów**

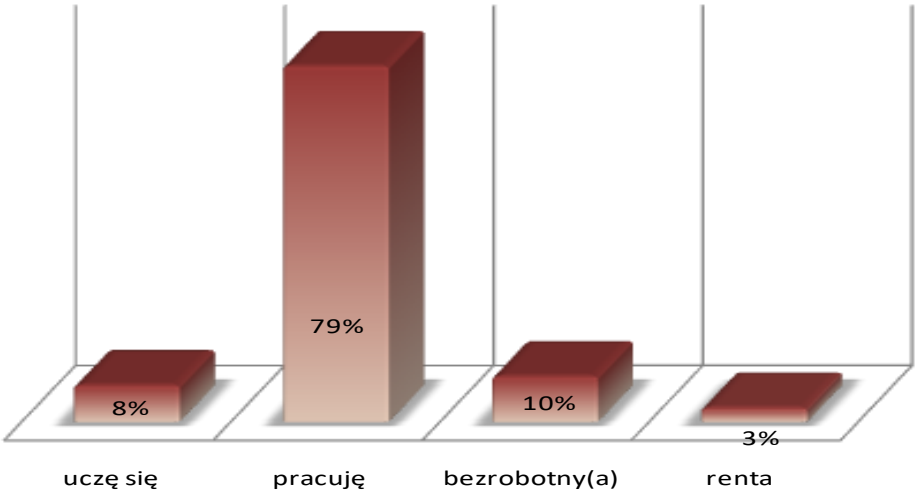
| Przedział wiekowy | n | % |
|---|---|---|
| **21-30 lat** | 33 | 33 |
| **31-40 lat** | 48 | 48 |
| **41-50 lat** | 19 | 19 |
| **Razem** | 100 | 100 |




**Rycina 1. Warunki materialne**

Większość ankietowanych było osobami czynnymi zawodowo (79%), zaś bezrobotnymi 10% spośród badanych (Rycina 2).

Wśród respondentów najliczniejszą grupę stanowiły osoby będące w związku małżeńskim. Ich udział wśród wszystkich uczestników badania wyniósł prawie 3/4 ogółu (72%). Na drugim miejscu pod względem liczebności znajdowały się osoby stanu wolnego (panny/kawalerowie) – 25%. Z kolei 2% to małżonkowie w separacji, zaś 1% osoby rozwiedzione.




**Rycina 2. Status zawodowy**

## ANALIZA KWESTIONARIUSZA SOC-29

W treści niniejszego podrozdziału zostanie zaprezentowana analiza wyników badania na podstawie kwestionariusza orientacji życiowej SOC-29. Jak już wcześniej opisano w rozdziale metodologicznym posiadał on 29 pytań ze skalą gradacji od 1 do 7. Zadaniem badanych było udzielenie odpowiedzi na pytanie kwestionariusza uwzględniając odpowiedni poziom poprzez wskazanie na skali cyfrowej najwłaściwszej dla siebie odpowiedzi.

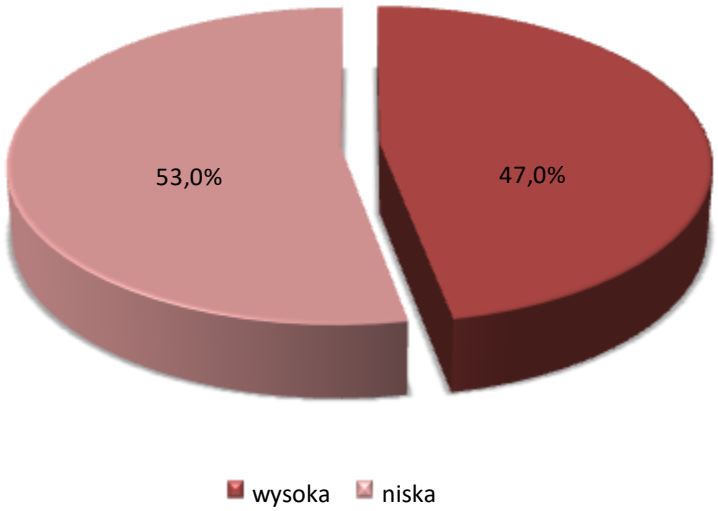
Na podstawie wyników możemy stwierdzić, że najwyższą średnią punktację wśród odpowiedzi udzielonych przez respondentów uzyskało pytanie nr 8 (*Do tej pory w twoim życiu: nie było żadnych wyraźnych celów czy dążeń / były wyraźne cele i dążenia*) i było to 4,84 pkt., zaś najniższą wynoszącą 2,51pkt. pytanie nr 23 (*Czy myślisz , że w przyszłości zawsze będą ludzie , na których będziesz mógł liczyć ? jesteś pewien, że będą / wątpisz, że będą)*.

Aby z grona respondentów oddzielić kobiety i mężczyzn, stworzono tabele z surowymi wynikami badań z wyodrębnieniem kobiet i mężczyzn.

Ogólny wynik przeprowadzonego badania wykazał, iż 47% Dorosłych Dzieci Alkoholików miało niski poziom koherencji (Rycina 3).

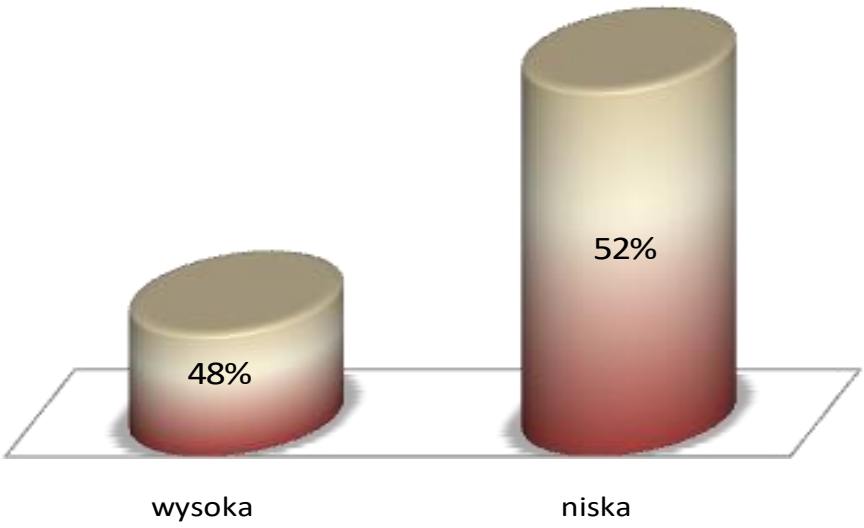
Na podstawie wyników z tabel pomocniczych wyodrębniających kobiety i mężczyzn spośród badanych można zauważyć, że na 63 kobiety, 30 wykazało wysoką koherencję, a 33 niską, zaś wśród mężczyzn wysoką koherencję wykazało 17 badanych i 20 niską. Wyliczenia

dowodzą, że ok. 48% w grupie kobiet i około 46% wśród populacji męskiej, to ci respondenci, którzy wykazali wysoki wskaźnik koherencji.

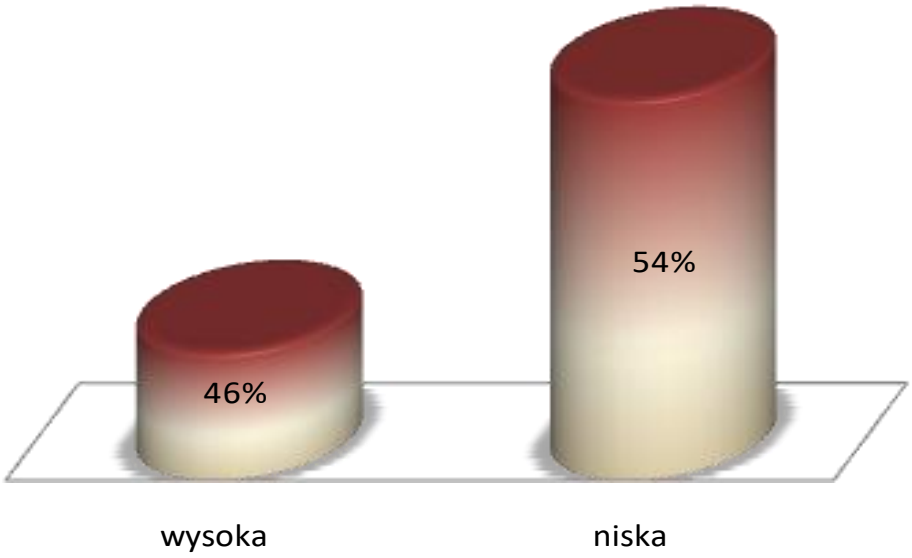



**Rycina 3. Poziom koherencji wśród DDA**

W odniesieniu do ogółu badanych z uwzględnieniem płci można stwierdzić, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni wykazali zbliżony poziom koherencji. Niską koherencję wykazało analogicznie 52% kobiet i 54% badanych mężczyzn (Rycina 4, 5).

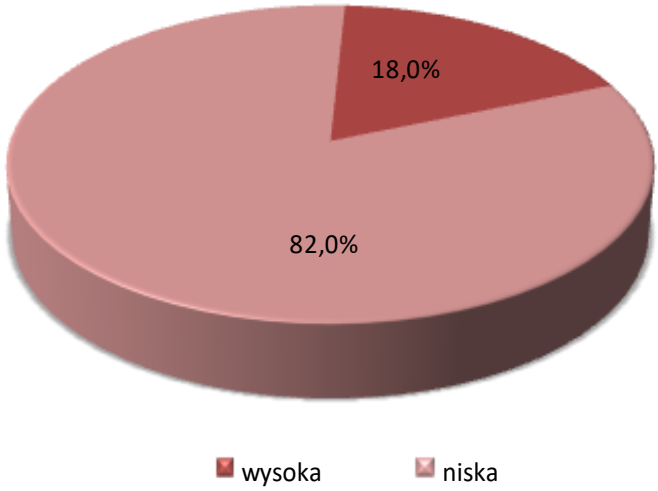



**Rycina 4. Poziom koherencji wśród kobiet**




**Rycina 5. Poziom koherencji wśród mężczyzn**

W grupie wiekowej 21–30 lat większość nie uzyskała normy, gdyż 27 osób - 82%, wykazało niską koherencję, a tylko 6 osób – 18% wysoką (Rycina 6).




**Rycina 6. Poziom koherencji w przedziale wiekowym 21-30 lat**

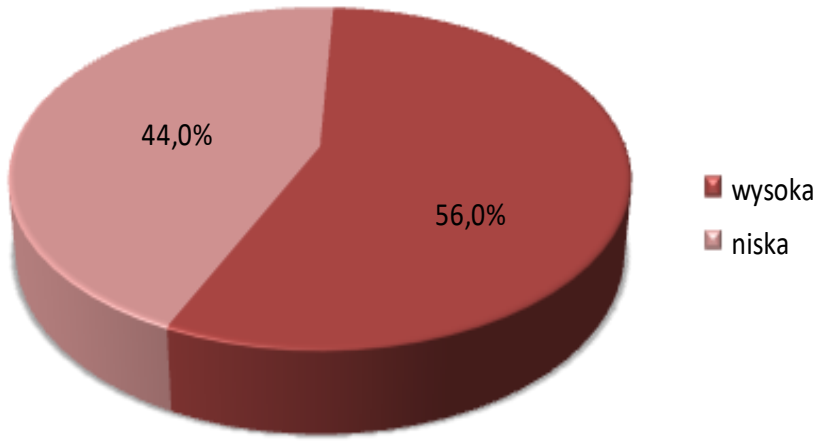
Wyliczenia dowodzą, że wśród całej podgrupy - 18 kobiet stanowiło 55%, zaś 15 mężczyzn - 45% ogółu. Wśród populacji męskiej, aż 13-tu tj. 86% wykazało niską

koherencję, a 2 czyli 14% wysoką, wśród kobiet 4 z nich - 22% wykazało wysoki wskaźnik, podczas gdy 14 respondentek, czyli 78% wykazało niski poziom koherencji (Tabela III).

**Tabela III. Poziom koherencji wśród kobiet i mężczyzn przedziału 21-30 lat**

| Koherencja w przedziale 21-30 lat | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **koherencja** | **kobieta** | | **mężczyzna** | |
| | n | % | n | % |
| **wysoka** | 4 | 22 | 2 | 14 |
| **niska** | 14 | 78 | 13 | 86 |
| **Razem** | 18 | 100 | 6 | 100 |

Dane pozyskane od wszystkich badanych osób, w przedziale wiekowym 31-40 lat, obrazują, iż 27 osób tj. 56 % ogółu tej podgrupy osiągnęło normę, przy czym niską koherencję wykazało 21 osób, a więc 44% badanych (Rycina 7).




**Rycina 7. Poziom koherencji wśród badanych przedziału 31-40 lat**

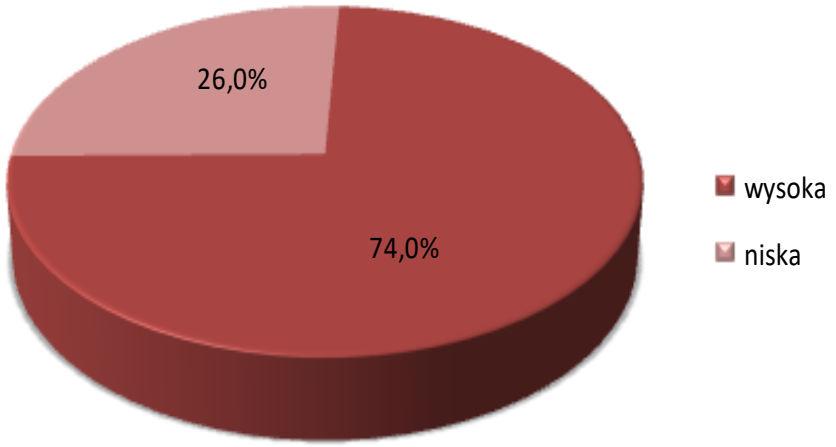
Wśród podgrupy przedziału wiekowego 31-40 lat, 18 kobiet stanowiło 55%, zaś 15 mężczyzn, 45% ogółu. Wśród populacji męskiej, aż 13-tu tj. 86% wykazało niską koherencję, a 2 czyli 14% wysoką.

Wśród kobiet 4 z nich - 22% wykazało wysoki wskaźnik, podczas gdy 14 respondentek, czyli 78% wykazało niski poziom koherencji (Tabela III).

**Tabela IV. Poziom koherencji wśród kobiet i mężczyzn przedziału 31-40 lat**

| Koherencja w przedziale 31-40 lat | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **koherencja** | **kobieta** | | **mężczyzna** | |
| | **n** | **%** | **n** | **%** |
| **wysoka** | 17 | 50 | 10 | 71 |
| **niska** | 17 | 50 | 4 | 29 |
| **Razem** | 18 | 100 | 6 | 100 |

W podgrupie wiekowej 41–50 lat większość badanych wykazała wysoki poziom koherencji, było to 14 osób - 74%, a tylko 5 osób – 26% respondentów prezentowało poziom niski (Rycina 8).




**Rycina 8. Poczucie koherencji w grupie wiekowej 36-50 lat**

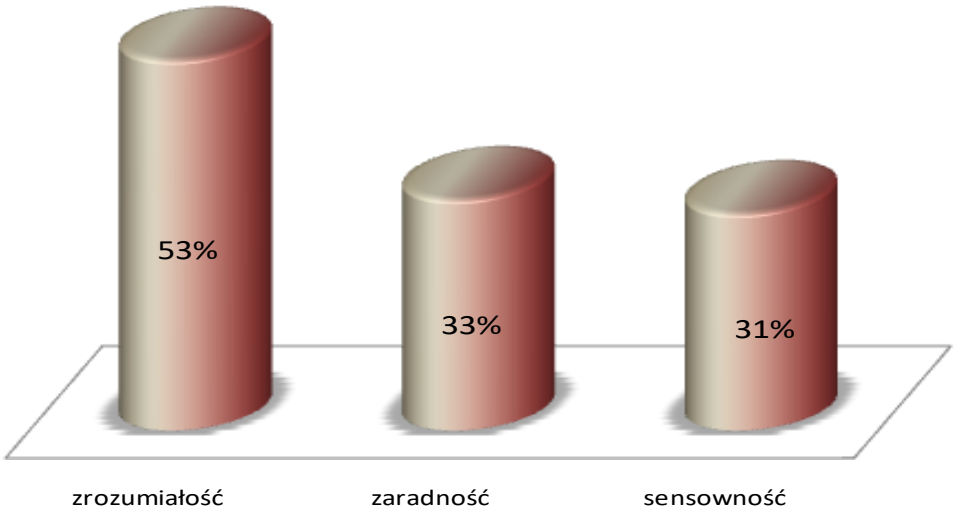
W podgrupie wieku 41-50 lat przeważały kobiety, których było 11, co dało 58% ogółu, zaś mniejszością byli mężczyźni, ich liczba wynosiła 8, czyli 42% całości podgrupy.

Także poziom koherencji procentowo był wyższy wśród kobiet i ukształtował się na poziomie 82%. Wśród mężczyzn wskaźnik ten osiągnął 63% (Tabela V).

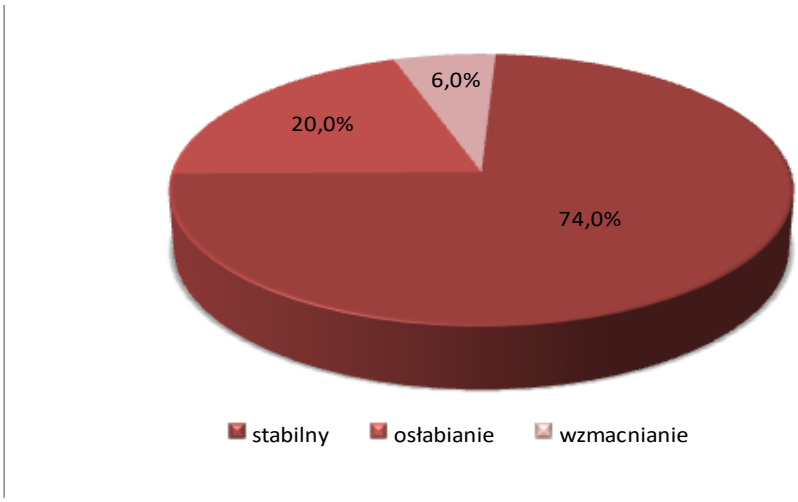
53 osoby spośród badanych wykazały wysoką zrozumiałość, 47 osób niską. Zaradność w stopniu wysokim wykazały 33 osoby, a 67 w stopniu niskim. Sensowność zaś kształtowała się u 31 badanych na poziomie wysokim i u 69 na poziomie niskim (Rycina 9).

**Tabela V. Poziom koherencji wśród kobiet i mężczyzn przedziału 41-50 lat**

| Koherencja w przedziale 41-50 lat | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **koherencja** | **kobieta** | | **mężczyzna** | |
| | **n** | **%** | **n** | **%** |
| **wysoka** | 9 | 82 | 5 | 62,5 |
| **niska** | 2 | 18 | 3 | 37,5 |
| **Razem** | 18 | 100 | 6 | 100 |




**Rycina 9. Poziomy komponentów poczucia koherencji**




**Rycina 10. Powiązania pomiędzy komponentami**

Powiązania pomiędzy komponentami ukazują, iż badani w 74% wykazują stabilny typ koherencji, 20% przejawia tendencje do osłabienia poczucia koherencji, a tylko 6% ma tendencje do jej wzmocnienia (Rycina 10).

## DYSKUSJA

Uczeni w Polsce już w latach siedemdziesiątych interesowali się dziećmi z rodzin alkoholowych. Kilku polskich badaczy trafnie dostrzegło, jak silnie patologizującym czynnikiem hamującym prawidłowy rozwój dzieci jest pijaństwo rodziców [5].

Litwa A. uważa, że: „*osoby z syndromem DDA, to osoby, u których siła zapisu traumatycznych wydarzeń życiowych w rodzinie z problemem uzależnień przekroczyła możliwości zaradcze ich systemu samoobrony, zostawiając trwałe ślady w obrazie siebie i funkcjonowaniu osoby, o cechach złożonego stresu pourazowego nałożonego na różną konfigurację cech osobowości*” [6].

Według doniesień z literatury [7-10] syndrom DDA, to zbiór usztywnionych cech osobowości, ukształtowanych w dzieciństwie, utrudniających adaptację w dorosłym życiu i rozwój nowych cech.

Cechy te związane ze strategiami kompensacyjnymi, jakie dziecko wykorzystało w celu adaptacji do doświadczeń związanych ze środowiskiem dorastania.

Potwierdziły to badania własne. DDA wchodząc w dorosłe życie są mocno obciążeni przeżyciami z przeszłości, co w sposób znaczący upośledza ich zdolność sprawnego funkcjonowania w dorosłym życiu. Doskonale widać to w wynikach badań grupy wiekowej 21-30 lat, gdzie wysoki poziom satysfakcji z życia wykazało zaledwie 18% respondentów tej grupy. Bardzo często trudno im zaadoptować się w życiu, nie wierzą w siebie, pesymistycznie widzą przyszłość, szybką ulegają negatywnym emocjom w stosunku do innych ludzi.

W ostatnich latach badania naukowe potwierdzają, że dorastanie w rodzinie dysfunkcyjnej, a więc również alkoholowej wcale nie przesądza o niedostatkach rozwojowych wszystkich bez wyjątku dzieci. W rodzinach z problemem alkoholowym zdarzają się dzieci i jest ich wcale niemało, które nie przyswoiły sobie niekorzystnych cech osobowości DDA [11].

Syndrom DDA przybiera różne formy u różnych ludzi. Układ wymienionych cech charakterystycznych dla DDA może ulegać zmianom, ewoluować. Niektóre cechy u jednych wystąpią, u drugich nie. Mogą też zamiennie bądź równocześnie występować z pozoru wykluczające się cechy [12].

To zjawisko zauważalne jest również w przypadku poddanej badaniu populacji DDA, ponieważ koherencja i jej brak dotyczyły porównywalnych grup respondentów (53% - brak koherencji, 47% - występująca koherencja). Ponadto, pomimo że wszyscy badani to DDA, nie u wszystkich wystąpiły cechy charakterystyczne dla tej grupy.

W Ośrodku Psychoterapeutycznym przy Instytucie Psychologii Zdrowia w latach 1996-2002 zbadano 1138 dorosłych dzieci alkoholików. W programie badawczym, jako główny cel postawiono sobie analizę zmian zachodzących w funkcjonowaniu psychologicznym i społecznym osób, które wychowały się w rodzinach alkoholowych. Uzyskane wyniki, pierwsze ciekawe spostrzeżenia nasuwają już podczas analizy danych demograficzno-społecznych cechujących tę populację. Osoby zgłaszające się po pomoc psychologiczną miały najczęściej od 30 do 45 lat. Będąc dojrzałymi ludźmi często pozostawali samotni. W populacji tej prawie 55% to osoby samotne, które nie zdecydowały się na sformalizowany związek, zaś 33% żyje aktualnie w związku małżeńskim [13].

Nieco inaczej ukształtowały się wyniki badań własnych. Osoby, które poszukując pomocy przyznają się, że są dorosłymi dziećmi alkoholików, to ankietowani w przedziale wiekowym 35-50 lat. Większą grupę osób badanych stanowiły kobiety, było to ok. 63%. W grupie tej przeważają osoby, które mają zalegalizowany związek (72% badanej populacji).

Szereg prac sugeruje, że defekty neuropsychologiczne predysponują dzieci do alkoholizmu. Nie znaczy to jednak, że dzieci alkoholików są biologicznie skazane na zagładę i że wszystkie nieuchronnie popadną w alkoholizm. Prawie 2/3 DDA w rzeczywistości nie ma problemów z alkoholem [14].

W opracowaniu własnym wyniki badań potwierdziły, iż większość DDA w dorosłym życiu funkcjonuje w sposób normalny, nie popadając w uzależnienie od alkoholu.
DDA uczestniczący w badaniach w Ośrodku Psychoterapeutycznym w latach 1996-2010 w badaniu przed terapią cechowali się niskim poczuciem koherencji. Kształtowało się ono na poziomie zbliżonym do wyników pacjentów psychiatrycznych (depresyjnych i nerwicowych).

Wychowanie w rodzinie alkoholowej może mieć korzystny wpływ na socjalizację dzieci przez kształtowanie samodzielności, odpowiedzialności i elastyczności ułatwiającej zmiany. Z przeglądu literatury międzynarodowej na ten temat wynika też, że problemy w dzieciństwie mogą sprzyjać kształtowaniu pozytywnych cech osobowości, poczuciu kontroli wysokiej samoświadomości [11].

Analizując trzy wymiary składowe, można było zauważyć, że stosunkowo najbardziej rozbudowane było w tej grupie poczucie zaradności życiowej, najmniej poczucie sensu [15].

Potwierdziły tą myśl badania własne, które wykazały, iż 1/3 respondentów cechowała się niskim poczuciem sensu (31%) i zaradności (33%), przy wysokim poczuciu zrozumiałości osiągniętym przez 53% badanej populacji.

Satysfakcjonujące życie wcale nie musi być życiem pozbawionym problemów i przeciwności losu. Ludzie, którzy uważają się za szczęśliwych czerpią zwykle największą satysfakcję z tego, co robią, kim się stali, do czego doszli, co osiągnęli, a nie od czego wyszli. Poczucie szczęścia rośnie proporcjonalnie do przeżywanych satysfakcji, a nie przyjemności [11].

Większość dorosłych dzieci alkoholików doświadcza swoistego poczucia niedostosowania, odmienności, nieatrakcyjności, bezwartościowości, towarzyszy temu obawa przed zdemaskowaniem. Dramatycznym potwierdzeniem braku akceptacji dla samego siebie jest uruchamianie przez dorosłe dzieci alkoholików różnorodnych form autodestrukcji, m.in. odmawianie sobie praw, gotowości do bardzo surowego, a nawet okrutnego oceniania siebie, wchodzenie w rolę ofiary, trwanie w toksycznych związkach, myśli i próby samobójcze, skłonność do popadania w uzależnienia, choroby psychosomatyczne, zaburzenia łaknienia, co przyczynia się do niskiej satysfakcji z życia [16].

Potwierdziły to badania własne, gdzie 53% ankietowanych wykazało niskie poczucie satysfakcji z życia. W badaniu koherencji w korelacji z wiekiem widać jednoznacznie, iż poczucie koherencji u DDA wzrasta wraz z wiekiem, a poziom zadawalającej satysfakcji z życia DDA osiągają dopiero w przedziale wiekowym 41-50 lat.

## WNIOSKI

Zebrany w toku badań materiał badawczy pozwolił na wysunięcie następujących wniosków:

1. Płeć nie miała bezpośredniego związku z poziomem orientacji życiowej u DDA. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni wykazywali zbliżony poziom orientacji życiowej.
2. Dane obrazują, iż osoby w przedziale wiekowym 21-30 lat wykazywały bardzo niski poziom poczucia koherencji. Wyższy wskaźnik widoczny był u osób w przedziale 31-40 lat, zaś najwyższe poczucie koherencji wykazywali respondenci z grupy wiekowej 41-50 lat.
3. W przedziale wiekowym 21-30 lat wyższą koherencję wykazywały kobiety, zaś w przedziale 31-40 lat, mężczyźni i w przedziale 41-50 lat znowu kobiety.

4. Ponad połowa badanych (53 osoby) wykazały wysokie poczucie zrozumiałości, 2/3 respondentów (67 osób) cechowało niskie poczucie zaradności, zaś u 69 osób występowało niskie poczucie sensowności.
5. W przypadku poczucia zrozumiałości, DDA postrzegali napływające ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego bodźce jako sensowne, spójne i jasne.
6. Przy niskim poziomie zaradności DDA mogą odczuwać wrażenie, że są ofiarami losu i w odbiciu negatywnego bodźca nie umieją sobie z nim poradzić.
7. Respondowane DDA miały niskie poczucie sensowności, zatem życie wydawało im się pozbawione celu i sensu.

## PIŚMIENNICTWO


1. Antonowsky A.: Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. [w:] Psychologia zdrowia, Heszen – Niejodek I., Sęk H. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997: 20-25.
2. Antonovsky A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2005.
3. Sęk H.: Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji [w:] Zdrowie-Stres – Zasoby, Sęk H., Pasikowski T. (red.). Poznań, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 2001: 19-26.
4. Czapiński J.: Psychologiczne teorie szczęścia. Psychologia pozytywna. Warszawa, Wydawnictwo PWN, 2000.
5. Conway J.: Dorosłe dzieci prawnie lub emocjonalnie rozwiedzionych rodziców. Jak uwolnić się od bolesnej przeszłości. Warszawa, Logos Oficyna Wydawnicza, 2001.
6. http://kstu.free.ngo.pl (data dostępu: 06.03.2020).
7. Kucińska M.: Dorosłe dzieci alkoholików. Charaktery, 2002; 8: 2.
8. Kucińska M.: Podwójny obraz. Świat Problemów, 1997; 10: 17-18.
9. Kucińska M.: Płacz za utraconym dzieciństwem. Charaktery-magazyn psychologiczny dla każdego, 2006; 11: 73-74.
10. Kucińska M.: Zamrożeni ludzie. Charaktery, 2002;12: 45-46.
11. http://old.psychologia.edu.pl/index.php?dz=serwis&op=opis&id=221 (data dostępu: 15. 01. 2020).
12. Ryś M.: Gdy alkohol staje się głową rodziny. Warszawa, MCPS, 2009.

13. Sher K.J.: Charakterystyka psychologiczna dzieci. Warszawa, PARPA, 2002.
14. Bryan E., Robinson J., Rhoden L.: Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików. Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 2000.
15. Nikodemska S.: Funkcjonowanie psychospołeczne DDA przed i po terapii. Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia, 2002; 6: 6-10.
16. Wawerska-Kus J.: Dzieciństwo bez dzieciństwa. Warszawa, Wydawnictwo Dywiz, 2009.

# Skutki zdrowotne nadużywania alkoholu u pacjentów Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych

**Danuta Sawicka-Czernik[1], Grzegorz Bejda[2], Agnieszka Kułak-Bejda[3]**

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
3. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

## WSTĘP

Alkoholizm jest nałogowym używaniem alkoholu ograniczającym sprawność fizyczną i umysłową, a także będącym przyczyną większości nieszczęśliwych wypadków oraz chorób psychicznych i schorzeń wątroby, nerek, żołądka, serca. Sprzyja także szerzeniu się chorób wenerycznych oraz ujemnie wpływa na potomstwo [1].

Problemy związane z nadużywaniem alkoholu sięgają do początków jego istnienia, jednakże wówczas alkoholizm nie był traktowany jako choroba, ale jako zły obyczaj, skaza moralna, grzech, dysfunkcjonalny nawyk. Wobec osób uzależnionych od niego stosowano perswazję poprzez odwoływanie się do ich rozsądku lub utrwalano przekonanie, że popełniają błąd. Niestety takie metody nie przyniosły oczekiwanych efektów, a alkoholizm stał się patologią społeczną, powodującą spustoszenie w organizmie uzależnionego [2,3].

W roku 1870 lekarze z Nowego Jorku powołali Amerykańskie Stowarzyszenie Badania i Leczenia Nietrzeźwości twierdząc, że pijaństwo jest chorobą, która może być uleczalna. Chcieli wprowadzić przymusowe odosobnienie alkoholików oraz możliwość stosowania drastycznych środków przeciwdziałania alkoholizmowi. Pacjentom podawali apomorfinę, co miało wzbudzić u nich odruch wymiotny i w ten sposób wywołać u nich wstręt do alkoholu. W leczeniu alkoholizmu stosowano także siarczan amfetaminy, zastrzyki z surowicy pacjenta zmieszanej z whisky, wapń, zastrzyki podskórne z dwutlenku węgla, antyhistaminę, LSD (dietyloamid kwasu lizergowego), witaminę z grupy B, diazepam i konopie indyjskie. Założono także szpitale leczące alkoholików, jednakże ten sposób okazał się bardzo kosztowny oraz mało skuteczny [cyt. za 4].

W roku 1947 wprowadzono leczenie alkoholizmu za pomocą disulfiramu, powodującego zaburzenia wchłaniania alkoholu w organizmie. Z badań przeprowadzonych przez Hald i Jasoben, wynikało, że po zażyciu dwusiarczku czteroetlotiuramu oraz wypiciu paru kieliszków wódki występuje duszność, przyspieszenie akcji serca, zaczerwienienie na twarzy. Używanie tego środka opierało się na wzbudzeniu lęku u pacjentów uzależnionych od alkoholu. Taka metoda została popularna w leczeniu alkoholików nawet i w Polsce, ale obecnie ta metoda jest stosowana bardzo rzadko [cyt. za 5].

Według Silkworth alkoholizm jest chorobą oraz rodzajem alergii organizmu na alkohol, skojarzonej z obsesją umysłową. Teoria Silkwortha o alkoholizmie, jako choroby psychosomatycznej, została rozwinięta przez przedstawicieli anonimowych alkoholików (AA – Anonimowych Alkoholików), według których oprócz somatycznego oraz psychicznego wymiaru choroby można powiedzieć o jej aspekcie duchowym i społecznym. Alkoholizm przestał być postrzegany jako choroba niezawiniona [cyt. za 5].

W alkoholizmie dochodzi do długofalowych uszkodzeń w organizmie m.in. w [6]:

- układzie pokarmowym - do częściowego lub/i całkowitego zatrzymania procesów trawienia, co powoduje utratę łaknienia prowadząc do utraty wagi oraz niedożywienia;
- układzie wewnątrzwydzielniczym - do zaburzenia równowagi hormonalnej;
- układzie krążenia - do wzrostu cienia krwi, zaburzeń rytmu serca, zwiększa się ryzyko zawału serca;
- OUN - wpływ depresyjny, zmniejszenie aktywności mózgu;
- układzie odpornościowym - do upośledzenia funkcji odpornościowych w organizmie;
- układzie kostnym - do osłabienia kości oraz prowadzi to do złamań patologicznych.

Szacuje się, iż w Polsce [7]:

- żyje około 800 tysięcy nałogowych alkoholików
- 2 miliony osób nadużywa alkoholu
- 4 miliony Polaków żyje w rodzinach, w których z powodu alkoholu dochodzi do: przemocy, zaniedbań, ubóstwa oraz demoralizacji
- 2 miliony dzieci cierpi z powodu alkoholizmu w rodzinie
- 70% rozwodów spowodowanych jest alkoholizmem.

Alkoholizm traktowany jest jak najbardziej demokratyczna jednostka nozologiczna oraz niezależna od zmiennych socjodemograficznych, np.: wykształcenia, wieku, płci, czy

stanu cywilnego. Według Amerykańskiego Towarzystwa Lekarskiego alkoholizm, jest chorobą, która charakteryzuje się upośledzeniem (postać: fizjologiczna, psychiczna, społeczna) związanym bezpośrednio ze stałym oraz nadmiernym spożywaniem alkoholu [5].

Alkoholizm znany jest od dawna oraz zawsze stanowił problem socjalny dla kolejnych pokoleń, w tym powodujący rozpad małżeństwa i rodziny. Posiada znaczące miejsce w hierarchii przyczyn rozwodów zarejestrowanych przez sądy w sprawach rozwodowych. Jest jedną z istotnych przyczyn dysfunkcji rodziny [8,9].

Skutki nadużywania alkoholu są trudne do oszacowania. Długość życia alkoholika jest o 15 lat krótsza, natomiast śmiertelność o 2,5 razy większa, niż osoby nieuzależnionej. Śmierć zależna od alkoholu to 10% wszystkich zgonów. Alkohol jest najczęstszą przyczyną nagłej śmierci w wypadku komunikacyjnym, upadku, utonięciu, pożarze. Natomiast 80% prób samobójczych popełniana jest pod wpływem alkoholu [7].

## CEL PRACY

Celem pracy była

1. Ocena częstości występowania objawów i skutków zdrowotnych spowodowanych nadużywaniem alkoholu u pacjentów przebywających w Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych.
2. Ocena częstości występowania skutków społecznych spowodowanych nadużywaniem alkoholu u pacjentów przebywających w Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych.
3. Analiza czynników powodujących nadużywanie alkoholu u pacjentów przebywających w Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych.

## MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Na przeprowadzenie badań została uzyskana zgoda Komisji Bioetycznej Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku.

W pracy przeanalizowano 108 Ankiet pt.: „Skutki zdrowotne nadużywania alkoholu u pacjentów Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych” wśród pacjentów przebywających w Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych w Choroszczy.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Podstawowym narzędziem badawczym, służącym do dokumentowania danych, była ankieta własna do gromadzenia danych o „Skutkach zdrowotnych nadużywania alkoholu u pacjentów Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych" wśród pacjentów przebywających w Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych w Choroszczy, skonstruowana dla celów niniejszej pracy.

Ankieta do gromadzenia danych zawierała następujące informacje: wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, źródło utrzymania, warunki materialne, dodatkowo ankieta zawierała pytania, takie jak: w jakim wieku miałeś swój pierwszy kontakt z alkoholem, jak często spożywasz alkohol, jak długo zwykle trwa ciąg alkoholowy, jaki rodzaj alkoholu najczęściej zostaje spożywany, czy nazwałbyś się alkoholikiem, czy alkohol wpływa na zdrowie pacjenta, czy problemy zdrowotne związane z nadużywaniem alkoholu pogorszyły Twoje funkcjonowanie, jakiego rodzaju dolegliwości odczuwasz, czy z powodu skutków zdrowotnych nadużywania alkoholu byłeś hospitalizowany, który to Twój pobyt w szpitalu z powodu nadużywania alkoholu, czy z powodu odczuwalnych dolegliwości wymagasz systematycznego przyjmowania leków, czy kiedykolwiek przechodziłeś stan delirium, czy w związku z odczuwalnymi dolegliwościami somatycznymi deklarujesz chęć zaprzestania spożywania alkoholu, czy choroby związane z nadużywaniem alkoholu spowodowały pogorszenie Twojej sytuacji materialnej, czy wystąpiły/występują u Ciebie poniższe schorzenia np.: łuszczyca, marskość wątroby, czy doświadczyłeś w swoim życiu głodu alkoholowego, skutkami nadużywania alkoholu dotyczącymi układu pokarmowego mogą być np.: biegunki, przewlekłe nudności, czy zgadasz się z stwierdzeniem, że picie alkoholu niszczy życie rodzinne, czy wystąpiły u Ciebie zaburzenia pamięci i/lub koncentracji.

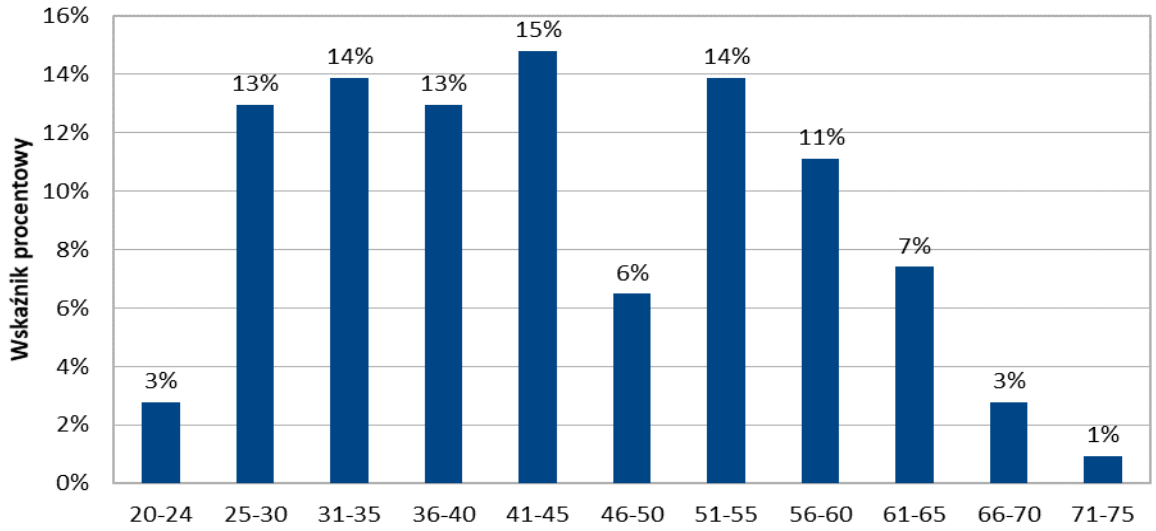
Wyniki badań przedstawiono za pomocą rycin i tabel wykonanych w programie Microsoft Excel 2010.

## WYNIKI

Analizie poddano 108 ankiet przeprowadzonych wśród pacjentów przebywających w Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych w Choroszczy.

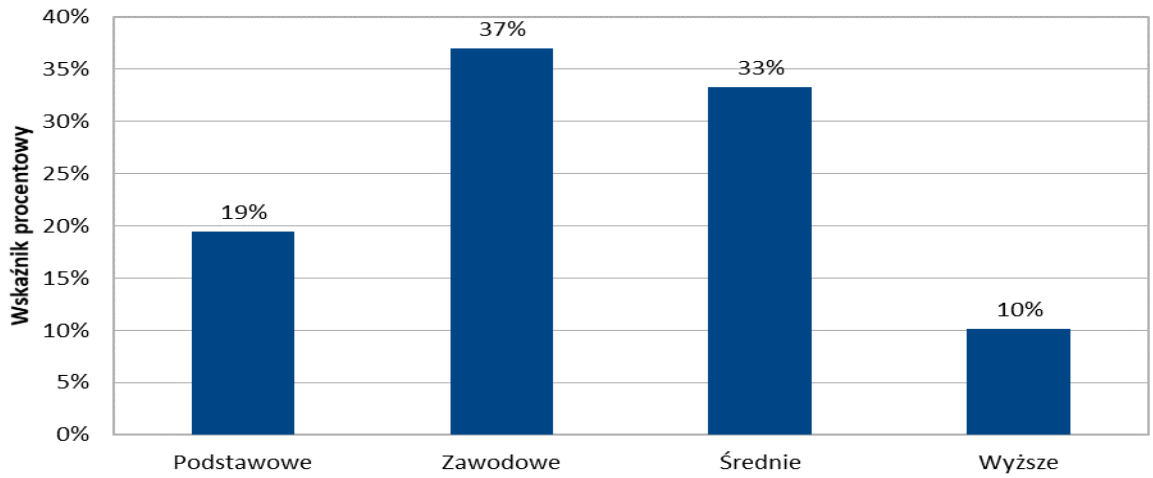
Badaną grupę stanowili pacjenci płci żeńskiej i męskiej. Wiek badanej grupy mieścił się w przedziale 20 - 75 lat. Rozkład wieku przedstawiono w przedziałach pięcioletnich (Ryc. 1).

Najwięcej pacjentów mieściło się w przedziale wiekowym 41 - 45 lat (15%), a najmniej w przedziale wiekowym 71 - 75 lat (1%). Pacjenci w wieku najmłodszym 20 - 24 lata stanowili 3%.




**Rycina 1. Wiek badanej grupy w latach**

Największą grupę badaną stanowili pacjenci z wykształceniem zawodowym (37%) oraz średnim (33%). Pacjenci z wykształceniem wyższym tworzyli najmniejszą grupę badaną (10%). Wykształcenie badanej grupy przedstawia Rycina 2.



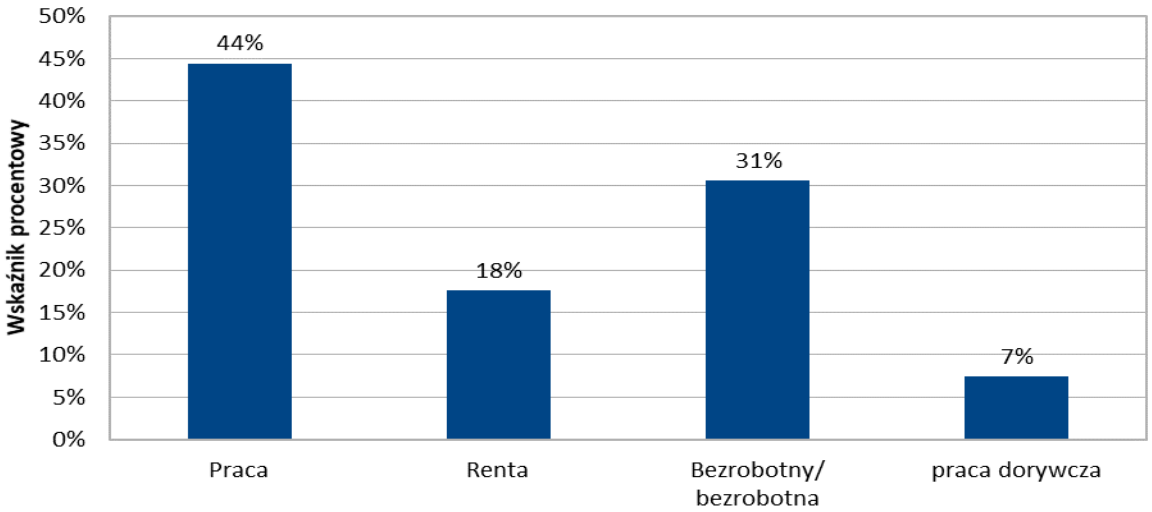

**Rycina 2. Wykształcenie badanej grupy pacjentów**

Analizując stan cywilny respondentów wykazano, iż największą grupę (40%) stanowili pacjenci kawaler/pana oraz żonaty/mężatka (36%). Osób rozwiedzionych było 20%, natomiast owdowiałych 4%.

Wśród ankietowanych 49% uważało, że jego/jej warunki materialne są średnie, 23% za dobre, 19% za złe, a najmniej ankietowanych (8%) - że bardzo dobre.

Analizie poddano miejsce zamieszkania. Z uzyskanych wyników wykazano, iż większość pacjentów zamieszkiwała tereny miejskie (76%), natomiast tylko 24% tereny wiejskie.

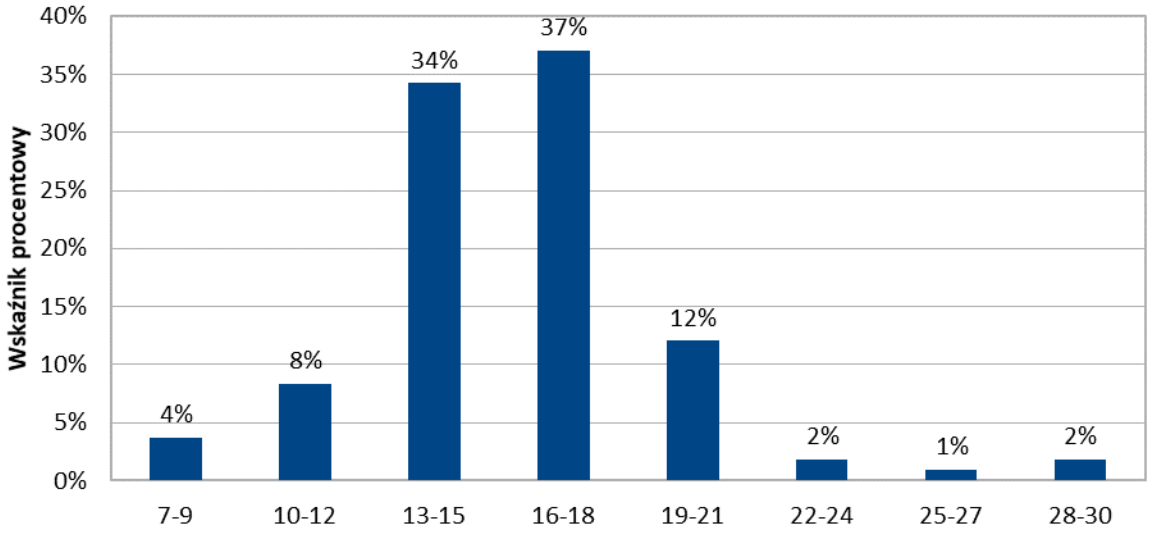
44% ankietowanych utrzymywało się z wykonywanej pracy, natomiast 31% ankietowanych posiadało status bezrobotnego. Tylko u 7% ankietowanych źródłem utrzymania była praca dorywcza. Wyniki przedstawia Rycina 3.



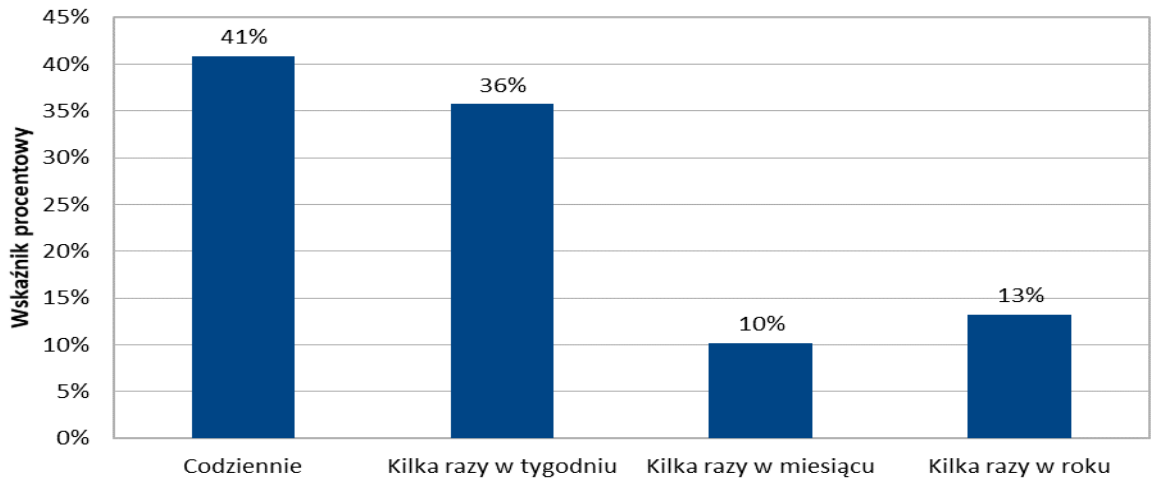

**Rycina 3. Źródło utrzymania ankietowanych**

Największą grupę stanowili pacjenci, którzy pierwszy kontakt z alkoholem mieli w wieku 16 - 18 lat (37%) oraz 13 - 15 lat (34%), natomiast najmniejszą grupę stanowili pacjenci w wieku 25 - 27 lat (1%). Wykazano również, że 4% pacjentów miało już styczność z alkoholem w wieku 7 - 9 lat. Rozkład wieku przedstawiono w przedziałach dwuletnich (Ryc. 4).

Zebrane dane dotyczące częstości spożywania alkoholu wykazały, że 41% pacjentów alkohol spożywała codziennie, 36% kilka razy w tygodniu, 13% kilka razy w roku, a 10% kilka razy w miesiącu. Szczegółową analizę przedstawia Rycina 5.




**Rycina 4. Pierwszy kontakt z alkoholem badanej grupy**



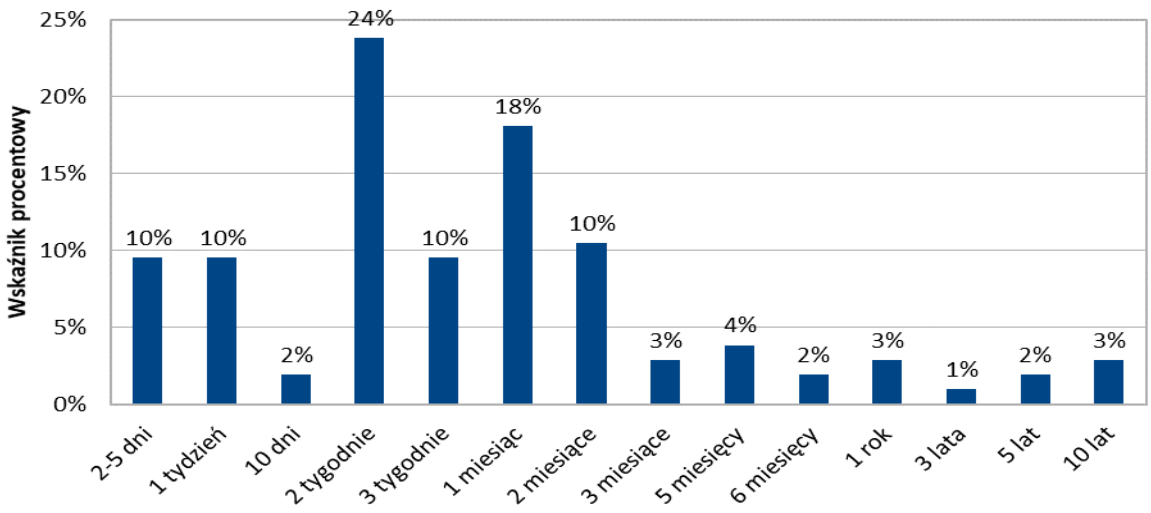

**Rycina 5. Częstość spożywania alkoholu**

Wyniki ankiet pozwoliły na stwierdzenie, iż u 24% pacjentów ciąg alkoholowy może trwać 2 tygodnie, u 18% pacjentów – 1 miesiąc, natomiast u 1% badanych ciąg alkoholowy - 3 lata. Dodatkowo wykazano, iż u 3% ankietowanych ciąg alkoholowy trwał 10 lat. Wyniki przedstawia Rycina 6.

Najczęściej spożywanym alkoholem wśród ankietowanych pacjentów była wódka (47%) oraz piwo (42%). Najmniej - wino (7%) i alkohole niekonsumpcyjne typu „royal". (5%).

Wśród ankietowanych, 88% przyznało się, że jest alkoholikiem, a 12% nie nazwałaby się alkoholikiem.

Przeprowadzone badania wykazały, iż 89% ankietowanych uważało, że alkohol wpłynął negatywnie na jego/jej zdrowie, a 11% - że nie miał wpływu.




**Rycina 6. Czas trwania ciągu alkoholowego**

Na pytanie „Czy problemy zdrowotne związane z nadużywaniem alkoholu pogorszyły Twoje funkcjonowanie?" 82% odpowiedziało - tak, a 18% odpowiedziało - nie.

Przez spożywanie alkoholu 41% pacjentów uznała, że ma zaburzenia pamięci, 30% - dolegliwości brzuszne 19% - problemy z chodzeniem i 10% zauważyła na ciele zmiany skórne.

W przeprowadzonych ankietach wykazano, iż 70% pacjentów było hospitalizowanych z powodu nadużywania alkoholu, a 30% nie była.

Z powodu nadużywania alkoholu 69% pacjentów było już hospitalizowanych po raz kolejny, 31% pacjentów zostało przyjętych do szpitala pierwszy raz.

Z powodu odczuwalnych dolegliwości spowodowanych nadużywaniem alkoholu 40% pacjentów wymagało systematycznego przyjmowania leków, a 60% nie.

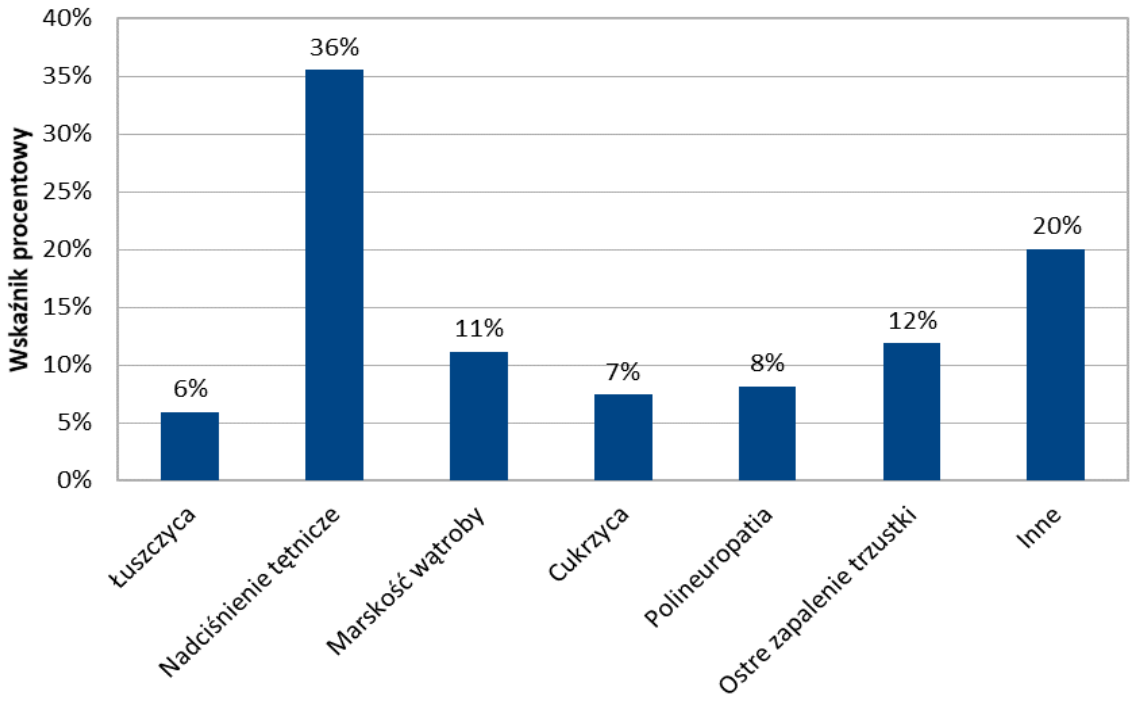
Wykazano, iż 40% pacjentów przechodziła stan delirium, 47% - nie, natomiast 13% tego nie wiedziała.

Wykazano, że 87% pacjentów doświadczyło głodu alkoholowego, 13% takiego głodu w swoim życiu nie miała.

Zapytani, czy w związku z odczuwalnymi dolegliwościami somatycznymi zaprzestaliby spożywania alkoholu - 89% pacjentów odpowiedziało tak, a 11% by takiej decyzji nie podjęła.

W przeprowadzonej analizie dowiedziono, że choroby związane z nadużywaniem alkoholu spowodowały pogorszenie sytuacji materialnej u 70% pacjentów, a u 30% nie wywołały zmiany.

Wśród badanych pacjentów wystąpiły następujące schorzenia: nadciśnienie tętnicze (36%), ostre zapalenie trzustki (12%), marskość wątroby (11%), polineuropatia (8%), cukrzyca (7%), łuszczyca (6%) i inne (20%). Wyniki obrazuje Rycina 7.

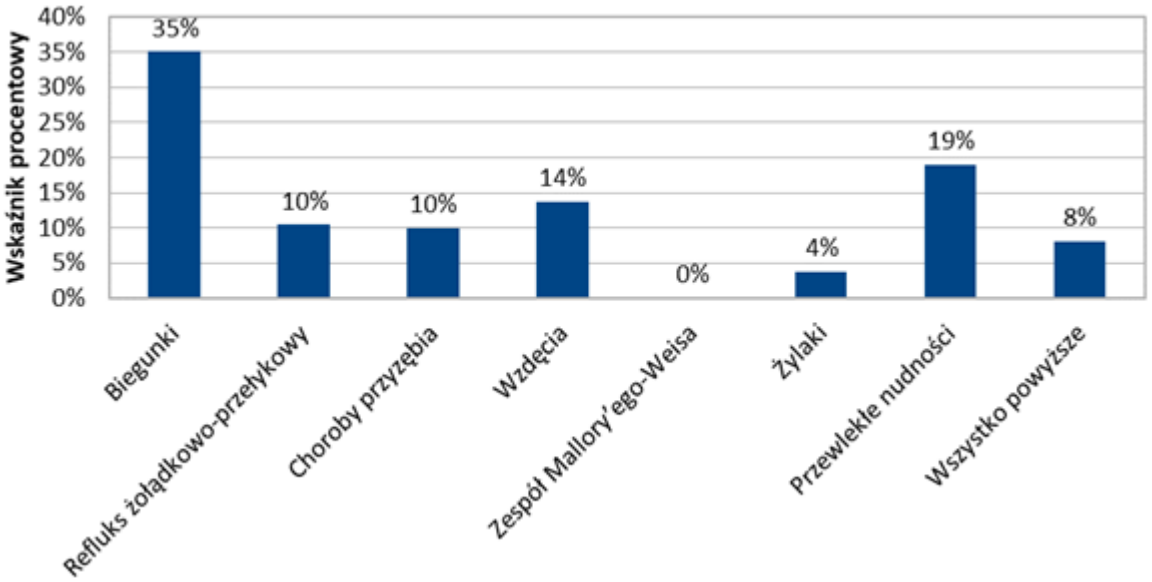



**Rycina 7. Wystąpienie dodatkowych schorzeń**

W badanej grupie 35% pacjentów uważało, że nadużywanie alkoholu powoduje biegunki, 19% - przewlekłe nudności, 14% - wzdęcia, 10% - refluks żołądkowo - przełykowy, 10% - choroby przyzębia, 8% pacjentów uważa, że nadużywanie alkoholu powoduje wszystkie dolegliwości układu pokarmowego.

Natomiast żaden pacjent nie uważał, że skutkami nadużywania alkoholu może być wystąpienie Zespołu Mallory'ego - Weisa. Dokładną analizę przedstawia Rycina 8.

Na pytanie, czy nadużywanie alkoholu niszczy życie rodzinne, 96% pacjentów odpowiedziało tak, 3% pacjentów - tego nie wiedziało, a 1% pacjentów nie widziało takiej zależności. Wśród pacjentów przebywających w Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych w Choroszczy u 81% wystąpiły zaburzenia pamięci i/lub koncentracji, u 13% pacjentów takich objawów nie było, a 6% pacjentów tego nie wiedziało.




**Rycina 8. Negatywny wpływ nadużywania alkoholu na układ pokarmowy**

## DYSKUSJA

Napoje zawierające alkohol towarzyszą człowiekowi od początku jego istnienia i pomimo licznych kontrowersji, za Jedynak [10], ciągle jest produktem, wokół którego skupiają się różne podmioty życia społecznego: gospodarcze, społeczne, polityczne, itp..

Według badań Benshoff oraz Kleina wykazano, że ryzyko wystąpienia problemów alkoholowych nie maleje wraz z wiekiem [11,12], a Menninger uważa, że chociaż wśród osób powyżej 60. roku życia nadużywanie oraz uzależnienie od alkoholu są rozpowszechnione w mniejszym stopniu, niż w młodszych populacjach, to jest to jednak poważny problem z medycznego punktu widzenia [13]). Również w badaniach Bronowskiego i wsp., średni wiek uczestników badań wynosił 67 lat. W przedziale wiekowym 66–75 lat znajdowało się 67,1% z nich, a pacjenci powyżej 75 roku życia stanowili jedynie około 1% badanej populacji [14].

Badania własne wykazały, że najstarsi pacjenci posiadający problemy z alkoholem mieścili się w przedziale wiekowym 71 - 75 lat.

Według Raportu z ogólnopolskich badań ankietowanych w 2011 roku najczęściej stosowanym przez polską młodzież środkiem psychoaktywnym jest alkohol [15].

26 września opublikowano raport z badań HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) zawierający najnowsze tendencje w piciu alkoholu u 15- latków w europejskim regionie WHO, dotyczące 219.460 nastolatków z 42 krajów spośród 48 krajów [16].

Cotygodniowe spożycie alkoholu u chłopców i dziewcząt, jako ogólna tendencja, znacząco spadło w latach 2002-2014, jednakże stwierdzono znaczny wzrost rozpowszechnienia (20%) w dziewięciu krajach europejskich. Cotygodniowe picie było zauważalnie wyższe wśród chłopców w większości krajów i regionów, ale spadek konsumpcji w latach 2002-2014 był większy wśród chłopców, niż dziewcząt. Odsetek nastolatków, których dotyczyła wczesna inicjacja alkoholowa spadł w większości badanych krajów i regionów europejskich, średnio z 46% w 2002 r. do 28% w 2014 r., zaś odsetek młodzieży, która wcześnie zaczęła się upijać zmniejszył się o ponad połowę (z 17% do 8%). Jednakże dwa kraje wykazały wzrost wczesnej inicjacji alkoholowej: Słowenia (chłopcy i dziewczęta) i Grecja (dziewczęta). W Estonii 50% chłopców i 47% dziewcząt zaangażowało się we wczesną inicjację, podczas gdy w Grecji proporcje to 47% chłopców i 38% dziewcząt Krajów [16].

W badaniach własnych wykazano również, że pierwszy kontakt z alkoholem mieli pacjenci w wieku 16 - 18 lat (37%), ale również wykazano, że 4% pacjentów miało już styczność z alkoholem w wieku 7 - 9 lat.

Frąckowiak i wsp. uważają, że po alkohol najczęściej sięgają mieszkańcy miast powyżej 100 tys. mieszkańców -87%, a mieszkańcy wsi - 82% [17]. Badania TNS OBOP wykazały, że najmniej konsumentów alkoholu jest na wsi i w miastach do 100 tys. mieszkańców – 85%. Z kolei w miejscowościach od 100-500 tys. mieszkańców spożywający alkohol stanowią 86%, a w miastach powyżej 500 tys. mieszkańców - 89% [18]. Raport z 2013 roku wykazał, że najchętniej spożywany był alkohol we własnym domu (67%) oraz u przyjaciół, znajomych (24%), głównie dla relaksu lub ze względu na szczególne okazje, a na poziom spożycia niewielki wpływ miała wielkość miejsca zamieszkania (wieś, miasto). Alkohol dla współczesnych Polaków jest przede wszystkim dodatkiem do dobrej zabawy i spotkań w gronie rodziny czy przyjaciół [19].

W badaniach własnych również wykazano, że większość pacjentów zamieszkiwała tereny miejskie (76%).

Bronowski i wsp. [14] wykazali, że większość badanych pozostawało w związku małżeńskim (68,6%). Osoby wolnego stanu stanowiły 31,4% badanej grupy.

Również Gąsior dowodzi, że większość badanej grupy stanowiły kobiety samotne [20].

Badania własne dowodzą, że największą grupę (40%) stanowili pacjenci kawaler/pana oraz żonaty/mężatka (36%).

Według przeprowadzonych badań przez Bronowskiego i wsp. [14] badaną grupę stanowili pacjenci z wykształceniem zawodowym - 30,4% oraz podstawowym - 15,5%. Grupa osób ze średnim i wyższym wykształceniem stanowiła 27,4% [14].

Gąsior w badaniach własnych wykazał, że 47% respondentów posiadało wykształcenie średnie [20].

W przeprowadzonych badaniach największą grupę badaną stanowili pacjenci z wykształceniem zawodowym (37%) oraz średnim (33%). Pacjenci z wykształceniem wyższym stanowili najmniejszą grupę badaną (10%).

Bronowski i wsp. wykazali, że emerytura była podstawowym źródłem utrzymania dla 73,8% badanych. Praca zawodowa stanowiła źródło utrzymania dla 5,8% z nich. Bez stałego źródła dochodu pozostawało - 2,6% badanych [14].

W badaniach własnych dowiedziono, że 44% ankietowanych utrzymuje się z wykonywanej pracy, natomiast 31% ankietowanych posiada status bezrobotnego.

Według przeprowadzonych badań przez Bronowskiego dominującą pozycję wśród rodzajów spożywanego alkoholu zajmuje piwo - 56,3% i wódka - 54,8% [14]. W badaniu Cichońskiej i wsp. [21], którymi objęli 100 losowo wybranych osób, mieszkańców województwa świętokrzyskiego i mazowieckiego spotkanych w poradni lekarza rodzinnego, najczęściej spożywanym alkoholem było piwo (85%).

Najczęściej spożywanym alkoholem wśród ankietowanych pacjentów jest wódka (47%) oraz piwo (42%).

W badaniach Gąsior dowiedziono, że sytuacje materialna jako złą postrzegało - 65% badanych, podobnie oceniano też sytuację rodzinną - 64% [20].

Wśród ankietowanych 49% uważa, że jego/jej warunki materialne są średnie, a najmniej ankietowanych (8%) uważa, że jego/ jej warunki materialne są bardzo dobre.

Cichońska i wsp. [21] stwierdziła, że największa grupa (53% badanych) spożyła alkohol pierwszy raz mając 14-16 lat. 33% spróbowało alkohol po raz pierwszy w wieku 17-20 lat, a tylko 2% po 20. roku życia. Niepokoi natomiast fakt, że 12% zaczęło spożywać alkohol mając 10-13 lat.

W obecnym badaniu największą grupę stanowili pacjenci, którzy pierwszy kontakt z alkoholem mieli w wieku 16 - 18 lat (37%) oraz 13 - 15 lat (34%), natomiast najmniejszą grupę stanowili pacjenci w wieku 25 - 27 lat (1%). Wykazano również, że 4% pacjentów miało już styczność z alkoholem w wieku 7 - 9 lat.

Według Gajewskiej i wsp. [22] oraz Koprowicz [23] alkoholizm jest przyczyną wielu poważnych chorób, m.in.: zapalenie lub marskość wątroby, zapalenie trzustki, polineuropatia alkoholowa, przewlekłe psychozy alkoholowe, alkoholowy zespół psychoorganiczny powoduje również dezorganizację życia społecznego osób uzależnionych oraz ich rodzin. Zgliczyński również uważa, że spożywanie alkoholu jest jednym z głównych czynników ryzyka utraty zdrowia populacji. Z nadużywaniem alkoholu wiąże m.in.: uzależnienie, depresja, samobójstwo, wypadki, utonięcia, choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, zaburzenie rytmu serca, udar mózgu oraz zwiększone ryzyko powstawania nowotworów jamy ustnej, gardła, przełyku, wątroby, jelita grubego piersi i wad wrodzonych płodu [24]. Psychoaktywne działanie alkoholu, za Fudala [25] uzależnione jest przede wszystkim od jego stężenia we krwi:

- 0,2–0,5‰ – powoduje odprężenie i euforię, wystąpienie nieznacznych zaburzeń równowagi, zmniejszenie krytycyzmu, upośledzenie koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz zaburzenia widzenia.
- 0,5–0,7‰ – powoduje zaburzenia sprawności ruchowej, niezauważalne osłabienie refleksu, nadmierną pobudliwość i gadatliwość, pogorszenie zdolności uczenia się i zapamiętywania, a także osłabienie samokontroli i błędną ocenę własnych możliwości.
- 0,7–2‰ – powoduje zaburzenia równowagi, sprawności i koordynacji ruchowej, podwyższenie progu bólu, zmniejszenie sprawności intelektualnej (wadliwe wyciąganie wniosków, błędy w logicznym rozumowaniu itp.), opóźnienie czasu reakcji, wyraźną drażliwość, zachowania agresywne, pobudzenie seksualne, wzrost ciśnienia krwi i przyspieszenie akcji serca, wymioty świadczące o obronie organizmu przed przedawkowaniem.
- 2–3‰ – pojawiają się zaburzenia mowy (mowa bełkotliwa), spowolnienie, zaburzenia równowagi, wzmożona senność, znaczne osłabienie zdolności do kontroli własnych zachowań, „urwane filmy”.
- 3–4‰ – następuje spadek ciśnienia krwi, obniżenie ciepłoty ciała, osłabienie odruchów fizjologicznych lub ich zanik; mogą również wystąpić głębokie zaburzenia świadomości prowadzące do śpiączki.
- Powyżej 4‰ – stan zagrożenia życia, z możliwością wystąpienia głębokiej śpiączki, nasilenia się zaburzeń czynności ośrodka oddechowego i naczyniowo-ruchowego, i porażenia tych ośrodków przez alkohol.

Wśród badanych pacjentów wystąpiły następujące schorzenia: nadciśnienie tętnicze (36%), ostre zapalenie trzustki (12%), marskość wątroby (11%), polineuropatia (8%), cukrzyca (7%), łuszczyca (6%) i inne (20%). 89% ankietowanych jest świadoma, że alkohol wpłynął negatywnie na jego/jej zdrowie. 82% uważa, że problemy zdrowotne związane z nadużywaniem alkoholu pogorszyły jego/jej funkcjonowanie.

Tapert i wsp. [26] twierdzą, iż intensywne oraz długotrwałe spożywanie alkoholu wiąże się z jego szkodliwym wpływem na mózg, przez zakłócenie prawidłowego rozwoju OUN i na funkcje poznawcze. Również De Bellis i wsp. [27] w badaniach udowodnili niekorzystny wpływ alkoholu na hipokamp, który odpowiedzialny jest w głównej mierze za pamięć.

W badaniach własnych wykazano, że u 41% pacjentów spożywających alkohol wystąpiły zaburzenia pamięci.

Według Szubert i wsp. majaczenie alkoholowe stanowiące powikłanie alkoholowego zespołu abstynencyjnego występuje u około 5% pacjentów uzależnionych od alkoholu [28], a za Michalska i wsp. [29] majaczenie alkoholowe (*Delirium tremens*) jest zagrażającym życiu powikłaniem występującym u 5–33% pacjentów, leczonych z powodu alkoholowego zespołu abstynencyjnego. W swoim badaniu autorzy analizowali dokumentację medyczną 1.027 pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Detoksykacyjnym oraz Odwykowym Szpitala Nowowiejskiego i majaczenie alkoholowe w przeszłości potwierdzono u 262 pacjentów (25,5%) [29].

Badania własne wskazują, że 40% pacjentów przechodziła stan delirium.

Według badań przeprowadzonych przez Chodkiewicz [30] największa liczba badanych przynależała do grupy, która w miesiącu poprzedzającym badanie często piła alkohol, a jednocześnie doświadczała już co najmniej kilkakrotnych stanów upojenia - 29,2% ogółu.

W badaniach własnych stwierdzono, że 41% pacjentów alkohol spożywało codziennie, a u 24% pacjentów ciąg alkoholowy może trwać 2 tygodnie.

Mellibruda i Kawula uważają, że alkoholizm stanowi problem socjalny dla kolejnych pokoleń, w tym powodujący rozpad małżeństwa i rodziny (posiada znaczące miejsce w hierarchii przyczyn rozwodów zarejestrowanych przez sądy w sprawach rozwodowych). Jest jedną z istnych przyczyn dysfunkcji rodziny [8,9]. W badaniu Cichońskiej i wsp. [31] 87% osób uważało, że nałogowe spożywanie alkoholu ma ujemny wpływ na efektywność pracy

zawodowej. 11% nie widzi związku pomiędzy nadmiernym spożywaniem alkoholu a efektywnością w pracy, zaś 2% nie ma zdania na ten temat.

W badaniach własnych aż 96% pacjentów uważało, że nadużywanie alkoholu niszczy życie rodzinne.

Respondenci ze wspomnianego już badania Cichońskiej i wsp. [31] jednogłośnie odpowiedzieli, że nie uważają się za osobę uzależnioną od alkoholu.

Wśród obecnie ankietowanych, 88% przyznało się, że jest alkoholikiem.

## WNIOSKI

1. Najwięcej badanych pacjentów mieściło się w przedziale wiekowym 41 - 45 lat, a najmłodsi w wieku 20 - 24 lata.
2. Największą grupę badaną stanowili pacjenci z wykształceniem zawodowym, w stanie wolnym lub zamężni/żonaci, zamieszkujący tereny miejskie, utrzymujący się z wykonywanej pracy lub posiadający status bezrobotnego.
3. Pierwszy kontakt z alkoholem mieli pacjenci w wieku 16 - 18 lat (37%), ale również wykazano, że nieliczna grupa w wieku 7 - 9 lat.
4. Większość pacjentów alkohol spożywała codziennie, z reguły wódkę lub piwo.
5. U prawie 1/5 pacjentów ciąg alkoholowy trwał dwa tygodnie (najdłuższy nawet 10 lat), prawie 1/3 przechodziła stan delirium i większość doświadczyło głodu alkoholowego.
6. Większość respondentów przyznała się, że jest alkoholikiem, alkohol wpłynął negatywnie na jego/jej zdrowie oraz zniszczył im życie rodzinne.
7. Większość pacjentów spożywających alkohol było hospitalizowanych, wymagało systematycznego przyjmowania leków, miało między innymi zaburzenia pamięci, nadciśnienie tętnicze, ostre zapalenie trzustki, marskość wątroby, polineuropatię, cukrzycę, łuszczycę.

## PIŚMIENNICTWO

1. Encyklopedia Powszechna PWN. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1985.
2. Kulisiewicz T.: Uzależnienie alkoholowe. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1982.

3. Kinney J., Leaton G.: Zrozumieć alkohol. Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 1996.
4. Griffith E.: Alkohol. Tajemnicza substancja. Warszawa, Klub dla Ciebie, 2001.
5. Wnuk M., Marcinowski J.T.: Alkoholizm- przegląd koncepcji oraz metod leczenia. Hygeia Public Health, 2012; 47(1): 49-55.
6. Szczygieł Ł.: Psychofarmakoterapia uzależnienia od alkoholu. Gazeta Farmaceutyczna, 2008; 8: 24-27.
7. Ryszkowski A., Wojciechowska A., Kopański Z., Brukwicka I., Lishchynskyy Y., Mazurek M.: Objawy i skutki nadużywania alkoholu. Journal of Clinical Healthcare, 2015: 1(1-2): 2-43.
8. Mellibruda J.: Ludzie z problemami alkoholowymi. Warszawa, Centrum Rozwoju Służb Społecznych, 1996: 3-15.
9. Kawula S., Brągiel J., Janke A.: Pedagogika rodziny. Toruń, Wydawnictwo Adam Mardszałek, 2005.
10. Jedynak M.: Alkoholizm jako zjawisko patologiczne i społecznie destruktywne. [w:] Uzależnienia oraz związane z nimi zagrożenia społeczne. Pstrąg D (red). Rzeszów, Wydawnictwo UR, 2014: 96-117.
11. Benshoff J.J., Harrawood L. K.: Substance abuse and the elderly: unique issues and concerns. Journal of Rehabilitation, 2003; 69(2): 43-48.
12. Klein W.C., Jess C.: One last pleasure? Alcohol use among elderly people in nursing homes. Health & Social Work, 2002; 27: 193-203.
13. Menninger J.A.: Assessment and treatment of alcoholism and substance-related disorders in the elderly. The Bulletin of the Menninger Clinic, 2002; 66: 166-184.
14. Bronowski P., Sawicka M., Kluczyńska S.: Rozpowszechnienie spożycia alkoholu wśród pacjentów szpitali ogólnych po 60. roku życia. Gerontologia Polska, 2011; 19(1): 47-52.
15. Sierosławski J.: Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r. ESPAD. Warszawa: IPiN. http://www.parpa.pl/images/file/Raport%20ESPAD.pdf (data dostępu 7.05.2020).
16. Raport z badań HBSC =, Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/ 0007/ 382840/WH15-alcohol-report-eng.pdf?ua=1, (data dostępu 7.05.2020).

17. Frąckowiak M., Motyka M.: Zespół zależności alkoholowej: charakterystyka, fazy rozwoju, metody diagnozowania. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2015; 96(2): 315-320.
18. http://www.tnsglobal.pl/informacje/jak-pija-alkohol-wspolczesni-polacy/ (data dostępu 7.05.2020).
19. https://www.gazetaprawna.pl/artykuly/744176,jak-pija-alkohol-wspolczesni-polacy.html, (data dostępu 7.05.2020).
20. Gąsior K.: Typ alkoholizmu u kobiet. Alkoholizm i Narkomania, 2005; 18(1): 39-56.
21. Cichońska M., Nartowska W., Kaczmarzyk D., Szemraj Sł., Mazur G.: Tendencje w zakresie spożywania alkoholu. Acta Scientifica Academiae Ostroviensis, 2013, sectio B, 1, 199-212.
22. Gajewska M., Lewtak K., Goryński P., Urban E., Cianciara D.: Alkoholowa choroba wątroby - chorobowość szpitalna w Polsce w latach 2006-2012. Problemy Higieny i Epidemiologii , 2015; 96(1): 101-105.
23. Koprowicz V.: Alkoholizm, prostytucja, zakażenia HIV i AIDS, narkomania jako formy wykluczenia społecznego w świetle badań. Kwartalnik Kolegium Ekonomiczno-Społecznego Studia i Prace, 2012; 3: 93-112.
24. Zgliczyński W.S.: Alkohol w Polsce. Infos, Zagadnienia społeczno-gospodarcze, 2016; 11(215): 1-4.
25. Fudala J.: Bezpieczne picie alkoholu. Medycyna Praktyczna 30.12.2018, https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/69551,bezpieczne-picie-alkoholu (data dostępu 7.05.2020)
26. Tapert S.F., Caldwell L., Burke C.: Alcohol and the Adolescent Brain: Human Studies. Alcohol Research and Health, 2004; 28(4): 205-212.
27. De Bellis M.D., Clark D.B., Beers S.R.: Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. American Journal of Psychiatry, 2000; 157: 737-744.
28. Szubert S., Bobińska K., Florkowski A., Zboralski K., Kuśmierek M., Wierzbiński P.: Problemy diagnostyczno-orzecznicze przypadków majaczenia drżennego. Polski Merkuriusz Lekarski, 2008; 25(1): 16-19.
29. Michalska A., Koper M., Gmaj B., Łoczewska A., Szejko N., Wołyńczyk-Gmaj D., Kisielińska E., Fudalej S., Wojnar M.: Czynniki ryzyka majaczenia alkoholowego u osób leczonych stacjonarnie w Polsce z powodu uzależnienia od alkoholu. Alkoholism and Drug Addiction, 2016; 29(2): 85-92.

30. Chodkiewicz J.: Picie alkoholu oraz wiedza o jego działaniu wśród studentów łódzkich szkół wyższych. Alkoholizm i Narkomania, 2006; 19(2): 107-119.
31. Cichońska M., Nartowska W., Kaczmarzyk D., Szemraj Sł., Mazur G.: Tendencje w zakresie spożywania alkoholu. Acta Scientifica Academiae Ostroviensis, 2013, sectio B, 1, 199-212.

# Groźne skutki uboczne u dzieci matek pijących alkohol w ciąży

**Ewelina Krupowicz[1], Klaudia Kurowska[2], Cecylia Łukaszuk[3]**

1. Student studiów doktoranckich, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Student studiów doktoranckich, Klinika Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

## WSTĘP

Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD) to ogólny termin określający różne schorzenia dotykające dzieci kobiet pijących alkohol podczas ciąży. Skutki wczesnej ekspozycji na alkohol są szerokie i mogą się wahać od subtelnych zmian behawioralnych po poważne upośledzenie umysłowe. Występuje u około 5% dzieci, które są regularnie narażone na co najmniej pięć standardowych jednostek dziennie (około 50 g alkoholu dziennie). W jednym z badań dowiedziono [1] związek między intensywnym spożywaniem alkoholu przez matkę w krótkim okresie a ryzykiem zaburzeń poznawczych u dziecka. Wyniki były jednak niejednoznaczne, a autorzy nie wzięli pod uwagę jednoczesnego przewlekłego spożywania alkoholu. Wykazano również wzrost nieprawidłowości neurologicznych (drgawki i epilepsję), gdy matka piła codziennie między 11. a 16. tygodniem ciąży. Istnieją dowody, że wystąpią problemy poznawcze i behawioralne u dzieci, których matki regularnie piły więcej niż 2 standardowe jednostki dziennie.

W badaniach [2] obejmujących około 150 000 ciąż poszukiwano związku między spożywaniem alkoholu na niskim poziomie a nieprawidłowymi wynikami ciąży. Cotygodniowe spożywanie 5 standardowych jednostek lub więcej podczas ciąży wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wnętrostwa. Badania [3] przeprowadzone na 1000 ciąż wykazały statystycznie istotne ryzyko poważnych wad rozwojowych. Związek między śmiertelnością niemowląt a spożywaniem alkoholu podczas ciąży był również badany w dużych badaniach kohortowych. Picie co najmniej 4 standardowych jednostek tygodniowo zwiększało ryzyko wczesnej śmierci noworodków, a palenie dodatkowo pogłębiało to ryzyko.

Podczas ciąży należy unikać codziennego spożywania alkoholu. Wywiad z pacjentką zebrany przez lekarza bezpośrednio w gabinecie lekarskim pozostaje najlepszym sposobem wykrywania ryzykownego picia w czasie ciąży. Pomocne mogą być również szczegółowe kwestionariusze (T-ACE i Tweak). Kobiety często spontanicznie ograniczają picie we wczesnej ciąży. Badanie kliniczne [4] wykazało, że kobiety spożywające alkohol w grupie zwiększonego ryzyka częściej zmniejszają spożycie, jeśli są kilkakrotnie informowane o zagrożeniach związanych z ciążą i nienarodzonym dzieckiem, niż jeśli po prostu otrzymują ulotkę informacyjną. W praktyce kobiety muszą być informowane o ryzyku spożywania alkoholu podczas ciąży. Ostatnie badania epidemiologiczne [4] wykazały, że FASD jest główną przyczyną upośledzenia umysłowego u kobiet zamieszkujących miasta uprzemysłowione, najczęściej w zachodnich terenach świata.

## HISTORIA WYSTĘPOWANIA SKUTKÓW UBOCZNYCH U KOBIET W CIĄŻY

Historia alkoholizmu matek i jego wpływu na rozwój potomstwa sięga Biblii i wczesnej mitologii greckiej. Prorok Samuel zabraniał matce Samsona picia wina podczas ciąży, ponieważ miała ona urodzić dziecko pobłogosławione przez Boga specjalną mocą, a małżeństwu w Kartaginie nie wolno było pić wina w noc poślubną, aby zapobiec porodowi wadliwego dziecka. W 1834 roku Raport do Izby Gmin wskazywał, że niektóre matki alkoholiczki urodziły niemowlęta o „głodującym, pomarszczonym i niedoskonałym wyglądzie", a w 1900 roku Sullivan zgłosił wzrost liczby aborcji i martwych urodzeń, a także zwiększoną częstość epilepsji wśród żywych niemowląt matek przewlekle nadużywających alkoholu [5]. Teratogenny wpływ etanolu na ludzkie płody po raz pierwszy opisał Lemoine w 1968 roku, ukazując powszechny wzór wad wrodzonych u 127 dzieci urodzonych przez matki alkoholiczki we Francji. Obejmował on niedobór wzrostu, opóźnienie psychoruchowe, niskie IQ i atypowe zmiany w EEG [6]. W tym czasie używano alkoholu, aby zapobiec przedwczesnemu porodowi. Jednak u tych kobiet alkohol podawano w późnych fazach ciąży, po okresie organogenetycznym, a zatem nie powodował on żadnych zmian morfologicznych i najwyraźniej miał bardzo niewielki (jeśli w ogóle) wpływ na noworodki. Chociaż od dziesięcioleci sugerowano negatywne/szkodliwe skutki spożywania alkoholu podczas ciąży, formalne udokumentowanie lub zdiagnozowanie konstelacji problemów obserwowanych u tych dzieci było dość trudne, dopóki nie opracowano wytycznych dotyczących zespołu alkoholowego płodu (FAS) [7] .

## KRYTERIA DIAGNOZY CHOROBY ALKOHOLOWEJ U DZIECI

Do najczęściej stosowanych i rozpowszechnianych standardów diagnozy Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych na świecie należą: Institute of Medicine /IOM, 4-Digit Code, Canadian Guidelines. Wszystkie powyższe standardy diagnostyczne w takim samym stopniu w diagnozie uwzględniają cztery ważne obszary:

- charakterystyczne dla Płodowego Zespołu Alkoholowego (FAS) dysmorfie twarzy (zwężone szpary powiekowe, spłycona bądź brak rynienki podnosowej, zwężona bądź brak górnej czerwieni wargowej)
- prenatalne i/lub postnatalne zahamowania wzrostu
- zaburzenia funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego
- ekspozycja na alkohol w życiu płodowym.

Różnią się natomiast pod względem ilości czynników, jakie muszą wystąpić, by móc postawić diagnozę FASD. Wymienione poniżej jednostki: pełny FAS (Fetal Alcohol Syndrome), częściowy FAS (pFAS) i Neurorozwojowe Zaburzenia Zależne od Alkoholu (ARDN) - należą do wspólnej grupy FASD (Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych).

Jedynie pełny FAS znajduje się w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 → Q 86.0, a inne zaburzenia neurorozwojowe spowodowane piciem alkoholu przez matkę w czasie ciąży mogą być klasyfikowane jako F88 [8,9].

## KANADYJSKIE KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE FASD 2015

Zaproponowane zmiany dotyczą wprowadzenia trzech kategorii diagnostycznych:

- FASD z dysmorfiami twarzy (3 kluczowe dysmorfie, potwierdzona lub niepotwierdzona ekspozycja na alkohol, poważne zaburzenia przynajmniej 3 obszarów OUN)
- FASD bez dysmorfii (potwierdzona ekspozycja na alkohol, poważne zaburzenia przynajmniej 3 obszarów OUN)
- Ryzyko FASD – do dalszej diagnozy (potwierdzona ekspozycja na alkohol, poważne zaburzenia przynajmniej 3 obszarów OUN nie są udokumentowane)
- wprowadzenia modyfikacji obszarów funkcjonowania OUN podlegających ocenie neurorozwojowej, wprowadzając kolejno: umiejętności motoryczne w tym senso-motoryczne, neuroanatomia/neurofizjologia, język, uwaga ponadto dodano regulację emocjonalną, a rozszerzono i doprecyzowano pojęcie funkcji wykonawczych

- konieczności doboru adekwatnych specjalistów do zespołu diagnostycznego odpowiednio dla grup wiekowych:
  - niemowlęta i dzieci do 18. miesiąca życia: pediatra, specjalista w dziedzinie rozwoju dziecka (osoba potrafiąca ocenić rozwój mowy/języka), fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, psycholog kliniczny
  - od 18. miesiąca życia do 5. roku życia: pediatra/lekarz pierwszego kontaktu, terapeuta zajęciowy, logopeda, psycholog
  - od 6. roku życia do pełnoletniości (dzieci w wieku szkolnym): pediatra/lekarz pierwszego kontaktu posiadający doświadczenie w stawianiu diagnozy FASD i diagnoz różnicowych, terapeuta zajęciowy, logopeda, psycholog
  - dorośli: lekarz, psycholog, logopeda/psycholog z kompetencjami pozwalającymi na ocenę języka/mowy [8,10].

## ANOMALIE UKŁADÓW NARZĄDOWYCH

Wiadomo, że alkohol wpływa nie tylko na OUN, ale także na narządy, które są rozwojowo spokrewnione z pochodnymi OUN, w tym na te, które są rozwojowo zależne od komórek grzebienia nerwowego, takich jak kompleks czaszkowo-twarzowy i serce. W pracy chciałabym skupić się tylko na kilku z nich i zostały opisane one poniżej.

### Rozszczepy twarzy

W badaniu pod nadzorem Meyer [11] zostało przebadanych 5 956 żywych niemowląt z: rozszczepem podniebienia (CP), rozszczepem wargi (CL) lub zarówno CP, jak i CL w celu sprawdzenia występowania korelacji między spożyciem alkoholu a występowaniem rozszczepu różnych części jamy ustnej. Na podstawie zebranego wywiadu dotyczącego spożywania alkoholu przez matkę w ciągu pierwszych 4 miesięcy ciąży, Meyer i wsp. nie powiązali niskiego poziomu spożywania alkoholu z rozszczepem jamy ustnej. Nawet najwyższy poziom spożycia alkoholu nie spowodował większej liczby niemowląt urodzonych z rozszczepem. Ponadto u kobiet, które dodatkowo suplementowały kwas foliowy i multiwitaminy nie wpłynęło to w żaden sposób na wystąpienie rozszczepu jamy ustnej dziecka. Natomiast Romitti i wsp. [12] na podstawie danych z krajowego badania zapobiegania wadom wrodzonym wykazali słabą korelację między średnim spożyciem alkoholu a wszystkimi rozszczepami ustno-twarzowymi (rozszczepy łączone i izolowane). Zidentyfikowano umiarkowane powiązanie dla wielu rozszczepów i zespołu Pierre-Robin, chociaż oparte są na

niewielkiej liczbie badanych. Zwiększone ryzyko rozszczepów ustno-twarzowych zaobserwowano również u niemowląt urodzonych w wyniku upijania się (pięć lub więcej napojów wypitych okazjonalnie) matek narażonych w pierwszym trymestrze ciąży. Upijanie się przez matkę może być szczególnie szkodliwe, ponieważ powoduje większy szczyt stężenia etanolu we krwi [13]. W jednym badaniu stwierdzono, że zmutowany gen allelu ADH1C (biorący udział w szlakach metabolicznych etanolu) u noszonych dzieci chroni przed ryzykiem rozszczepu jamy ustnej, a genotyp matki odgrywa mniej istotną rolę niż dziecko [14].

## Anomalie sercowe

Przyjmuje się, że około jedna trzecia dzieci z embriopatią alkoholową będzie miała wrodzone problemy z sercem, między innymi dzieci takie mają wyższe ryzyko przedsionkowej wady serca [15], występowania zwężeń i hipoplastycznego łuku aorty [16]. Krasemann i Klingebiel [17] dokonali retrospektywnego przeglądu danych elektrokardiogramu (EKG) i echokardiogramu (EchoCG) wszystkich pacjentów z klinicznymi objawami embriopatii alkoholowej w latach 1976–2003. Pomiary EKG i EchoCG często wykazały skrócenie QT o około połowę i skrócenie lewej strony średnicy komory u około jednej czwartej pacjentów z embriopatią alkoholową. W konsekwencji stwierdzono, że nadużywanie alkoholu podczas ciąży jako toksyny pierwotnej może prowadzić do niewielkich nieprawidłowości serca, nawet bez strukturalnych wrodzonych wad serca.

## Wady cewy nerwowej

Stwierdzono, że spożywanie alkoholu przez matkę we wczesnym okresie ciąży wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wad cewy nerwowej. Chen [18] znalazł w literaturze dziewięć przypadków wad cewy nerwowej związanych z prenatalną ekspozycją na etanol, ale spekulował, że efekt ten może wynikać również z niedoboru kwasu foliowego wywołanego nadużywaniem alkoholu [18]. Współczynnik ryzyka dla defektu cewy nerwowej wynoszący 1,6 i 2,1 stwierdzono u kobiet, które spożywały etanol w okresie percepcyjnym, odpowiednio raz lub więcej niż raz w tygodniu [19,20].

## Atopowe zapalenie skóry

Picie alkoholu podczas ciąży wiązało się ze zwiększonym ryzykiem atopowego zapalenia skóry we wczesnym okresie niemowlęcym, które ustąpiło w dzieciństwie. Efekt ten nasilał się głównie, gdy oboje rodziców miało chorobę alergiczną. Najwyższe ryzyko

zaobserwowano u niemowląt matek, które spożywały cztery lub więcej napojów tygodniowo po 30. tygodniu ciąży [21].

## Zmiany behawioralne i rozwojowe

Alkohol jest uważany za jeden z czynników ryzyka zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD), niezależnie od prenatalnej ekspozycji na nikotynę lub innego rodzinnego czynnika ryzyka. Dodatnią korelację między alkoholem a ADHD stwierdzono u 26 dzieci w wieku prenatalnym narażonych na alkohol. Spośród 24 obserwowanych dzieci u 10 zdiagnozowano ADHD, u 2 wystąpił zespół Aspergera (stosunkowo łagodna postać zaburzenia ze spektrum autyzmu), a jedno miało łagodne upośledzenie umysłowe. Nasilenie zaburzenia korelowało liniowo z ilością alkoholu spożywanego przez matkę podczas ciąży. Przerwanie spożywania alkoholu do 12. tygodnia doprowadziło do rozwoju zdrowych dzieci, co dowodzi, że kora mózgowa jest bardziej podatna na działanie etanolu od drugiego trymestru ciąży, po okresie organogenetycznym. Co więcej, spożywanie mniej niż jednego napoju alkoholowego dziennie w ciągu ostatnich trzech miesięcy ciąży, pomimo intensywniejszego picia wcześniej, nie spowodowało ADHD, trudności w nauce lub zaburzeń poznawczych w wieku 14 lat [22].

Spośród 10 dorosłych uzależnionych od alkoholu i u których w rodzinie występował również alkoholizm u matki i ojca - 8 miało ADHD; 7 z nich było zagrożonych samobójstwem. W porównaniu z grupą 185 osób uzależnionych od alkoholu bez rodzinnej historii alkoholizmu, żadna z badanych osób nie miała ADHD, u jednej wystąpiło ryzyko samobójstwa, a dwie wykazywały zachowania agresywne, gdy były pijane [23]. Trudno było zdefiniować i scharakteryzować ryzyko rozwojowe związane z upijaniem się lub umiarkowanym piciem w ciąży, a niektóre badania nie wykazały związku między ekspozycją na alkohol a utrzymywaniem uwagi u dzieci w wieku szkolnym [24].

Alkohol w ciąży może wpływać na zdolności intelektualne i długość zachowywania uwagi, które uważane są za wyższe funkcje kory mózgowej. Przeprowadzone badania na 7-letnich dzieciach, które były narażone na umiarkowaną prenatalną ekspozycję alkoholu wykazały u nich spadek IQ o 7 punktów [25]. Dziewięcioletni uczestnicy z FAS byli znacznie słabsi w czytaniu, pisowni, dodawaniu, odejmowaniu, świadomości fonologicznej i innych testach wczesnego czytania, niż dzieci z grupy kontrolnej. Niedobór świadomości fonologicznej, kluczowa funkcja wstępna czytania może być podstawową fenotypową cechą poznawczą u dzieci z FAS. Manipulowanie sylabami, znajomość dźwięku liter, pisanie listów, czytanie słów oraz czytanie i pisanie bez słów zostały poprawione po dziewięciu miesiącach zajęć [26].

Opóźnione funkcje motoryczne, głównie w zdolnościach motorycznych stwierdzono u dzieci w wieku 22–68 miesięcy z FAS [27]. Ponadto alkohol może również wpływać na móżdżek. W ludzkim móżdżku migracja komórek Purkinjego jest zakończona, a ich wzrost dendrytyczny rozpoczyna się około 26. tygodnia ciąży, aż do ukończenia trzeciego trymestru ciąży. W związku z tym pod koniec drugiego trymestru można przewidzieć okres zwiększonej wrażliwości komórek Purkinjego na ekspozycję alkoholu [28]. MRI wykazało zaburzenia rozwojowe móżdżku i nieproporcjonalne zmniejszenie przedniego robaczka móżdżku u dzieci, które w życiu prenatalnym były narażone na alkohol w każdym trymestrze ciąży [29]. Stwierdzono, że u dzieci z FAS płaty czołowe są mniejsze przy niższych stężeniach choliny w MRS (spektroskopia MR), jako markera stabilizującego błony komórkowe i mielinizacyjne. Znaleziono również jądro ogoniaste nieproporcjonalnie mniejsze u dzieci z zaburzeniami neuropsychologicznymi [30]. Zmniejszenie wzrostu móżdżku i czaszki u dzieci matek nadużywających alkoholu zaobserwowano również w badaniu ultrasonograficznym płodu wykonanym w 18. tygodniu ciąży [31]. Jeśli matki przestały pić na początku ciąży, wzrost móżdżku był normalny.

## Zaburzenia psychiczne

Stwierdzono, że dorośli, którzy byli narażeni na upijanie się przez własne matki w życiu płodowym mają zwiększoną częstość zaburzeń somatoformicznych, uzależnień od substancji, paranoi, biernej agresji, zachowań antyspołecznych i innych zaburzeń osobowości [32].

## Zapobieganie i leczenie podczas ciąży

U pacjentek, u których istnieje jakiekolwiek podejrzenie uzależnienia od alkoholu, należy jak najszybciej wprowadzić specjalistyczną pomoc w postaci terapii uzależnień. Poinformować je również o tym, że przez kilka miesięcy przed zajściem w ciążę powinny prowadzić higieniczny tryb życia i przed zajściem w ciążę zalecana jest u nich całkowita abstynencja. Bardzo ważna jest jak najszybsza identyfikacja dzieci z grupy ryzyka, ponieważ umożliwi to uzyskanie lepszych rezultatów interwencyjnych oraz wdrożenie prewencji zespołu FASD u kolejnych dzieci. Dzieci niezdiagnozowane i nieleczone mają wyższe ryzyko wystąpienia zaburzeń psychofizycznych w późniejszym życiu. Problemy, takie jak popadanie w konflikt z prawem, podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych, absencja szkolna, nadużywanie substancji psychoaktywnych lub bezrobocie, mogą prowadzić nawet do przedwczesnej śmierci. W procesie diagnozy kluczową rolę powinien odgrywać wielospecjalistyczny zespół diagnostyczny złożony ze specjalistów sprawujących opiekę nad

ciężarną i dzieckiem, właściwych do etapu/wieku rozwojowego dziecka/nastolatka/dorosłego [33].

## PODSUMOWANIE

Zjawisko spożywania alkoholu ma zasięg globalny. Spożycie alkoholu przez kobiety będące w ciąży prowadzi do poważnego spectrum zaburzeń występujących już w życiu płodowym. Alkoholowy Zespół Alkoholowy (FAS) charakteryzują specyficzne cechy budowy twarzy, zaburzenia fizykalne, układu nerwowego i wiąże się z wieloma innymi zaburzeniami. Ważne jest jak najszybsze zdiagnozowanie matek pijących alkohol w ciąży i dzieci chorujących na FAS, ponieważ podjęcie wczesnej terapii ma wpływ na dalszy rozwój i funkcjonowanie osób dotkniętych tym schorzeniem. Dzieci niezdiagnozowane i nieleczone mają wyższe ryzyko wystąpienia zaburzeń psychofizycznych w późniejszym życiu. W procesie diagnozy kluczową rolę powinien odgrywać wielospecjalistyczny zespół diagnostyczny złożony ze specjalistów sprawujących opiekę nad ciężarną i dzieckiem, właściwych do etapu/wieku rozwojowego dziecka/nastolatka/dorosłego.

## PIŚMIENNICTWO

1. Chiodo L.M., Janisse J., Delaney-Black V., Hannigan J.H.: A Metric of Maternal Prenatal Risk Drinking Predicts Neurobehavioral Outcomes in Preschool Children. Alcohol, 2009; 33(4): 634-644.
2. Lantz C.L., Sipe G.O., Wong E.L., Majewska A.K., Medina A.E.: Effects of Developmental Alcohol Exposure on Potentiation and Depression of Visual Cortex Responses. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 2015; 39(8): 1434-1442.
3. Lantz C.L., Wang W., Medina A.E.: Early Alcohol Exposure Disrupts Visual Cortex Plasticity in Mice. International Journal of Developmental Neuroscience, 2012; 30(5): 351-357.
4. May P.A., Gossage J.P., Kalberg WO., Robinson L.K., Buckley D., Manning M., Hoyme H.E.: Prevalence and epidemiologic characteristics of FASD from various research methods with an emphasis on recent in-school studies. Development Disability Research Reviews, 2009; 15(3): 176-192.
5. Ornoy A.: The effects of alcohol and illicit drugs on the human embryo and fetus. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 2002; 39: 120-132.

6. Lemoine P., Harousseau H., Borteyru J.P., Menuet J.C.: Children of alcoholic parents-observed anomalies: discussion of 127 cases. Therapeutic Drug Monitoring. 2003; 25: 132-136.
7. Randall C.L.: Alcohol and pregnancy: highlights from three decades of research. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 2001; 62: 554-561.
8. Kryteria diagnostyczne FASD. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, https://www.ciazabezalkoholu.pl/kryteria-diagnostyczne-fasd (data dostępu 24. 05.2020r.).
9. Astley S.J., Clarren S.K.: Diagnosing the full spectrum of fetal alcohol-exposed individuals: introducing the 4-digit diagnostic code. Alcohol, 2000; 35: 400-410.
10. Hoyme H.E., May P.A., Kalberg W.O., Kodituwakku P., Gossage J.P., Trujillo P.M., Buckley D.G., Miller J.H., Aragon A.S., Khaole N., Viljoen D.L., Jones K.L., Robinson L.K.: A practical clinical approach to diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: clarification of the 1996 institute of medicine criteria. Pediatrics, 2005; 115: 39-47.
11. Meyer K.A., Werler M.M., Hayes C., Mitchell A.A.: Low maternal alcohol consumption during pregnancy and oral clefts in offspring: the Slone Birth Defects Study. The Journals Birth Defects Research Part A, 2003; 67: 509-514.
12. Romitti P.A., Sun L., Honein M.A., Reefhuis J., Correa A., Rasmussen S.A.: Maternal periconceptional alcohol consumption and risk of orofacial clefts. American Journal of Epidemiology, 2007; 166: 775-785.
13. DeRoo L.A., Wilcox A.J., Drevon C.A., Lie R.T.: First-trimester maternal alcohol consumption and the risk of infant oral clefts in Norway: a population-based case-control study. American Journal of Epidemiology, 2008; 168: 638-646.
14. Chevrier C., Perret C., Bahuau M., Nelva A., Herman C., Francannet C., Robert-Gnansia E., Cordier S.: Interaction between the ADH1C polymorphism and maternal alcohol intake in the risk of nonsyndromic oral clefts: an evaluation of the contribution of child and maternal genotypes. Birth Defects Res. A. 2005; 73: 114-122.
15. Carmichael S.L., Shaw G.M., Yang W., Lammer E.J.: Maternal periconceptional alcohol consumption and risk for conotruncal heart defects. The Journals Birth Defects Research Part A, 2003; 67: 875-878.
16. Autti-Ramo I., Fagerlund A., Ervalahti N., Loimu L., Korkman M., Hoyme H.E.: Fetal alcohol spectrum disorders in Finland: clinical delineation of 77 older children and adolescents. American Journal of Medical Genetics - Part A, 2006; 140: 137-143.

17. Krasemann T., Klingebiel S.: Influence of chronic intrauterine exposure to alcohol on structurally normal hearts. Cardiology in the Young, 2007; 17: 185-188.
18. Chen CP. Syndromes, disorders and maternal risk factors associated with neural tube defects (VI), Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology, 2008; 47: 267-275.
19. Grewal J., Carmichael S.L., Ma C., Lammer E.J., Shaw G.M.: Maternal periconceptional smoking and alcohol consumption and risk for select congenital anomalies. The Journals Birth Defects Research Part A, 2008; 82: 519-526.
20. Shaw G.M., Velie E.M., Morland K.B.: Parental recreational drug use and risk for neural tube defects. American Journal of Epidemiology, 1996; 144: 1155-1160.
21. Linneberg A., Petersen J., Gronbaek M., Benn C.S. Alcohol during pregnancy and atopic dermatitis in the offspring. Clinical & Experimental Allergy, 2004; 34: 1678-1683.
22. Polygenis D., Wharton S., Malmberg C., Sherman N., Kennedy D., Koren G., Einarson T.R.: Moderate alcohol consumption during pregnancy and the incidence of fetal malformations: a meta-analysis, Neurotoxicology and Teratology. 1998; 20: 61-67.
23. Cottencin O., Nandrino J.L, Karila L., Mezerette C., Danel T.: A case-comparison study of executive functions in alcohol-dependent adults with maternal history of alcoholism. European Psychiatry, 2009; 24: 195-200.
24. O'Callaghan F.V., O'Callaghan M., Najman J.M., Williams G.M, Bor W: Prenatal alcohol exposure and attention, learning and intellectual ability at 14 years: a prospective longitudinal study. Early Human Development, 2007; 83: 115-123.
25. Streissguth A.P., Barr H.M., Sampson P.D. Moderate prenatal alcohol exposure: effects on child IQ and learning problems at age 7 1/2 years. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 1990; 14: 662-669.
26. Adnams C.M, Sorour P., Kalberg W.O., Kodituwakku P., Perold M.D., Kotze A., September S., Castle B., Gossage J., May P.A.: Language and literacy outcomes from a pilot intervention study for children with fetal alcohol spectrum disorders in South Africa. Alcohol, 2007; 41: 403-414.
27. Kalberg W.O., Provost B., Tollison S.J., Tabachnick B.G., Robinson L.K., Eugene Hoyme H., Trujillo P.M., Buckley D., Aragon A.S., May PA.: Comparison of motor delays in young children with fetal alcohol syndrome to those with prenatal alcohol exposure and with no prenatal alcohol exposure. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 2006; 30: 2037-2045.

28. Goodlett C.R., Eilers A.T.: Alcohol-induced Purkinje cell loss with a single binge exposure in neonatal rats: a stereological study of temporal windows of vulnerability. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 1997; 21: 738-744.
29. Ramadoss J., Lunde E.R., Chen W.J., West J.R., Cudd T.A.: Temporal vulnerability of fetal cerebellar Purkinje cells to chronic binge alcohol exposure: ovine model. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 2007; 31: 1738-1745.
30. Astley S.J., Olson H.C., Kerns K., Brooks A., Aylward E.H., Coggins T.E., Davies J., Dorn S., Gendler B., Jirikowic T., Kraegel P., Maravilla K., Richards T.: Neuropyschological and behavioral outcomes from a comprehensive magnetic resonance study of children with fetal alcohol spectrum disorders. The Canadian Journal of Clinical Pharmacology, 2009; 16: e178-201.
31. Handmaker N.S., Rayburn W.F., Meng C., Bell J.B., Rayburn B.B., Rappaport V.J.: Impact of alcohol exposure after pregnancy recognition on ultrasonographic fetal growth measures. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 2006; 30: 892-898.
32. Barr H.M., Bookstein F.L., O'Malley K.D., Connor P.D., Huggins .JE., Streissguth A.P.: Binge drinking during pregnancy as a predictor of psychiatric disorders on the Structured Clinical Interview for DSM-IV in young adult offspring. The American Journal of Psychiatry, 2006; 163: 1061-1065.
33. Morton K., Beauchamp M., Prothero A., Joyce L., Sauders L., Spencer-Bowdage S., Dancy B., Pedlar C.: The effectiveness of motivational interviewing for health behaviour change in primary care settings: a systematic review. Health Psychology Review, 2015; 9(2): 205-223.

# Pielęgnowanie pacjenta uzależnionego od substancji psychoaktywnych - dopalacze

**Mariusz Woźniak[1], Agnieszka Lankau[2]**

1. Absolwent kierunku Pielęgniarstwo, PWSIiP
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, UMB

## WSTĘP

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) uzależnienie od środków odurzających jest jednostką chorobową. W kategoriach oznakowanych kodem od F10 do F19 zakwalifikowano zaburzenia psychiczne, jak również zaburzenia zachowania, które są spowodowane przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. Substancja psychoaktywna to związek chemiczny, który nie jest zaliczany do pokarmów, ma on silny wpływ na funkcjonowanie biologiczne ludzi bądź też zwierząt. Wszelkiego rodzaju te środki, działające na mózg osoby, która je zażywa mogą doprowadzić do zmiany stanów świadomości, a konkretnie do odbioru, jak również oceny bodźców zewnętrznych. Środki te działając na człowieka, wpływają na samopoczucie, jak również w inny sposób odbierają otaczającą rzeczywistość. Osoba, która zażywa substancje psychoaktywne może stłumić nagromadzone negatywne emocje, w tym samym czasie znacznie polepszyć swój nastrój. Bardzo istotną cechą występowania tego rodzaju zmian jest ich krótkotrwałość. Czas działania uzależniony jest od rodzaju substancji, dawki, jak również stopnia uzależnienia [1].

Przeciętnemu człowiekowi „środki odurzające" kojarzą się przeważnie z narkotykami. „*Narkomania to słowo, które kojarzyło się nam przez dziesiątki lat z najgorszymi sprawami gatunku ludzkiego, przyrównywane do zbrodni, zboczeń i moralnego dna. Jest naprawdę określeniem okrutnego stanu duszy i ciała człowieka, który nie potrafi żyć we współczesnym świecie, wymagającym bezwzględnego przystosowania się do napięć i konfliktów*" [2].

Tymczasem termin „substancje psychoaktywne" przeznaczony jest dla każdego związku, który wykazuje bezpośredni, jak również wyraźny wpływ na funkcjonowanie

układu nerwowego. Powodują ona bardzo wyraźne zmiany w sferze emocjonalnej, a także poznawczej oraz zmiany w zachowaniu każdego człowieka, który przyjmuje tę substancję. Klasyfikacja ICD-10 ustala główne typy diagnostyczne zaburzeń, biorąc pod uwagę typ substancji oraz podaje dodatkowe klasyfikacje, które odnoszą się wprost do rodzaju zaburzenia [3].

Środki psychoaktywne są używane jako leki, używki, jak również narkotyki bądź środki dopingujące w sporcie. Działanie tych środków polega na podniesieniu bądź zmniejszeniu ilości neuroprzekaźników, odpowiadających za przekaz impulsów nerwowych pomiędzy neuronami. Zachwiana zostaje cała równowaga w komórkach mózgowych, dodatkowo występują różne zaburzenia, m. in.; halucynacje bądź zaburzenia zachowania [4].

Biorąc pod uwagę rodzaje dostępnych na rynku substancji psychoaktywnych, stworzony został podział zaburzeń psychicznych, a także zaburzeń zachowań, które są najczęściej spowodowane zażywaniem substancji uzależniających: alkoholu (F10), opiatów (F11), kannabinoli (F12), leków nasennych i uspokajających (F13), kokainy (F14), substancji psychostymulujących (F15), substancji halucynogennych (F16), tytoniu (F17), lotnych rozpuszczalników (F18), kilku substancji lub zażyciem innych substancji psychoaktywnych (F19) [1,3].

**Alkohol** – działa tłumiąco na cały układ nerwowy. Alkohol może powodować uczucie rozluźnienia, odprężenia, jak również prowadzić do rozhamowania przez znaczne osłabienie kontroli zachowania. Alkohol wywołuje uzależnienie fizyczne, działa toksycznie na komórki organizmu, przede wszystkim na neurony [5].

**Alkaloidy** – to opiaty i opioidy, które są otrzymywane przeważnie z maku lekarskiego bądź drogą syntetyczną, np.: opium, morfina, czy też heroina, „kompot makowy", a także kodeina, dolar gan, metadon, fentanyl. Mają działanie znieczulające, powodują błogostan, apatię bądź silnie zaburzają procesy uwagi, wpływają niekorzystnie na pamięć, spostrzeganie jak również myślenie. Długotrwałe przyjmowanie opiatów powoduje spustoszenie w organizmie, a konkretnie uszkodzenia narządów wewnętrznych, jak również układu nerwowego. Bardzo mocno uzależniają fizycznie [6].

**Tytoń** – inaczej nikotyna to alkaloid mający cierpki zapach, a także drażniący smak. Występuje w różnych rodzajach tytoniu. Najbardziej popularną formą zażywania nikotyny jest palenie tytoniu, ale może także być żuty bądź też wciągany do nosa. Papieros ma średnio 15 - 20 mg nikotyny, podczas palenia do krwioobiegu przenika około 1 mg substancji psychoaktywnej. Długotrwałe palenie papierosów, jak również wpływ szkodliwych związków

chemicznych, które są zawarte w tytoniu tj.: tlenek węgla, substancje smoliste, aceton, amoniak, tlenek węgla, cyjanowodór, chlorek winylu mogą być przyczyną poważnych chorób nowotworowych płuc oraz krtani, choroby Bürgera, rozedmy, astmy, katarakty jak również impotencji czy niepłodności [5].

**Kannabinole** - to pochodne konopi indyjskich, a także konopi siewnych. Najbardziej znane to: marihuana, haszysz jak również olej cannabis. Podstawową substancją psychoaktywną jest tu THC – tetrahydrocannabinol, mający długi czas półtrwania - ponad 20 godzin. Powoduje uczucie odprężenia, a także lekkiego podniecenia, znacznie zmniejsza samokontrolę, przez co prowadzi również do zaburzeń czasu, przestrzeni oraz obrazu ciała, własnego „Ja". Środki te podwyższają samoocenę, dają uczucie wyostrzenia zmysłów, jak również niekontrolowany śmiech, niestety znacznie osłabiają pamięć, powodują również „filozofowanie", osłabiają koordynację wzrokowo-ruchową, a także czynności automatyczne. Zawierają znaczne ilości substancji kancerogennych, czyli wywołujących nowotwory. Dłuższe przyjmowanie tego typu substancji prowadzi do wystąpienia zespołu apatycznoabulicznego. Środki te mogą uzależniać psychicznie, jednocześnie uzależnienie fizyczne jest miernie manifestowane [5].

**Leki sedatywno-trankwilizujące** – należą do grupy leków nasennych oraz uspokajających. Grupę tą stanowią głównie barbiturany, jak również benzodiazepiny: diazepam, cyklobarbital, luminal, a także oksazepam, czy relanium. Maja działanie tłumiące na układ nerwowy, czyli działają nasennie, przeciwlękowo, przeciwdrgawkowo, uspokajająco oraz znieczulająco. W chwili połączenia z alkoholem mogą spowodować śmierć. Powodują bardzo silne uzależnienie psychicznie oraz fizycznie. Powinny być używane według zaleceń lekarza. Wykorzystywane są również w usuwaniu objawów abstynencyjnych w problemie alkoholowym. Długotrwałe przyjmowanie tych środków, trwające nawet kilka lat, prowadzi do poważnych zaburzeń neurologicznych, układu krążenia, hormonalnych, jak również oddechowego a także chorób psychicznych, zaliczając do tego zespół otępienny [5].

**Substancje psychostymulujące** – są to substancje pochodzenia roślinnego, jak również syntetyczne, tj.: amfetamina, kath, metamfetamina, metkatyna, efedryna, kofeina, metylfenidat. Substancje te poprawiają nastrój, powodują nawet stany euforyczne, usuwają zmęczenie, znacznie zmniejszają łaknienie. Niekiedy znacznie obniżają potrzebę snu, dodają energii, jak również zwiększają wydolność procesów psychicznych, tj.: uwaga, czy też czujność oraz spostrzeganie, znacznie zwiększają pewność siebie. Zażywanie substancji stymulujących, pomijając uzależnienie, może powodować nadciśnienie, bezsenność,

agresywność, stany maniakalne, jak również paranoidalne, drażliwość,a także prowadzić do skrajnego wyczerpania organizmu. Duże dawki amfetaminy mogą powodować paraliż mięśni oddechowych, jak również udar, a nawet śmierć [6].

**Substancje halucynogenne** - tj.: LSD, PCP (fencyklidyna = angel dust), psylocybina, meskalina, atropina, grzyby, skopolamina, MDMA (ecstasy). Znaczna część substancji halucynogennych pochodzi od roślin. Substancje te powodują głównie różne zmiany percepcji tj.: dają poczucie „poszerzenia świadomości", jak również „snu na jawie". Mogą powodować różnego rodzaju iluzje, halucynacje, urojenia, a nawet zaburzenia toku myśli, co z kolei powoduje silne wahania nastroju, depersonalizację, a nawet stany psychotyczne. Substancje te wywołują nadwrażliwość na różnego pochodzenia bodźce, mogą powodować doznania mistyczne, jak również spostrzeganie wielozmysłowe, a także zaburzenia postrzegania czasu oraz przestrzeni. Odurzanie się trwające od dłuższego czasu, jak również skrajne stany świadomości mogą skutkować dezintegracją osobowości [6].

**Substancje wziewne** –są to lotne rozpuszczalniki określane również jako „narkotyki dla ubogich". Są to: aceton, benzen, toluen, jak również azotan amylu, trójchloroetylen, a także niektóre związki nitro oraz węglowodory. Są składnikiem farb, lakierów oraz rozpuszczalników, występują również w klejach i pastach. Mają zdolność do silnego parowania już w temperaturze pokojowej, jest to cecha wspólne tych związków. Posiadają znaczne działanie psychoaktywne, czyli mogą dawać uczucie błogostanu, czy też euforii, jak również działać halucynogennie oraz rozhamowująco, bardzo często zaburzają spostrzeganie. Stosunkowo szybko uzależniają oraz bardzo mocno działają na funkcjonowanie neuroprzekaźników mózgowych. Przez inhalowanie dochodzi do zaburzenia bariery krew-mózg, mają działanie bardzo toksyczne na układ nerwow, jak również wywołują znaczne ubytki istoty szarej w mózgu [7].

**Heroina** należy do opiatów, czyli substancji pozyskiwanych m.in. z maku lekarskiego, jak również na drodze syntezy. Działają na tzw. receptory opiatowe w mózgu. Zmniejszają znacznie potrzebę jedzenia; zmienia się czas odczuwania bólu; organizm jest ogólnie osłabiony, towarzyszy mu wzmożona potliwość ciała. Dochodzi do znacznego spadku ciśnienia krwi, jak również temperatury ciała, kolejno pojawiają się znaczne problemy z oddaniem moczu oraz wydzieleniem stolca. U mężczyzn dochodzi do impotencji, źrenice stają się wąskie, słabo reagują na impulsy świetlne. Podczas stosowania substancji mamy do czynienia z dwoma rodzajami odczuć: Odczucia przyjemne to: poczucie błogostanu oraz relaksu a także wzrost poziomu zadowolenia jak również wewnętrznego spokoju; Odczucia

dyskomfortowe to: utrata motywacji, wystąpienie stanów apatii, jak również wyjałowienia emocjonalnego. Poczucie konieczności ucieczki oraz wycofania się, znaczna niechęć do jakichkolwiek kontaktów seksualnych [8].

**Amfetamina** – jest to substancja, która stymuluje na poziomie psychiki. Skutkiem jej zażywania jest długotrwały okres pobudzenia. Narkotyk ten ma bardzo silne działanie psychomotoryczne. Skutkiem przyjmowania jest brak potrzeby spożywania pokarmów, wręcz jadłowstręt, jak również uczucie suchości w okolicy jamy ustnej. Osoba zażywająca wykazuje objawy, tj. wzrost akcji serca oraz częstości oddechów, czyli znacznie wyższe ciśnienie. Źrenice po zażyciu amfetaminy są bardzo rozszerzone, dodatkowo osoba taka często oddaje mocz. Odczucia przyjemne to: znacznie lepsza koncentracja, jak również możliwość utrzymania skupienia, znaczny wzrost motywacji oraz sił do działania. Wzrost pewności siebie oraz stany euforyczne, a także brak jakichkolwiek lęków. Odczucia dyskomfortowe to: znaczny wzrost agresji, zwiększona drażliwość; przewrażliwienie na poczuciu stałej obecności insektów na skórze (formikacje) oraz lekkie otumanienie [9].

**Marihuana** - substancja pozyskiwana z konopi indyjskich posiadająca właściwości psychoaktywne, znana jest również pod nazwą haszysz. Marihuana jest najłatwiej dostępna nie tylko w Polsce, ale również na świecie. Niektóre kraje zalegalizowały marihuanę, jak również pozwoliły na obrót nią oraz produktami zawierającymi jej wyciąg. Oddziaływanie jej może być bardzo różnorodne - od pobudzającego, do nawet uspakajającego, może również wywoływać halucynacje. Odczucia przyjemne to: znaczne pogorszenie się słuchu, przytłumieniu ulegają pozostałe zmysły. Znacznie wzrasta zadowolenie i spokój. Osoba traci poczucie czasu, który mija, w odczuciu biegnie on o wiele wolniej niż zazwyczaj. Kontakt seksualny wydaje się o wiele przyjemniejszy. Przeważa ogólny optymizm, jak również wzrost poczucia własnej wartości. Odczucia dyskomfortowe to: znacznie większa podatność na sugestie innych ludzi, może wystąpić poczucie zagubienia. Pojawiają się niekiedy nieracjonalne myśli, którym towarzyszy wzrastające napięcie. Osoba gorzej zapamiętuje informacje, a także ma znaczne problemy z koncentracją. Wzrost tętna, jak również popadanie w apatie są stałym elementem towarzyszącym zażywaniu narkotyku, jednocześnie mogą wystąpić stany lękowe, a także urojenia [9].

**Extasy (MDMA)** – jest to syntetyczna substancja mająca bardzo podobne działanie do amfetaminy, czy też meskaliny. Pobudza procesy, które zachodzą na obszarze układu nerwowego przy jednoczesnym wywoływaniu stanów psychodelicznych. Działa bardzo pobudzająco na ośrodek głodu, podwyższa temperaturę ciała, jak również tachykardię, mogą

wystąpić niespodziewane skoki ciśnienia które związane są z tzw. uderzeniami krwi do mózgu. Dodatkowo rozszerzają się źrenice, dochodzi do szczękościsku. Z powodu mdłości oraz wymiotów organizm odwadnia się. Odczucia przyjemne to: stany euforyczne, wzrost "energii", jak również pobudzenia płciowego. Znacznie wzrasta empatia oraz poczucie więzi z osobami znajdującymi się w otoczeniu. Może dojść do mocniejszego odbierania bodźców zewnętrznych, a także doświadczanie stanów emocjonalnych. Odczucia dyskomfortowe: występują stany napięciowe, następuje utrata poczucia własnej tożsamości. Może występować panika, jak również całkowita utrata kontroli nad czynami, dodatkowo mogą wystąpić halucynacje jak również stany depresyjne [10].

Uzależnienie jest nabytym stanem zaburzenia zdrowia psychicznego, jak również fizycznego, charakteryzujący się okresowym bądź też stałym przymusem wykonywania danej czynności bądź przyjmowania psychoaktywnej substancji chemicznej [7].

Definicja „uzależnienie” jest stosowana także w odniesieniu do zaburzeń psychicznych, takich jak uzależnienie od leków czyli lekomanii, narkotyków czyli narkomanii, alkoholu czyli alkoholizmu bądź też papierosów. W szerszym pojęciu termin ten używany jest także w stosunku do wielu innych wymuszonych zachowań, tj.: seksu, kompulsywnych zakupów, chęci oglądania telewizji, masturbacji, grania w gry hazardowe, jak również komputerowe bądź też nadmiernego korzystania z internetu. Dzisiejsza psychologia podchodzi do pojęcia „uzależnienie” szeroko, a także zakłada, że obejmuje ono również inne czynności, nad których wykonywaniem osoba uzależniona utraciła kontrolę [8].

Wyróżniono są cztery fazy uzależnienia: poznawanie stanu odurzenia – jest to pierwsza styczność z narkotykami, najczęściej na imprezach czy dyskotekach. Zachowanie takiego człowieka nie odbiega od dotychczasowego, lecz zaczynają pojawiać się kłamstwa; odurzanie się narkotykami dla przyjemności – w tej fazie następuje wzrost tolerancji organizmu na dawki, które są przyjmowane, jak również zwiększa się częstotliwość zażywania, które powoli staje się wręcz przymusem. W tym etapie mamy do czynienia z „podwójnym życiem”, jak również obserwujemy wyraźne zmiany zachodzące w zachowaniu; odurzenie, które staje się celem nadrzędnym – w tej fazie do zażywania narkotyków dochodzi codziennie, najczęściej czynność ta wykonywana jest w samotności. Kolejno pojawiają się problemy z pieniędzmi, w związku z koniecznością zakupu większych dawek środków odurzających. Często obserwuje się w tej fazie stany przedawkowania, notoryczne kłamstwa, kradzieże, znacznie pogarsza się stan zdrowia. Samopoczucie w trakcie abstynencji jest bardzo przykre; odurzanie jako norma – w tej fazie mamy do czynienia ze stałym ćpaniem,

środek odurzający staje się konieczny do życia, uzależniony nie potrafi rozpoznać stanu normalnego od odurzenia. Staje się wrakiem człowieka, zniszczonym psychicznie oraz fizycznie [9].

Uzależnienie od narkotyków jest jednym z niepożądanych skutków używania określonej substancji. Człowiek nie zażywając substancji psychoaktywnych nie stanie się osoba uzależnioną. Człowiek nie będzie narkomanem do chwili, gdy nie rozpocznie się faza nadużywania narkotyków. Mowa tu o drodze do uzależnienia, gdzie traktuje się samo używanie substancji psychoaktywnej jako nadużywanie bądź też zachowanie ryzykowne, ponieważ w pewnych warunkach doprowadza ono do uzależnienia od przyjmowanej substancji. Na warunki prowadzące do uzależnienia składają się elementy, tj.: sama częstotliwość zażywania, ilość przyjmowanej do organizmu substancji, niewielkie różnice w samym stylu używania, jak również indywidualne cechy osoby zażywającej, a także sytuacja społeczna tego używania. Różnice w sferze tych warunków przyczyniają się do tego, że jedni o wiele szybciej szybko dochodzą do etapu „uzależnienie", a z kolei innym zabiera to dużo więcej czasu [11].

Już samo używanie jest przyczyną bardzo poważnych i negatywnych skutków w życiu osób zażywających. Wiele z nich może utracić zdrowie bądź życie na początku drogi używania, chodzi tu o zakażenie wirusem HIV, spowodowanie wypadku samochodowego, w którym oprócz osoby zażywającej mogą zginąć osoby trzecie. W takim przypadku nie dojdzie do rozwoju uzależnienia, lecz wyrządzone szkody są już nieodwracalne. Rozróżnienia te są konieczne, nim dojdziemy do próby oceny rozprzestrzeniania danego zjawiska na całym globie jak również w Polsce [12].

Schemat kontaktu człowieka z substancjami psychoaktywnymi: nieużywanie - abstynencja, brak inicjacji; inicjacja - pierwsze używanie; eksperymentowanie; okazjonalne używanie; regularne używanie; częste i masywne używanie; uzależnienie - w różnym stopniu używania, czasami znacznie mniejszym, niż w poprzedniej fazie, lecz zawsze powiązanym ze znaczną zmianą tolerancji jak również utratą kontroli [12].

Ocenę uzależnienia komplikuje dodatkowo fakt, że społeczeństwo używają danych substancji w różny sposób w różnym wieku. Największe spożycie mają młodzi dorośli, zaczynając od wieku adolescencji. Po 25. roku życia znaczna większość konsumentów normuje swoje zachowania na czasem znacznie niższym poziomie zażywania substancji [10].

W przypadku Polski najwięcej jest uzależnionych od tytoniu – opiewa to na liczbę ok. 5–6 mln osób. Uzależnienie tego typu wykrywa się samodzielnie, czyli w chwili, gdy

pierwszą czynnością dnia jest szukanie papierosa, to istnieje duże prawdopodobieństwo uzależnienia od nikotyny. Natomiast od alkoholu uzależnionych osób jest od ok. 800 tys. do nawet 1,2 mln osób. Kolejno od narkotyków z wyróżnieniem rodzajów jest uzależnionych kilka do nawet kilkudziesięciu tysięcy osób, ale mniej niż 120 tys. osób łącznie. Najczęściej zażywane są pochodne konopi indyjskich, kolejno amfetamina, ponieważ Polska jest źródłem amfetaminy w skali światowej [10].

Bardzo niebezpieczny czas, gdy człowiek jest szczególnie podatny na różne uzależnienia, to adolescencja, Okres ten wiąże się z przeprowadzaniem eksperymentów w sferze rzeczywistości, jak również własnego ciała, co często jest drogą do zniszczenia własnej osoby. Do najczęstszych przyczyn narkomanii należą: ciekawość, chęć spróbowania czegoś nielegalnego oraz zakazanego; chęć odurzenia się dla krótkotrwałej przyjemności; nuda, presja rówieśników, potrzeba akceptacji jak również zaimponowania innym; próba ucieczki od problemów rodzinnych, a także emocjonalnych, np. nieśmiałości, czy też niskiej samooceny; naśladowanie kolegów, rodziców którzy są narkomanami itp. [10].

Młodzież, szczególnie na etapie dorastania podejmuje różnorodne, niekiedy w ogóle nowe dla nich zachowania, są bardzo podatni na różnego rodzaju „nowinki", które są często bardzo szkodliwe dla zdrowia. Niejednokrotnie chęć zaspokojenia samej ciekawości bywa bardzo zgubna, a także pociąga za sobą konsekwencje, których często nie można już cofnąć [13].

## MECHANIZM DZIAŁANIA DOPALACZY NA ORGANIZM CZŁOWIEKA

Pod z pozoru niewinną nazwą „dopalacze", kryją się różnego rodzaju związki, które dają efekty narkotyczne. Związki te powinny być objęte ścisłą kontrolą, lecz niestety są one specjalnie opracowywane, by móc obejść prawo i móc legalnie sprzedawać „dopalacze" [14].

Używanie narkotyków jest zjawiskiem dość złożonym, do czynienia z pojawianiem się nowych trendów na scenie narkotykowej i jednoczesnym zanikaniem innych wzorów zachowań [14].

Dopalacze mają działanie psychoaktywne. Ich zadaniem jest wywoływanie w organizmie określonych stanów, tj.: odurzenie, euforia, pobudzenie, czy też halucynacje. Nie ma konkretnej definicji, nawet sami farmakolodzy mają znaczne trudności ze stwierdzeniem, czym dokładnie są dopalacze. Uważają oni jest to rodzaj narkotyków, którymi handel do niedawna był legalny. Określane są jako substancje psychoaktywne, a sprzedawcy mówią o

nich „produkty kolekcjonerskie”. Substancje te mogą być pochodzenia naturalnego, ponieważ są pośród nich preparaty ziołowe, które zawierają głównie związki halucynogenne, chodzi o te, które mają w swoim składzie wyciąg z muchomora czerwonego bądź też plamistego, powoju hawajskiego, szałwii wieszczej. Są one dostępne w formie suszu albo ekstraktu. Bardzo często się zdarza, że jeden dopalacz ma w sobie związki, które pochodzą nie z jednej, ale nawet z kilku bądź kilkunastu roślin. Ponieważ każda z roślin może mieć po kilka substancji, które działają psychoaktywnie, nietrudno wyobrazić sobie, w jaki sposób działa taki dopalacz. Po spożyciu tego typu mieszanki pojawia się zazwyczaj nadwrażliwość zmysłowa, czasem zmienne nastroje, które charakteryzują się nagłym przejściem od zadowolenia do depresji, często z wystąpieniem omamów. Najbardziej groźne są te, które mają w sobie śmiertelne alkaloidy, czyli takie same substancje, jak w śmiertelnie trujących muchomorach [15].

Dopalacze są również pochodzenia syntetycznego, a ich działanie jest podobne do znanych narkotyków, jak np. do amfetaminy bądź metamfetaminy. Bardzo niebezpieczny jest mefedron, czyli substancja, która jest pochodną efedryny, działa podobnie jak kokaina. Kokaina błyskawicznie jest wchłaniana przez organizm, powodując przy tym szybki wzrost temperatury ciała. Skutkiem zażycia jest przegrzanie tkanek, zwłaszcza mózgu oraz serca. Dopalacze są zagrożeniem dla życia, lista niepożądanych objawów, które wywołują jest bardzo długa. Nie ma narządu, którego nie są w stanie uszkodzić, stopień ich szkodliwości jest zróżnicowany, a także zależy od wielu czynników, czyli rodzaju dopalacza, jak również ilości zawartych w nim szkodliwych substancji, masy ciała, wieku, a także stanu zdrowia zażywającego. Spożywane są najczęściej wraz z alkoholem bądź też lekami lub innymi narkotykami. Znacznie zwiększa ryzyko bardzo poważnych interakcji, jak również zatrucia organizmu [16]. Nieprawidłowości pojawiające się ze strony organizmu po zażywaniu narkotyków:

**Układ krążenia**: nadciśnienie tętnicze krwi, niemiarowość pracy serca, zaburzenia w ukrwieniu mięśnia sercowego mogące prowadzić do zawałów, kardiomiopatie, jak również tętniaki [17].

**Układ nerwowy**; zazwyczaj dochodzi do zmian w móżdżku, objawiających się: problemami z kontrolą własnych odruchów, oczopląs, jak również odczuwalne drżenie mięśni, neuropatie obwodowe, których powodem pojawienia są trujące działanie zażytego środka, braki pokarmowe, jak również powstające uciski na nerwy obwodowe [17].

**Układ oddechowy**: rozwija się długotrwały nieżyt oskrzeli, ból klatki piersiowej, który wynika z utrudnień w wymianie gazów na obszarze pęcherzyków płucnych, rozwijanie się tzw. gruczolaków płuc, jak również powstawanie zmian rakowych na terenie nabłonków, infekcje pneumokokami które wywołują poważne zapalenia płuc [17].

**Układ hormonalny**: Zaburzenia przekaźnictwa nerwowego w centralnym układzie nerwowym, jak również działanie na funkcje wydzielnicze gruczołu przysadki mózgowej. Najczęściej obserwowane zaburzenia to zanik miesiączki u kobiet, hipogonadyzm związany z opóźnieniem w dojrzewaniu, niepłodność, impotencja, nadmiar hormonów, które są produkowane przez tarczycę, znaczny spadek poziomu testosteronu, znaczne zmniejszenie żywotności plemników [17].

**Układ ruchowy**: zmiany martwicze komórek mięśni poprzecznie prążkowanych, objawiające się ogólnymi bólami mięśni, jak również wzrostem temperatury ciała. Często towarzyszy im senność, jak również spadek ciśnienia krwi, kostniejące zapalenie mięśni, które polega na zastępowaniu już uszkodzonych włókien złogami wapnia, zapalenie kręgów przede wszystkim lędźwiowych, a także stawów zazwyczaj krzyżowych oraz biodrowych [17].

**Wątroba** - stosowanie środków powoduje zmiany na tle histopatologicznych, tj. zapalenia wątroby wywołane wirusem typu A, B i C; przy zapaleniu typu B występuje marskość wątroby, może nawet dochodzić do rozwinięcia się komórek nowotworowych. W przypadku zapalenia wątroby typu C w około 50% przypadków dochodzi do rozwoju postaci przewlekłej zakażenia [17].

**Skóra i jej wytwory** zostają dotknięte przez choroby wywołane przez pasożyty, tj. świerzb bądź wszawica, zmiany grzybicze, infekcje które są skutkiem rozwoju bakterii na skórze, przez co tworzą się ropnie oraz czyraki, stany zapalne tkanek wałów okołopaznokciowych [17].

W klasyfikacji ICD-10 wyróżniono różne stany kliniczne, które zostały spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych, tj.:

1. Ostre zatrucie (intoksykacja) – stan zaburzenia procesów psychofizjologicznych w stopniu klinicznie bardzo istotnym, który jest bezpośrednio związany z zażyciem substancji odurzającej w ilości mogącej wywołać zatrucie. Zatrucie tego typu może występować wraz z uszkodzeniami ciała, jak również powikłaniami tj.: majaczenie, krwawe wymioty, drgawki, śpiączka [8].

2. Używanie szkodliwe – jest to sposób zażywania substancji psychoaktywnej, który powoduje szkody zdrowotne, somatyczne, a nawet psychiczne, tj.: zapalenie żył, marskość wątroby, „dołek" amfetaminowy. Szkody psychiczne to upośledzenie sądzenia, jak również dysfunkcjonalne zachowanie prowadzące do niepożądanych skutków w relacjach z ludźmi. Postawienie prawidłowej diagnozy wymaga, aby charakter wyrządzonych szkód był dokładnie określony oraz rozpoznawalny, a model zażywania utrzymywał się co najmniej miesiąc bądź powtarzał się przez ostatni rok [8].
3. Zespół uzależnienia – uzależnienie można zdiagnozować, gdy w trakcie jednego miesiąca bądź też w sposób powtarzający się w czasie dwunastu miesięcy wystąpią minimum trzy z wymienionych objawów: silne pragnienie bądź też przymus przyjmowania substancji, upośledzenie lub utrata kontroli przyjmowania, fizjologiczne symptomy stanu odstawienia, odnotowanie efektu tolerancji, skupienie życia wokół narkotyku, zawzięte przyjmowanie substancji pomimo dowodów szkodliwych następstw [8].

Zespół abstynencyjny jest to zbiór objawów występujących po całkowitym bądź częściowym odstawieniu substancji zażywanej w sposób powtarzany. Objawy somatyczne są zależne od rodzaju przyjmowanej substancji psychoaktywnej. Przeważnie towarzyszą im: lęk, zmiany nastroju, dysforia a także zaburzenia snu. Objawy abstynencyjne przeważnie ustępują po zażyciu kolejnej dawki substancji [18].

## PROBLEMY PIELĘGNACYJNE W SFERZE BIO-PSYCHO-SPOŁECZNEJ PACJENTA UZALEŻNIONEGO OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Pacjent uzależniony od substancji psychoaktywnych i jego choroba wiąże się ogromną ilością problemów. Czynniki psychologiczne, czyli poczucie lęku o osobiste bezpieczeństwo, kłótnia, poczucie owładnięcia przez innych, niezdolność radzenia sobie z trudną sytuacją. Można tu zakwalifikować pewne zachowania wyuczone, czyli stosowanie przemocy fizycznej bądź też seksualnej w przeszłości [19].

Czynniki organiczne, czyli zatrucia alkoholem bądź narkotykami, może to być również skutek uboczny leków. Wśród tych czynników można umieścić urojenia prześladowcze, jak również depresyjne, nihilistyczne, a także myśli samobójcze, polecenia - omamy „nakazujące". Wśród czynników socjalnych wyróżniamy presję grupy, jak również przyzwolenie na przemoc, a także wcześniejszy kontakt z przemocą. Sytuacjom, w których

użyto przemocy koniecznie powinno się zapobiegać, ponieważ zawsze pozostawiają głęboki ślad w psychice osób uczestniczących. Bardzo ważną rolę w zapobieganiu sytuacjom nagłym może spełniać personel pielęgniarski. Tu największe znaczenie ma gotowość, czyli stała świadomość wystąpienia potencjalnego zagrożenia, jak również zapewnienie bezpiecznego otoczenia [20].

Kolejnym elementem jest długoterminowe, jak również krótkoterminowe przewidywanie. Powinno się poddać analizie dotychczasowe zachowania, które wydarzyły w przeszłości. Chodzi tu o własne reakcje, jak również inne fakty, które są związane z aktem agresji oraz zanotowanie zdarzeń w dokumentacji, jak również przekazywanie zdobytych doświadczeń. Przewidywanie krótkoterminowe to nic innego jak rozpoznanie wczesnych objawów zaognienia się choroby, czyli: pogłębianie się urojeń, występowanie omamów, natręctw bądź też nasilanie się niepokoju ruchowego, drżenie, bladość bądź też zaczerwienie, zaciskanie pięści, często dobitna mowa, albo agresywne wypowiedzi, przeklinanie, czy też trzaskanie drzwiami. Przebieg tego typu zaburzeń jest w ograniczonym stopniu przewidywalny, dlatego też umiejętność zatrzymywania wystąpienia stanów nagłym jest w pielęgniarstwie psychiatrycznym pożądana [20].

Do najbardziej typowych stanów nagłych należą zachowania agresywne, które występują w konkretnych sytuacjach, czyli zespoły maniakalne, jak również paranoidalne, oraz katatonię hiperkinetyczną, jak również okoliczności, które związane są z nadużywaniem alkoholu, czy też leków bądź uzależnieniem. Zaburzenia osobowości, które są typowe dla osobowości antyspołecznej bądź też niestabilnej emocjonalnie. Zespoły organiczne występujące z ostrymi zaburzeniami świadomości, jak również bardzo wysoki poziom niezadowolenia który wynikał np. z dość długiego oczekiwania na udzielenie pomocy w izbie przyjęć [21].

Zaburzenia psychiczne mogą być spowodowane zmianami biologicznymi, jak również społecznymi, psychicznymi, czy też genetycznymi. W związku z tym z zachowaniami agresywnymi może dojść w trakcie trwania różnych chorób. Uzasadnione jest więc, by personel znał zasady postępowania z pacjentem agresywnym. Strategia bezpiecznego postępowania obejmuje: zebranie informacji, zanim nawiążemy rozmowę;

- uzyskanie informacji o powodach agresywnego zachowania;
- wycofanie się oraz wezwanie pomocy, w sytuacji gdy pacjent jest uzbrojony;
- w chwili gdy pozostanie z pacjentem jest narażeniem się na jakiekolwiek

- niebezpieczeństwo – należy go zostawić; unikanie kontaktu w specjalnych pomieszczeniach, korzystanie z miejsc przestronnych jak również zapewnienie sobie drogi do wyjścia; usunięcie przedmiotów, które mogą być wykorzystane w akcie agresji;
- zachować odległość (nie mniej niż 2 m);
- zachęcić chorego, żeby usiadł, w razie odmowy – nie zmuszać;
- nie podejmować działań pojedynczo, zadbanie o konieczność obecności dodatkowego
- personelu; zbliżanie się do pacjenta powoli, tak aby go nie zaskoczyć
- w ostateczności, zastosować przymus bezpośredni, czyli po uprzedzeniu pacjenta
- unieruchomienie, jak również podanie leków tylko na zlecenie lekarza,
- obserwacja oraz dokumentowanie w karcie przebiegu unieruchomienia [22].

## CELE PRACY

1. Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta uzależnionego od substancji psychoaktywnych.
2. Ustalenie indywidualnego planu opieki wobec pacjenta z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych.
3. Dokonanie oceny wykonanych czynności.

## MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badania przeprowadzone były w Szpitalu Wojewódzkim im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży na oddziale psychiatrycznym w kwietniu 2016 roku. Badaniem został objęty pacjent, który niejednokrotnie trafiał na oddział, w stanie po zażyciu różnych substancji psychoaktywnych. W celu ustalenia indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej zastosowano metodę indywidualnego przypadku, technikę wywiadu i obserwację.

## OPIS PRZYPADKU

Pacjent lat 20, mężczyzna, stanu wolnego, mieszkający tylko z matką, bezrobotny, mający zatargi z prawem wynikające z zażywanie różnego rodzaju środków. Nie jest związany z nikim, jego towarzystwo ogranicza się do osób również zażywających substancje

psychoaktywne. Do Psychiatrycznej Izby Przyjęć Szpitala Wojewódzkiego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży dowieziony karetką Pogotowia Ratunkowego, którą wezwała matka, z powodu dziwnego zachowania się syna. W matce widział on „zjawę" i był w stosunku do niej agresywny. Mężczyzna został przyjęty do Oddziału Psychiatrycznego wbrew własnej woli (zgodnie z artykułem 24 Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego). Jest to jego druga hospitalizacja w tutejszym Oddziale Psychiatrycznym. Poprzednia miała miejsce na początku bieżącego roku. W chwili przyjęcia pacjent był zdezorientowany co do miejsca i czasu swego pobytu. Miał halucynacje wzrokowe i słuchowe. Był pobudzony psychoruchowo, niespokojny. Pobrano próbkę krwi w celu wykonania badań laboratoryjnych (morfologia, oznaczenie poziomu alkoholu, poziom elektrolitów). Pacjent nie wyraził zgody na pobranie próbki moczu do badań diagnostycznych w kierunku występowania w jego organizmie substancji psychoaktywnych. Parametry życiowe w chwili przyjęcia wynosiły: RR 160/100 mmHg, HR 110 uderzeń/min.

Rozpoznanie lekarskie: F19.2 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem środków wyżej wymienionych (F10-F18) i innych środków psychoaktywnych – zespół uzależnienia.

Z przeprowadzonego wywiadu z matką wynika, że syn nadużywał substancji psychoaktywnych już w szkole średniej, a po rozwodzie rodziców sytuacja się nasiliła, lecz nie był agresywny. Pacjent po ostatniej hospitalizacji, która miała miejsce na początku bieżącego roku, nie podjął leczenia odwykowego, ponieważ nie czuł się uzależniony od substancji psychoaktywnych. Jego matka twierdzi, że syn zupełnie stracił kontrolę nad zażywaniem środków psychoaktywnych.

W czasie obserwacji w oddziale chory halucynował wzrokowo i słuchowo, był napięty, chciał samowolnie opuścić oddział. Na zlecenie lekarza dyżurnego zastosowano przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia do łóżka pasami za ręce i nogi. Chory wykrzykiwał liczne treści urojeniowe, szarpał się, był agresywny słownie wobec personelu i innych współpacjentów. Ze względu na agresywne zachowanie, na zlecenie lekarza dyżurnego, przymus bezpośredni został przedłużony na 6 godzin. Lekarz, w asyście pielęgniarki, założył jednorazowo cewnik Nelatona w celu pobrania próbki moczu do badania diagnostycznego na zawartość substancji psychoaktywnych. Pacjent ze względu na swój stan, który utrzymywał się do dnia następnego podlegał ścisłemu nadzorowi pielęgniarskiemu. Po zastosowaniu leków uspokajających pacjent uspokoił się. Został zwolniony z

unieruchomienia po 23 godzinach. Jego stan zdrowia psychicznego poprawił się, pacjent logiczny i spokojny.

## WNIOSKI

Na podstawie zebranego materiału oraz przeprowadzonych badaniach postawiono następujące wnioski:

- Występujące problemy pielęgnacyjne wynikają z często nadmiernego pobudzenie psychoruchowego pacjenta;
- Pacjent często nie jest zorientowany co do miejsca, w którym przebywa oraz czasu;
- Agresywność wobec personelu powinna być w sposób jak najbardziej spokojny opanowana, ale bez przymilania się do pacjenta;
- Częstym problemem jest brak zgody na pobranie próbek do badań, powinny podejść do tego dwie osoby, nie więcej, by nie wywołać w pacjencie nagłego nasilenia objawów spowodowanych działaniem substancji psychoaktywnych.

## PIŚMIENNICTWO

1. Jędrzejko M., Kowalewska A.: Wpływ substancji psychoaktywnych na zdrowie i zachowania człowieka. Środki działające pobudzająco na ośrodkowy układ nerwowy [w:] Narkomania: spojrzenie wielowymiarowe, Jędrzejko M. (red.). Warszawa, Oficyna wydawnicza ASPRA-JR, 2009: 239-243.
2. Kałdon B.: Pedagog szkolny wobec narkotyzowania się młodzieży szkół ponadgimnazjalnych. Częstochowa, Wydawnictwo im. Stanisława Podobińskiego Akademii im. Jana Długosza, 2008.
3. Kurzeja A.: Uzależnienie od narkotyków. Od teorii do praktyki terapeutycznej. Warszawa, Wydawnictwo Difin, 2012.
4. Zimbardo P.G.: Psychologia i życie. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012.
5. Jurczyński Z.: Narkomania. Podręcznik dla nauczycieli, wychowawców i rodziców. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2008.
6. Dąbrowska K. i wsp..: Konsekwencje używania i nadużywania marihuany w świetle współczesnej wiedzy. Alkoholizm i Narkomania, 2012; 2: 167 – 186.

7. Słomski W.: Człowiek pośród dylematów i wyzwań etycznych współczesności. Narkotyki – podróż poza granice świadomości. Warszawa, Katedra Filozofii Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania, 2009.
8. Grzybowski S.: Wypalacze mózgu o mózgowych mechanizmach uzależnienia od tzw. dopalaczy. Charaktery, 2010; 9: 66-69.
9. Kolbowska A.: Dopalacze. Serwis Informacyjny Narkomania. Omówienie wyników badań "Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną - Młodzież 2008" - interpretacja wyników dotyczących używania dopalaczy, 2009; (1): 6-9.
10. Woronowicz B.: Uzależnienia: geneza, terapia, powrót do zdrowia. Poznań, Wydawnictwo, Media Rodzina, Poznań, 2009.
11. Jędrzejko M.: Współczesne teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych. Pułtusk, Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztora, 2009.
12. Piotrowski J.: Podstawy toksykologii. Warszawa, Wydawnictwo Naukowo-Techniczne, 2008.
13. Wilczek - Rużyczka E.: Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego. Lublin, Wydawnictwo Czelej, 2007.
14. Górna K., Jaracz K., Rybakowski J.: Pielęgniarstwo psychiatryczne. Warszawa, Wydawnictwo PZWL, 2012.
15. Jędrzejko M., Kowalewska A.: Narkomania wybrane pojęcia i definicje [w:] Narkomania spojrzenie wielowymiarowe, Pułtusk - Warszawa, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, 2009.
16. Czabała C.: Czynniki leczące w psychiatrii. Wydawnictwo PWN, Warszawa 2015: 87.
17. Cierpiałkowska L.: Psychopatologia. Warszawa, Wydawnictwo Scholar, 2007.
18. Pierzchała K., Cekiera C.: Człowiek a patologie społeczne. Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek, 2009.
19. Łuczak E.: Zmiany w preferowaniu środków odurzających i zagrożenia z nich wynikające [w:] Nowe oblicza uzależnień, Łuczak E. (red.). Olsztyn, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, 2009: 81-85.
20. https://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20090630520 (data dostępu 18.02.2016).
21. Warecki K.: Dopalacze. Radom, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, 2010.
22. Malczewski A.: Dopalacze coraz bardziej niebezpieczne. Remedium, 2015; 9: 24- 25.

# Nadmierna eksploracja internetowych serwisów społecznościowych a jej wpływ na zdrowie człowieka

**Agata Grochal, Beata Naworska, Marek Kudła**

Katedra i Klinika Perinatologii i Ginekologii Onkologicznej, Wydział Nauk Medycznych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

## WSTĘP

W ostatnim dziesięcioleciu internetowe serwisy społecznościowe zyskały na popularności. Mogą one zmienić życie przeciętnego człowieka w podobny sposób, jak rozpowszechnienie telefonu w XX wieku oraz telewizji w latach 50. XX wieku. Coraz to większa potrzeba „bycia online" skutkuje niekontrolowanym używaniem smartfonów czy laptopów, a w skrajnych przypadkach objawia się symptomami równymi z uzależnieniami związanymi z substancjami [1].

Pierwsze media społecznościowe pojawiły się około 1978 roku. Powstał wtedy program *Chicago Bulletin Board Systems* założony przez Warda Christensena i Randy Suessa. Program zrzeszał miłośników komputerów oraz nowych technologii. Pierwsze serwisy społecznościowe miały łączyć ze sobą wszystkich użytkowników sieci. Duża ich część posiadała funkcje czatu. W 1995 roku powstał amerykański portal *classmates.com.* Przypominał on polski portal „nasza-klasa.pl". Dwa lata później założono portal *SixDegress.com*, który przetrwał jedynie 4 lata. W 1999 roku utworzono *Blogger* – darmowy serwis blogowy. W 2003 roku został on przejęty przez *Google* i zintegrowany z *Picasą,* menedżerem oraz przeglądarką plików graficznych. Wraz z początkiem XXI wieku powstali giganci istniejący do dzisiaj. W 2002 roku założono *Linkedin,* który specjalizuje się w kontaktach zawodowo – biznesowych. W czerwcu 2016 roku został on przejęty przez *Microsoft* za 26,2 miliarda dolarów. W 2003 roku wystartował *MySpace*, który umożliwiał komunikację oraz zawieranie znajomości online. Dawał możliwość tworzenia własnych profili muzycznych i galerii zdjęć. W czerwcu 2008 roku pojawiła się jego polska wersja. Najbardziej popularny serwis społecznościowy na świecie – *Facebook* został uruchomiony 4 lutego 2004 roku na Uniwersytecie Harvarda w Bostonie i pierwotnie był stworzony tylko dla studentów tej uczelni. Właściciel portalu Mark Zuckerberg w 2018 roku

uplasował się na 5. miejscu w rankingu Forbesa zestawiającego najbogatszych ludzi świata. Na początku 2005 roku założono *YouTube* – jeden z największych kanałów promocji i dystrybucji autorskich treści. Według badania przeprowadzonego w 2006 roku na *YouTube* oglądano 100 milionów filmów dziennie, natomiast 65 tysięcy nowych filmów było umieszczanych tam w ciągu doby [2]. W 2006 roku powstał *Twitter,* dzięki któremu można wysyłać wiadomości tekstowe, tzw. *tweety* składające się maksymalnie z 140 znaków. W połowie 2011 roku wystartował *Snapchat,* który gwałtownie zmienił media społecznościowe. Przez serwis można wysyłać krótkie filmy, które zaraz po obejrzeniu znikają [2,3].

W 2020 roku na świecie zanotowano 3,81 miliarda użytkowników sieci społecznościowych. *Facebook* zajmuje pierwsze miejsce wśród najpopularniejszych sieci społecznościowych na świecie [4].

W 2018 roku przeciętny użytkownik w Stanach Zjednoczonych korzystał z mediów społecznościowych przez około 1 godzinę 57 minut dziennie, natomiast pierwsze miejsce zajęli użytkownicy z Filipin, spędzając ponad 4 godziny dziennie [5].

## CEL PRACY

Celem niniejszej pracy było przeanalizowanie doniesień naukowych przedstawiających problematykę uzależnienia od internetowych serwisów społecznościowych i jego wpływu na zdrowie człowieka.

## MATERIAŁ I METODY

Dla celów pracy dokonano przeglądu bazy Pubmed oraz Google Scholar za lata 1998-2020 w oparciu o słowa kluczowe: uzależnienie, addiction, application, social networks, sieci społecznościowe, Internet, Facebook, Instagram, Tinder, health, mental health, treatment, leczenie, diagnosis. Ostatecznej analizie poddano 38 artykułów z zakresu niniejszych rozważań.

## SIECI SPOŁECZNOŚCIOWE A OSOBOWOŚĆ I MOTYWY KORZYSTANIA

Termin mediów społecznościowych i sieci społecznościowych nie powinien być używany zamiennie. Przez pojęcie mediów społecznościowych należy rozumieć obszerny zakres aplikacji społecznościowych, do których należą blogi, wirtualne światy gier oraz

wirtualne światy społecznościowe, serwisy społecznościowe, społeczności z treściami i projekty współpracy [6]. Sieci społecznościowe są skoncentrowane na łączeniu ludzi, co nie dotyczy wielu wyżej wymienionych mediów społecznościowych, np. *Wikipedii*, która należy do projektu współpracy. Projekty współpracy mogą być udostępniane, pracować nad nimi można wspólnie i jednocześnie korzystając z przetwarzania w pamięci wirtualnej, czyli tzw. chmurze. Korzystanie z sieci społecznościowych obejmuje dany rodzaj użytkowania mediów społecznościowych, dlatego też nie są one synonimami [1].

Uzależnienie od Internetu wiąże się z egocentryzmem, czyli rozumowaniem, które polega na skłonności do stawiania własnej osoby w centrum zainteresowania. Prawdopodobnie egocentryczna konstrukcja sieci społecznościowych może ułatwiać angażowanie się w uzależnienie, a tym samym być czynnikiem, który zachęca użytkowników do korzystania z Internetu w nadmierny sposób [7,8].

Najczęstsze powody korzystania z sieci społecznościowych, to: chęć utrzymywania kontaktu z przyjaciółmi, których często nie widzimy; korzystanie z opcji sieci, ponieważ inni znajomi ich używają; utrzymywanie kontaktu z rodziną i krewnymi; tworzenie planów z przyjaciółmi, z którymi się często widujemy [9].

Z użytkowaniem sieci społecznościowych wiąże się wiele specyficznych cech osobowości. Badania wskazują, że osoby ekstrawertyczne i posiadające wyższą samoocenę używają *Facebooka* do ulepszenia swych kontaktów [10,11]. Introwertycy z niskim poczuciem własnej wartości korzystają z niego, aby zwiększyć swoją popularność online, a tym samym podnieść własną samoocenę [12,13]. Osoby o narcystycznych cechach osobowości częściej są aktywne na *Facebooku,* aby móc zaprezentować się w lepszym świetle, ponieważ wirtualne środowisko umożliwia im konstruowanie siebie jako ideału [14]. Osoby o różnych cechach osobowości różnią się w użytkowaniu sieci społecznościowych. Ekstrawertycy są członkami znacznie większej liczby grup na *Facebooku* oraz mają więcej przyjaciół na tym portalu niż introwertycy. Ci ostatni z kolei udostępniają na swoich kontach więcej danych osobowych [10, 15]. Sieci społecznościowe są pomocne dla osób, które preferują łatwy wirtualny dostęp do rówieśników, bez konieczności spotykania się w realnym życiu. Może to skutkować potencjalnie nadmiernym uzależniającym użytkowaniem komputera [16].

*Facebook* można nazwać egocentrycznym portalem społecznościowym, gdyż pozwala on swoim użytkownikom prezentować się za pomocą indywidualnych profili i postów. Jest on stale rozwijającą się platformą marketingową. Zatrudnia obecnie ponad 48 tysięcy pracowników. Średnio 1,73 miliarda użytkowników loguje się tam codziennie (dane z roku 2020), co oznacza wzrost o 11% w porównaniu z rokiem poprzednim. *Facebook* jest trzecią,

najczęściej odwiedzaną witryną, wyprzedzaną tylko przez *Google* oraz *YouTube*. Oszacowano, że w roku 2020 ponad 2,99 miliarda osób korzystało z co najmniej jednej jego aplikacji, tj. *Instagrama, WhatsAppa* lub *Messengera* [1,17].

Sieci społecznościowe mogą pełnić rolę komunikatorów internetowych, mikroblogów, gier lub randek online. Najbardziej popularne komunikatory internetowe to *WhatsApp* i *Facebook Messenger*. Mikroblogi można uznać za nowoczesne pamiętniki online. Mikroblogowanie jest również postrzegane jako połączenie blogów oraz wiadomości. Wiadomości tutaj są zwięzłe i przeznaczone do udostępnienia osobom obserwującym. Przykładem mikrobloga jest *Twitter*, który pozwala zamieścić 140 znaków na jeden tweet [1]. W kwietniu 2020 roku *Twitter* miał 386 milionów aktywnych użytkowników [18]. Sieci społecznościowe można uznać za gry wówczas, gdy ich działanie jest związane z łączeniem ludzi. Przykładem jest *World of Warcraft*, który jest grą społecznościową, znajdującą się w ogromnym wirtualnym świecie „zamieszkałym" przez tysiące graczy. Zapewnia przy tym różne kanały komunikacji, umożliwiając tworzenie relacji, które mogą wykraczać poza świat gry.

W dzisiejszych czasach serwisy społecznościowe coraz częściej stają się również randkami online. Ich celem jest zaspokojenie romantycznych potrzeb oraz/lub nawiązania długotrwałej relacji [1]. I tak z aplikacji *Tinder* korzysta się w celu znalezienia miłości, przygodnego seksu, łatwego sposobu komunikacji, oceny poczucia własnej wartości, poczucia dreszczyku emocji oraz stosowania się do obecnych trendów [19].

Serwisy społecznościowe już nie tylko mają na celu ułatwianie kontaktu, ale również wpływają na to, jak sami się postrzegamy. Dzielenie się informacjami o sobie w mediach społecznościowych powoduje wzrost zadowolenia z życia, przy czym może niestety skutkować zwiększonym odczuciem samotności u młodych dorosłych, chociaż u osób dojrzałych obserwuje się skutki odwrotne. Ma to wpływ na uzależnienie od sieci społecznościowych [1].

## NEGATYWNE SKUTKI KORZYSTANIA Z SIECI SPOŁECZNOŚCIOWYCH

Osoby, które częściej korzystają z sieci społecznościowych są postrzegane jako mniej zaangażowane w realne życie. Już w 1998 roku Kraut i in. zauważyli, że korzystanie z Internetu ma znaczący wpływ na relacje międzyludzkie i udział w społeczeństwie. Wiąże się to ze spadkiem realnych kontaktów z członkami rodziny, zmniejszeniem wielkości ich kręgu społecznego oraz wzrostem depresji i samotności [20].

Studenci korzystający z *Facebooka* mieli niższe średnie oceny oraz mniej czasu poświęcali na studia w porównaniu do studentów, którzy z niego nie korzystali. Prawie trzy czwarte z nich zgłaszało, że są rozproszeni oraz źle zarządzają swoim czasem. Można sądzić, że studenci używający z Internetu w celach naukowych są „przy okazji" rozpraszani przez jednoczesne użytkowanie sieci społecznościowych [21].

Korzystanie z *Facebooka* może mieć negatywny wpływ na relacje w związkach. Ujawnianie zbyt prywatnych informacji może prowadzić do zazdrości oraz cyberstalkingu. Zapisy archiwalnych zdjęć, wiadomości, nagrań wideo wymieniane między kontaktami mogą zachęcać do inwigilacji. U osób, które uznają serwisy społecznościowe za istotną część ich codziennych zajęć istnieje większe prawdopodobieństwo, że będą ich używać do nadzoru innych. Przy tym młodsi użytkownicy są bardziej skłonni do stosowania technik podglądu niż osoby starsze [16,22].

Wyżej wymienione przykłady świadczą o tym, że w niektórych sytuacjach korzystanie z sieci społecznościowych może prowadzić do negatywnych konsekwencji, które powodują zmniejszenie zaangażowania w realne kontakty, gorsze wyniki w nauce, a również problemy w relacjach z innymi ludźmi [16].

## UZALEŻNIENIE

Uzależnienie jest procesem, albo jego efektem związanym z wytwarzaniem się specyficznego związku pomiędzy jednostką a jej czynnościami i zachowaniem. Może wpływać negatywnie na relacje między jednostką a innymi osobami, co określa się ograniczeniem pola świadomości lub pola decyzyjnego oraz kompulsywnym wyborem nierzadko wyłącznie jednej możliwości [23].

Uzależnić można się od innego człowieka, od różnego rodzaju substancji oraz od określonych czynności. W przypadku serwisów społecznościowych o uzależnieniu mówimy, gdy korzystanie z nich zaczyna utrudniać normalne życie, zaburza wykonywanie pracy oraz wpływa na kontakty interpersonalne [24].

Korzystanie z innowacyjnych technologii może być nadzwyczaj uzależniające dla młodych osób, ponieważ mają one tendencję do poszukiwania nowych wrażeń oraz są bardziej zaznajomione z technikami komputerowymi. Uważa się, że osoby uzależnione od serwisów społecznościowych mają podobne objawy do osób uzależnionych od substancji pobudzających. W leczeniu uzależnień od substancji stosuje się całkowitą abstynencję, natomiast celem leczenia uzależnień od serwisów społecznościowych jest kontrolowane korzystanie z Internetu.

Zapobieganie nawrotom obejmuje identyfikowanie ryzykownych sytuacji oraz uczenie się odpowiednich reakcji [25].

Większość badań naukowych w tej dziedzinie skupia się na uzależnieniu od *Facebooka,* chociaż problemy związane z uzależnieniem mogą wystąpić w wyniku używania innych serwisów takich, jak np. *Instagram* czy *Tinder*. *Instagram* to program, który umożliwia swym użytkownikom edycję, przesyłanie zdjęć i filmów, otrzymywanie „polubień" i komentarzy, obserwowanie profili innych osób, konwersacje, a także udostępnianie relacji na żywo. Wyżej wymienione funkcje mogą prowadzić do jego zbyt częstego korzystania mającego na celu regularne udostępniania zdjęć i filmów, sprawdzanie liczby powiadomień dla przesłanych zdjęć i filmów.

W badaniu przeprowadzonym przez Kircaburun i Griffiths zbadano związki między cechami osobowości tzw. Wielkiej Piątki a uzależnieniem od *Instagrama.* Model Wielkiej Piątki zawiera pięć czynników osobowości: ekstrawersję, neurotyczność, otwartość na doświadczenie, ugodowość oraz sumienność. Wyniki wskazały, że neurotyzm i ekstrawersja nie były związane z uzależnieniem od *Instagrama.* Wykazano natomiast zależność między uzależnieniem a sumiennością i ugodowością. Niższy poziom ugodowości i sumienności był związany z mniejszym poziomem samoakceptacji, co z kolei powodowało zwiększanie uzależnienia od *Instagrama* [26].

Aplikacja *Tinder* korzysta z lokalizacji użytkowników, dzięki czemu może oferować im potencjalnych partnerów randkowych. Za pomocą przesuwania zdjęć można w łatwy i szybki sposób ocenić potencjalnego kandydata. Profil użytkownika zawiera kilka zdjęć i ewentualny opis. Wystarczy przesunąć zdjęcie w prawo, aby polubić daną osobę. Jeśli obaj użytkownicy przesuną obrazy w prawo, zostają sparowani i mogą przesyłać sobie wiadomości. Naukowcy uważają, iż zwiększanie liczby par może tymczasowo podnieść poczucie własnej wartości. Prawdopodobne jest również, że poprzez brak wyraźnych negatywnych informacji zwrotnych zmniejsza lęk osób, które są wrażliwe na odrzucanie. Użytkowanie *Tindera* może być pośrednio wymuszone wydarzeniami życiowymi, m. in. gdy ktoś doświadcza częstego odrzucenia, jest po rozstaniu, albo gdy nie jest usatysfakcjonowany z obecnego związku. Aplikacja ta posiada praktycznie nieograniczoną możliwość wyboru potencjalnych kandydatów randkowych, co może prowadzić do jej nadmiernego używania [27].

Warto zwrócić uwagę, że powszechność korzystania wśród studentów ze smartfonów oraz mobilny dostęp do Internetu ułatwia bycie cały czas online. Niestety może to mieć negatywny wpływ na spędzanie wolnego czasu. W badaniach przeprowadzonych przez Czerskiego i Gonciarz studenci najczęściej w wolnym czasie spotykają się ze znajomymi –

80,15%, a w trakcie spędzania wolnego czasu 57,25% badanych korzysta z portali społecznościowych. Niepokojące wydaje się, że łącznie 13% studentów często, albo bardzo często myśli o tym, co w ostatnim czasie wydarzyło się na *Facebooku.* Ponad 36% respondentów często, albo bardzo często spędza więcej czasu użytkując portal społecznościowy, niż to sobie pierwotnie zakładało. Autorzy badań uważają, iż może to być spowodowane faktem, że zarówno rodzice, jak i nauczyciele nie wpoili im sztywnego stawiania sobie granic oraz starania się, aby ich nie przekraczać [24].

W badaniach przeprowadzonych przez Xie W. i Karan K. wśród 526 studentów w USA wynika, że poziom odczuwanego lęku ma wpływ na uzależnienie od *Facebooka.* Może to być związane z tym, że osoby o zwiększonym poziomie lęku posiadają tendencję do częstszego korzystania z portalu, żeby uciec przed stresem w realnym życiu oraz częściej uzależniają się od tej wirtualnej rzeczywistości. Aktualizowanie statusu oraz udostępnianie zdjęć i filmów zwiększa uzależnienie od *Facebooka,* chociaż polubienie postów czy ich komentowanie nie ma związku z nadmiernym korzystaniem [28].

Uzależnienie od smartfona może być częścią uzależnienia od serwisów społecznościowych. W 2018 roku z *Facebooka, YouTube'a, WhatsAppa, Instagrama* czy *Twittera* korzystało prawie 3,2 miliarda osób, z tego prawie 3 miliardy na urządzeniach mobilnych. Uzależniający sposób użytkowania telefonu komórkowego charakteryzuje się korzystaniem z danych aplikacji, jak również wykonywaniem połączeń, wysyłaniem wiadomości i użytkowaniem sieci społecznościowych. Tak więc smartfony i tablety umożliwiają zaangażowanie w potencjalnie uzależniające działania [1,29].

Ekstremalne przypadki uzależnienia od sieci społecznościowych ukazują, że mogą one w znaczący sposób zakłócić nasze życie zawodowe i prywatne. W badaniu Karaiskos i wsp. prezentowany jest przykład 24-letniej kobiety, która korzystała w takim stopniu z *Facebooka,* że została skierowana na leczenie do kliniki psychiatrycznej. Przez co najmniej 5 godzin dziennie korzystała z portalu, przez co została zwolniona z pracy. Przez większość dnia pozostawała w domu, aby móc mieć stały dostęp do *Facebooka.* Nawet podczas egzaminu wyjęła telefon i próbowała sprawdzić swoje konto. U kobiety rozwinęły się objawy lękowe i zaburzenia snu [30].

Korzystanie z serwisów społecznościowych ma znaczący wpływ na nasze zdrowie psychiczne. Zbyt duże zaangażowanie w aktywność online może prowadzić do mniejszej liczby realnych spotkań twarzą w twarz, zmniejszenia aktywności fizycznej, a nawet zaburzeń snu, co może powodować objawy depresyjne. Wykazano silny związek między potencjalnym uzależnieniem od Internetu a lękiem, stresem oraz depresją [31]. Użytkownicy *Twittera* w

większym stopniu niż *Facebooka* czy *Instagrama* są bardziej narażeni na wystąpienie objawów depresyjnych związanych z nadmiernym korzystaniem z serwisów społecznościowych [32].

Badania wykazały, że nadużywanie telefonu komórkowego i uzależnienie od sieci społecznościowych ma wpływ na ogólny stan zdrowia. Nadmierne korzystanie ze smartfonu skutkuje utrwaleniem negatywnych nawyków, pozostawaniem aktywnym online w nocy, co powoduje zaburzenia snu, a w konsekwencji pogorszenie ogólnego stanu zdrowia [33].

Uzależnienie od Internetu i sieci społecznościowych charakteryzuje się nie tylko objawami emocjonalnymi, ale również fizycznymi. Nasilenie objawów może być różne w poszczególnych przypadkach. Jako fizyczne objawy uzależnienia wymienia się: bóle głowy, bóle kręgosłupa, utratę lub przyrost masy ciała, zaburzenia snu, zespół cieśni nadgarstka, niewyraźne widzenie albo inne zaburzenia wzroku [34].

W badaniach Białokoz-Kalinowskiej i wsp. młodzież licealna po wielogodzinnym spędzaniu czasu przed komputerem zgłaszała bóle głowy, pleców oraz dolegliwości ze strony narządu wzroku. Wszyscy respondenci nagminnie przekraczali planowy czas przebywania online. Jako najczęstsze motywy wymieniali atrakcyjność treści internetowych i kontaktów z innymi użytkownikami sieci [35].

Do oceny stopnia uzależnienia od Internetu służą testy psychologiczne, takie jak: *Internet Addiction Test (IAT), Compulsive Internet Use Scale (CIUS), Chen Internet Addiction Scale (CIAS) oraz Problematic Internet Use Questionnaire (PIUQ).* Najbardziej znany z nich jest *Internet Addiction Test*. Został zaprojektowany jako narzędzie badawcze oraz diagnostyczne. Uzależnienie od Internetu jest definiowane jako kompulsywne przebywanie online, które powoduje zaburzenie interakcji międzyludzkich, zwiększa poziom stresu, samotności, lęku oraz depresji. Najnowsza wersja testu zawiera 20 pytań wraz z odpowiedziami w pięciostopniowej skali Likerta. Maksymalna liczba punktów, jaką można uzyskać wynosi 100. Wynik od 0-19 wskazuje na brak uzależnienia, 20-39 niski stopień uzależnienia, 40-69 umiarkowany, natomiast wynik mieszczący się w przedziale 70-100 określa się jako wysoki poziom uzależnienia [34,36].

Wyróżnia się 4 fazy rozwoju uzależnienia od Internetu. W fazie wstępnej użytkownik jest oczarowany nowymi możliwościami, a przebywanie w sieci sprawia mu przyjemność. Z czasem wzrasta ochota na korzystanie z sieci, co skutkuje częstszym użytkowaniem Internetu. Faza druga – ostrzegawcza, charakteryzuje się szukaniem okazji do jak najczęstszego przebywania w sieci. Użytkownik w ten sposób rozładowuje napięcie, dlatego zdarzają się również próby korzystania z sieci w ukryciu. W fazie trzeciej - krytycznej dochodzi do zmniejszenia zainteresowania innymi czynnościami, zaniedbywania wyglądu zewnętrznego

oraz zwiększenia poziomu zachowań agresywnych. W ostatniej, czwartej fazie – chronicznej, jedynym światem użytkownika jest świat wirtualny. Powrót do rzeczywistości powoduje odczuwanie samotności, wyrzutów sumienia oraz stany depresyjne. Może to nawet doprowadzić do prób samobójczych [34].

Wiele badań wskazuje, że wraz z uzależnieniem od Internetu współwystępują inne problemy. Najczęściej są to zaburzenia nastroju oraz stany lękowe. Leczenie uzależnienia obejmuje psychoterapię oraz/lub farmakoterapię. Terapia poznawczo – behawioralna ma na celu nauczenie osób uzależnionych jak monitorować swoje myśli, rozpoznawać te, które wywołują uczucia oraz działania związane z nałogiem, identyfikować bodźce pobudzające oraz dysfunkcjonalne myśli automatyczne. Poprzez terapię pacjent uczy się jak zwiększyć kontrolę swojego zachowania, jak umiejętnie radzić sobie z problemami oraz jak zapobiegać nawrotowi uzależnienia. Terapia składa się z trzech etapów: modyfikacji zachowań, restrukturyzacji poznawczej oraz zapobieganiu nawrotom. W pierwszym etapie uczy się pacjenta zarządzania czasem online i offline. Terapeuta prosi o uzupełnienie dziennika korzystania z Internetu, przez co jest w stanie wychwycić bodźce, które wyzwalają kompulsywne zachowania. Ze względu na nieprzerwany dostęp do sieci, istotne jest opracowanie jasnego i uporządkowanego programu terapeutycznego. Restrukturyzacja poznawcza jest stosowana w celu identyfikowania, kwestionowania i modyfikowania treści oraz procesów poznawczych, które prowadzą do uzależnienia. Stosuje się techniki poznawcze w pracy nad zaprzeczaniem i racjonalizacją, która usprawiedliwia nadmierne korzystanie z sieci, tak aby pacjenci czuli się odpowiedzialni za swoje uzależnienie. W trzecim etapie terapia koncentruje się na długotrwałym zdrowieniu. Używa się jej do zidentyfikowania oraz leczenia zaburzeń psychicznych, które współtowarzyszą nadmiernemu używaniu Internetu, a także do pomagania pacjentowi w poradzeniu sobie ze społecznymi problemami, nierzadko leżącymi u podstaw uzależnienia. W psychoterapii często stosuje się również terapię grupową. Dzięki niej osoby uzależnione korzystają ze wsparcia osób, które doświadczyły podobnych problemów. Terapia grupowa tworzy środowisko, w którym temat uzależnienia od Internetu może być otwarcie omawiany. Osoba uzależniona ma możliwość uczenia się od innych jak radzić sobie w problematycznych sytuacjach. W leczeniu farmakologicznym najczęściej stosuje się leki przeciwdepresyjne oraz benzodiazepiny (działają uspokajająco, przeciwdrgawkowo, nasennie, łagodzą lęki). Wyzdrowienie jest nie tylko powstrzymywaniem się od kompulsywnego zachowania. Istotne jest poradzenie sobie z problemami, które leżą u podstaw uzależnienia, w przeciwnym razie może dojść do nawrotu [37,38].

## WNIOSKI

1. Wraz ze zwiększaniem się dostępności do Internetu, czas poświęcony na użytkowanie serwisów społecznościowych ulega wydłużeniu, co w konsekwencji prowadzi do ograniczania czasu korzystania z innych aktywności.
2. Nadmierne korzystanie z serwisów społecznościowych powoduje zaburzenia w zakresie zdrowia psychicznego i fizycznego.
3. Użytkowanie serwisów społecznościowych może znacząco wpływać na zawieranie oraz utrzymywanie realnych znajomości i relacji interpersonalnych.

## PIŚMIENNICTWO


1. Kuss D.J., Griffiths M.D.: Social Networking Sites and Addiction: Ten Lessons Learned. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2017; 14(3):311.
2. Historia mediów społecznościowych https://www.obtk.pl/historia-mediow-spolecznosciowych/ (data dostępu 20.05.2020).
3. Historia mediów społecznościowych. https://www.creandi.pl/blog/historia-mediow-spolecznosciowych-w-pigulce (data dostępu 20.05.2020).
4. Social media. Statistics and facts. https://www.statista.com/topics/1164/social-networks/ (data dostępu 20.05.2020).
5. Average time per day spent by online users on social media in 2018, by country. https://www.statista.com/statistics/270229/usage-duration-of-social-networks-by-country/ (data pobrania 20.05.2020).
6. Kaplan A.M., Haenlein M.: Users of the world, unite! The challenges and opportunities of Social Media. Business Horizons, 2010; 53, 59–68.
7. Li L.: Exploration of adolescents' Internet addiction. Psychological Development and Education, 2010; 26(5): 554-560.
8. Sussman S., Leventhal A., Bluthenthal R.N., Freimuth M., Forster M., Ames S.L.: A framework for specificity of the addictions. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2011; 8(8): 3399–3415.
9. Kujath C.L.: Facebook and MySpace: Complement or substitute for face-to-face interaction? Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 2011; 14(1-2): 75–78.
10. Ross C., Orr E.S., Sisic M., Arseneault J.M., Simmering M.G., Orr R.R.: Personality and motivations associated with Facebook use. Computers in Human Behavior, 2009; 25(2): 578–586.

11. Zywica J., Danowski J.: The faces of Facebookers: Investigating social enhancement and social compensation hypotheses: Predicting Facebook and offline popularity from sociability and self-esteem, and mapping the meanings of popularity with semantic networks. Journal of Computer-Mediated Communication, 2008; 14(1): 1–34.
12. Barker V.: Older adolescents' motivations for social network site use: The influence of gender, group identity, and collective self-esteem. Cyberpsychology and Behavior: the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society, 2009; 12(2): 209–213.
13. Ellison N.B., Steinfield C., Lampe C.: The benefits of Facebook "friends": Social capital and college students' use of online social network sites. Journal of Computer-Mediated Communicatio,n 2007; 12(4): 1143-1168.
14. Mehdizadeh S.: Self-presentation 2.0: Narcissism and self-esteem on facebook. Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 2010; 13(4): 357–364.
15. Amichai-Hamburger Y., Vinitzky G.: Social network use and personality. Computers in Human Behavior, 2010; 26(6): 1289–1295.
16. Kuss D.J., Griffiths M.D.: Online social networking and addiction--a review of the psychological literature. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2011; 8(9): 3528-3552.
17. Zephoria Digital Marketing The Top 20 Valuable Facebook Statistics—Updated May 2020. https://www.zephoria.com/top-15-valuable-facebook-statistics/, (data dostępu 24. 05.2020).
18. Statista. Most popular social networks worldwide as of April 2020, ranked by number of active users. https://www.statista.com/statistics/272014/global-social-networks-ranked-by-number-of-users/ (data dostępu 22.05.2020).
19. Strubel, J., Petrie, T.A.: Love me Tinder: body image and psychosocial functioning among men and women. Body Image, 2017; 21: 34-38.
20. Kraut R., Patterson M., Lundmark V., Kiesler S., Mukopadhyay T., Scherlis W.: Internet paradox. A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? The American Psychologist, 1998; 53(9): 1017-1031.
21. Kirschner P.A., Karpinski A.C.: Facebook and academic performance. Computers in Human Behavior, 2010; 26: 1237–1245.
22. Tokunaga R.S.: Social networking site or social surveillance site? Understanding the use of interpersonal electronic surveillance in romantic relationships. Computers in Human Behavior, 2011; 27(2): 705-713.

23. Zaborowski Z.: Problemy psychologii życia. Warszawa, Wydawnictwo Akademickie Żak, 2001.
24. Czerski W., Gonciarz E.: Ryzyko uzależnienia studentów od mediów społecznościowych na przykładzie Facebooka. Lubelski Rocznik Pedagogiczny, 2017; 36(4), 133-152.
25. Echeburua E., de Corral P.: Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. Adicciones, 2010; 22: 91–95.
26. Kircaburun K., Griffiths M.D.: Instagram addiction and the Big Five of personality: The mediating role of self-liking. Journal of Behavioral Addictions, 2018; 7(1): 158-170.
27. Orosz G., Tóth-Király I., Bőthe B., Melher D.: Too many swipes for today: The development of the Problematic Tinder Use Scale (PTUS). Journal of Behavioral Addictions, 2016; 5(3): 518-523.
28. Xie W., Karan K.: Predicting Facebook addiction and state anxiety without Facebook by gender, trait anxiety, Facebook intensity, and different Facebook activities. Journal of Behavioral Addictions, 2019; 8(1): 79-87.
29. Global Digital Report 2018 https://digitalreport.wearesocial.com/ (data pobrania 22.05.2020)
30. Karaiskos D., Tzavellas E., Balta G., Paparrigopoulos T.: Social network addiction: A new clinical disorder? European Psychiatry, 2010; 25(1): 855.
31. Younes F., Halawi G., Jabbour H., El Osta N., Karam L., Hajj A., Rabbaa Khabbaz L.: Internet Addiction and Relationships with Insomnia, Anxiety, Depression, Stress and Self-Esteem in University Students: A Cross-Sectional Designed Study. PLoS One. 2016; 11(9).
32. Jeri-Yabar A., Sanchez-Carbonel A., Tito K., Ramirez-delCastillo J., Torres-Alcantara A., Denegri D., Carreazo Y.: Association between social media use (Twitter, Instagram, Facebook) and depressive symptoms: Are Twitter users at higher risk?. The International Journal of Social Psychiatry, 2019; 65(1): 14-19.
33. Kawyannejad R., Mirzaei M., Valinejadi A., Hemmatpour B., Karimpour H.A., AminiSaman J., Ezzati E., Vaziri S., Safaeepour M., Mohammadi S.: General health of students of medical sciences and its relation to sleep quality, cell phone overuse, social networks and internet addiction. Biopsychosocial Medicin, 2019; 4,13:12
34. Marczuk D., Zakrzewski L.: Cyberprzestrzeń – szanse i zagrożenia. Kilka słów o…. Szanse i zagrożenia cyberprzestrzeni – Rzeszów 2015. Fundacja „Ku lepszemu", Warszawa 2015.
35. Białokoz-Kalinowska I., Kierus K., Nawrocka B., Piotrowska-Jastrzębska J.D.: Uzależnienie od Internetu (siecioholizm) wśród młodzieży licealnej – konsekwencje zdrowotne i psychospołeczne. Pediatria i Medycyna Rodzinna, 2011: 7(4): 372-377.

36. Černja I., Vejmelka L., Rajter M.: Internet addiction test: Croatian preliminary study. BMC Psychiatry, 2019; 19(1): 388.
37. Kuss D.J., Lopez-Fernandez O.: Internet addiction and problematic Internet use: A systematic review of clinical research. World Journal of Psychiatry, 2016; 6(1): 143-176.
38. Matuszczak-Świgoń J., Bednarowska W.: Terapia poznawczo – behawioralna uzależnienia od Internetu. Psychoterapia, 2019; 1(188): 63-73.

# Problemy zdrowotne dzieci i młodzieży jako efekt nadużywania smartfonów i tabletów

**Bożena Okurowska-Zawada, Wojciech Kułak, Dorota Sienkiewicz, Grażyna Paszko-Patej**

Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać Szansę." Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku

W dzisiejszym świecie życie bez Internetu, telefonu komórkowego, czy komputera jest praktycznie niemożliwe. Telefon komórkowy zastępuje budzik, zegarek, notes, przypomina o ważnych wydarzeniach, ale przede wszystkim - dzięki połączeniu go z Internetem - umożliwia dostęp do informacji i nieograniczonej sfery rozrywki. Mówi się nawet o specyficznych cechach jego użytkowników, określając ich jako pokolenie aplikacji [1].

Z przeprowadzonych badań wynika, że młodzież problematycznie używa telefonu komórkowego częściej niż dorośli, a odsetek nadużywających go mieści się w przedziale od 5,57% do 33% [2]. Polska młodzież używa telefonu w szkole zarówno podczas lekcji (60%), sprawdzianów (18%), jak i w czasie przerw, podczas posiłków (44%) i rozmów (25%). Są i tacy, którzy korzystają z niego w trakcie filmu w kinie (28%), czy w kościele (8%) [3]. Fonoholizm, czyli uzależnienie od telefonu komórkowego, to zjawisko, którego problematykę we współczesnym świecie porusza coraz więcej publikacji naukowych [4,5]. Początkowo problem wydawał się marginalny, jednak z biegiem czasu przybiera on na sile i coraz bardziej zagraża zwłaszcza młodemu pokoleniu, choć nie tylko [5]. W telefon mobilny dzieci i młodzież wyposażane są już od najmłodszych lat. Bardzo często otrzymują go od swoich rodziców, którzy chcą w ten sposób mieć z dzieckiem stały kontakt. Jednak w dzisiejszych czasach urządzenie to nie służy młodym ludziom wyłącznie do komunikacji, ale stanowi dla nich także bardzo ważne źródło rozrywki. Od momentu wyposażenia urządzeń mobilnych w nowoczesne aplikacje oraz w stały dostęp do Internetu w naszym społeczeństwie można zauważyć dzieci oraz nastolatków, którzy nie rozstają się ze swoim telefonem [6]. Problem ten dotyka przede wszystkim dzieci oraz młodzież, negatywnie wpływa na ich prawidłowe funkcjonowanie zarówno w środowisku szkolnym, jak i rodzinnym. Młodzi ludzie spędzają coraz więcej czasu w świecie cyfrowych mediów. Konsekwencją są problemy z nauką i koncentracją, mową,

spadek aktywności szkolnych, jak i pozaszkolnych oraz stosowanie różnych form przemocy. Wielu specjalistów, analizując zjawisko fonoholizmu, wyróżnia kilka grup zachowań, które prowadzą do uzależnienia [5]. Wśród nich są m.in.: „uzależnienie od smsów, uzależnienie od nowych modeli, komórkowy ekshibicjonizm, SWT, czyli syndrom wyłączonego telefonu, nałogowe granie" . Za prekursora badań nad zjawiskiem fobii związanej z niemożnością skorzystania z telefonu uznawany jest Fox-Mills, który jako pierwszy zwrócił uwagę na ten problem. Obecnie zjawisko to określa się mianem *nomofobii* i definiowane jest na ogół w literaturze w podobny sposób. Jest to skrót od anglojęzycznego terminu *no mobile phobia*, czyli strach przed brakiem telefonu [7,8,9]. Przeciętny użytkownik smartfonów zerka na swój telefon ok. 34 razy na dobę. Natomiast osoby cierpiące na nomofobię robią to co kilka minut. W momencie, kiedy okaże się, że taka osoba nie może znaleźć lub skorzystać z telefonu, wówczas mogą pojawić się pewne symptomy wskazujące na to, że dana osoba cierpi na nomofobię. Należą do nich m.in.: atak paniki, podwyższone tętno, pocenie się, duszność, zdenerwowanie i niepokój [10].

W ostatnich latach zwiększyła się zależność między występowaniem zespołu uzależnień związanych z nowymi mediami a otyłością. Również bezsenność, depresja i uzależnienie od nowych mediów, to niebezpieczne konsekwencje nieodpowiedniego z nich korzystania [11]. Media są traktowane przez użytkowników nie tylko jako narzędzia, ale również jako stymulatory, które wywołują reakcje emocjonalne, wymagają koncentracji, wpływają na pamięć. Przypisuje się im osobowość, tak jakby miały własną świadomość, ujawniają one zdolność do uaktywniania uczuć, które zmieniają postrzeganie świata przez użytkowników. Pokolenie „always on" to ci, którzy są „zawsze podłączeni". Lajkują, komentują, udostępniają, bardzo zależy im na popularności w sieci, mają bardzo dużo wirtualnych znajomych. Personifikują urządzenia, nadają im tożsamość istoty żywej, wiążą z urządzeniami najwyższe emocje oraz uczucia, cierpią po ich stracie. Implikuje to wiele poważnych następstw, takich jak depresja, osamotnienie, zmiana wzorów spędzania czasu wolnego (z aktywnego na bierny), brak koncentracji [12]. W opinii większości badanych osób uzależnienie od smartfona jest bardziej możliwe w przypadku dzieci niż osób dorosłych. Jest bardziej możliwe wśród dzieci, których rodzice również przejawiają symptomy uzależnienia [7,9]. Waga szeroko rozumianego problemu e-uzależnień (uzależnienie od telefonu komórkowego, komputera, Internetu, czy korzystania z Internetu) w sposób wyraźny dostrzegają nauczyciele, którzy wskazują, że w ciągu ostatnich 5 lat problem nałogowego i niekontrolowanego korzystania z mediów cyfrowych wśród uczniów zdecydowanie się nasilił. Przekonani są o tym nie tylko uczniowie i nauczyciele, ale również rodzice. Prowadzone badania wykazały, że część z nich wskazuje na własne uzależnienie od korzystania z cyfrowych narzędzi komunikacji [13]. Nastolatki są

bardziej narażone na ryzyko uzależnienia od smartfonów. Problemy rodzicielskie, niska samokontrola i niska samoocena wydają się zwiększać to ryzyko, podczas gdy sukcesy szkolne mogą je zmniejszać [14]. Stwierdzono, że uzależnienie od telefonu komórkowego stanowi nowy problem zdrowia publicznego. Należy wcześnie rozpoznać i zidentyfikować rosnące trendy i negatywne konsekwencje niewłaściwego korzystania z telefonu komórkowego u młodych użytkowników, aby zwiększyć świadomość, a także, w razie potrzeby, zaplanować interwencje edukacyjne i terapeutyczne, aby zapobiec poważnym zagrożeniom dla zdrowia publicznego [15]. Wykazano, że używanie telefonów komórkowych ma wpływ na sen. Fale elektromagnetyczne emitowane przez telefony komórkowe oddziałują na encefalogram w czasie snu, prawdopodobnie oddziałują również na wydzielanie melatoniny. Używanie telefonów komórkowych (wysyłanie SMS-ów, wykonywanie rozmów telefonicznych) po zgaszeniu światła jest powiązane z zaburzeniami snu [16,17,18].

Oprócz problemów behawioralnych i zdrowia psychicznego, fizyczne i psychiczne problemy wynikają z nadużywania telefonu komórkowego, takie jak sztywność kręgosłupa i bóle mięśni, zaburzenia widzenia odzwierciedlone w zmęczeniu wzroku, suchości oka, niewyraźnym widzeniu, podrażnieniu lub zaczerwienieniu oka, zaburzenia słuchu i złudzenia dotykowe - uczucie słyszenia dzwonka lub wibracji telefonu komórkowego oraz ból i osłabienie kciuków i nadgarstków, prowadzące do zwiększonej liczby przypadków zespołu de Quervy z zapaleniem pochewki ścięgna [19].

Zależność od smartfonów rośnie w postaci epidemii, która dotyka wszystkie grupy wiekowe. Większość użytkowników ma od 21 do 30 lat i jest pod największym wpływem, nie wspominając o tym, że stanowią aż 77% użytkowników smartfonów. Co więcej, korzystanie z telefonu komórkowego u nastolatków jest tak ważne, że niektóre nastolatki nigdy nie wyłączają telefonów komórkowych w nocy. Odnotowano, że około 27% młodych ludzi w wieku od 11 do 14 lat przyznaje, że nigdy nie wyłącza telefonów komórkowych, a zachowanie to rośnie z wiekiem. W szczególności szacuje się, że czas spędzony z urządzeniem mobilnym wynosi średnio ponad 10 godzin. W zależności od stopnia uzależnienia od korzystania z telefonu zdrowie użytkownika wpływa na różne obszary, tj. fizycznie, psychicznie i społecznie [9,11].
W ciągu ostatnich lat bóle kręgosłupa wśród dzieci i młodzieży stają się coraz powszechniejszym problemem zdrowotnym, społecznym i ekonomicznym. Wskazuje się, że częstość występowania bólu w górnej części pleców i szyi wzrosła dramatycznie w ciągu dekady poprzedzającej 2016r. Wzrost ten został przypisany stosownym powszechnie laptopom, tabletom, smartfonom i innym małym przenośnym urządzeniom cyfrowym. Ponieważ ich ekrany nie oddzielają się od klawiatury, tych małych urządzeń nie można

poprawnie skonfigurować ergonomicznie. Najczęściej użytkownik przejmuje się nimi, często przez wiele godzin dziennie [20,21].

Badania epidemiologiczne potwierdzają częste występowanie epizodów bólowych kręgosłupa. Wskazują, iż w pewnym momencie życia dotyczą 70-85% populacji [22]. Niepokojącym może być fakt, iż dotykają one w coraz większym stopniu dzieci i młodzież w wieku szkolnym i nasilają się szczególnie w fazie szybkiego wzrostu [22]. Coraz częściej dzieci zgłaszają z różnego typu bólami głowy, karku, barków, okolicy międzyłopatkowej oraz drętwieniem rąk. Zespół ten jest konsekwencją przymusowej pozycji ciała podczas korzystania z komputera, telefonu komórkowego czy tabletu. Powoduje to przeciążenie jednej grupy mięśni – np. mięśni obręczy barkowej, a osłabienie drugiej, np. mięśni szyi-określany jest jako tzw. zespół szyi smartfonowej [23]. Oprócz godzin spędzonych na telefonie, dochodzi jeszcze czas, w którym siedzimy przed komputerem czy telewizorem. Jak widać, nie bez powodu socjologowie określają osoby, które dużo korzystają ze smartfonów jako – "*pokolenie pochylonej głowy*" [24]. To właśnie korzystanie ze smartfona opisywane jest jako najgroźniejsze dla naszej postawy ciała, ponieważ wtedy przyjmujemy zwykle złą pozycję. Telefon trzymamy zazwyczaj na wysokości brzucha, dlatego też spoglądamy w dół i pochylamy głowę do przodu. Taki układ ciała nie jest korzystny dla naszego kręgosłupa, ponieważ mocno obciąża odcinek szyjny oraz naraża go na długotrwałe zgięcie. W badaniach potwierdzono zgięcie głowy 33-45 ° (kąt 50 percentyla) od pionu podczas korzystania ze smartfona. Kąt zgięcia głowy był znacznie większy dla wiadomości tekstowych niż dla innych zadań i znacznie większy podczas siedzenia niż podczas stania. Wyniki badań sugerują, że wiadomości tekstowe, które są jedną z najczęściej używanych kategorii aplikacji na smartfony, mogą być głównym czynnikiem przyczyniającym się do wystąpienia bólu szyi u dużych użytkowników smartfonów [25]. W badaniach wykazano też, że korzystanie ze smartfona podczas chodzenia stanowiłoby większe obciążenie dla mięśni szyi w porównaniu do chodzenia bez telefonu, a obciążenie byłoby większe w przypadku pisania oburęcznego niż podczas przeglądania jedną ręką między dwoma zadaniami smartfona [26]. Badanie wykazują, że zarówno użytkownicy smartfonów z bólem szyi, jak i bez niego powinni starać się utrzymać kąt zgięcia szyi między 0° a 15° podczas korzystania ze smartfona. Zmniejszyłoby to aktywność mięśni szyi i ryzyko wystąpienia zaburzeń szyi związanych z używaniem smartfona. Przy największym możliwym pochyleniu szyja jest zgięta pod kątem 60 stopni. W tej pozycji fundujemy naszym kręgom nacisk o ciężarze 27 kg, czyli tyle ile waży średnio siedmioletnie dziecko. W nachyleniu 12-stopniowym, naciskamy na kręgosłup z ciężarem ok. 12 kg [26,27]. W kolejnych badaniach wykazano, że jednostronne wysyłanie wiadomości wiązało się z

większym obciążeniem mięśni w porównaniu z dwustronnym wysyłaniem wiadomości, szczególnie w mięśniach przedramienia. W porównaniu z pisaniem na komputerze, pisanie na smartfonach wiązało się z większą aktywnością prostowników szyi i mięśni kciuka, ale mniejszą aktywnością w górnym i dolnym mięśniu czworobocznym lędźwi oraz prostownikach nadgarstka. Współczesne wytyczne ergonomiczne powinny obejmować porady dotyczące interakcji z podręcznymi urządzeniami elektronicznymi w celu uzyskania zrelaksowanej postawy i zmniejszenia obciążenia mięśni oraz zmniejszenia ryzyka zaburzeń mięśniowo-szkieletowych [28,29]. Długotrwałe korzystanie ze smartfona powoduje wadliwą postawę, taką jak spłycenie lordozy szyjnej, wadliwa postawa lub zaokrąglone ramiona. Nieprawidłowa postawa i zmienione krzywizny szyi mogą powodować nie tylko uszkodzenie struktury odcinka szyjnego i lędźwiowego kręgosłupa, a także więzadeł, ale również prowadzić do zaburzeń oddychaniu [29,30]. Pacjenci z przewlekłym bólem szyi mogą mieć predyspozycje do zaburzeń czynności oddechowych. Wykazano silny związek między zwiększonym pochyleniem głowy do przodu a zmniejszoną siłą mięśni oddechowych w obrębie szyi. Związek bólu szyi z czynnością oddechową może być ważnym czynnikiem w odniesieniu do oceny pacjenta, rehabilitacji i przyjmowania środków farmakologicznych [31].

Osoby bardzo często korzystające ze swoich smartfonów mogą odczuwać problemy z kciukami. Do tej pory objawy takie były typowe tylko dla pracowników fizycznych. “Smartfonowy kciuk” to nie mit. Schorzenie to wywoływane jest przez stale powtarzający się ruch kciuków, pisania na smartfonowej klawiaturze. Jest to nienaturalny ruch dla naszych struktur kostnych, długotrwałe narażanie się na takie czynniki może spowodować ból, a nawet doprowadzić do artretyzmu. Częste korzystanie ze smartfonów za pomocą kciuków, powoduje rozluźnienie i nieodpowiednie napięcie ścięgien. Przez to pisanie SMS-ów, granie w gry (za pomocą kciuków) może doprowadzić do zapalenia ścięgien. Biorąc pod uwagę szybko rosnącą zależność od smartfonów w codziennym życiu, długotrwałe narażenie kciuka na powtarzalne momenty obrotowe może prowadzić do przyspieszenia zapalenia stawów lub zaostrzenia zmian zwyrodnieniowych w kciukach [32]. Wielu użytkowników smartfonów odczuwa nie tylko ból w kciuku, ale też nadgarstku. Ból ten może być spowodowany niektórymi typami urazów dłoni, a także zespołem de Quervaina, czyli chorobą z grupy entezopatii dotyczącą przyczepów ścięgnistych, polegająca na zapaleniu pochewki pierwszego grzbietowego przedziału prostowników nadgarstka, zawierającego ścięgna mięśnia odwodziciela długiego kciuka oraz prostownika krótkiego kciuka. Dominującym objawem zespołu de Quervaina jest ból podczas pracy kciukiem, głównie w ruchu prostowania i odwodzenia, co znacznie wpływa na funkcjonalność ręki i komfort codziennej aktywności. Baabdullah i wsp. wykazali zależność

między korzystaniem ze smartfona a występowaniem bólu nadgarstka/kciuka oraz częstości występowania zapalenia pochewki ścięgna De Quervaina [33,34].

W 2015 roku Fundacja Dzieci Niczyje opublikowała raport pt. "Korzystanie z urządzeń mobilnych przez małe dzieci w Polsce", w którym zawarto wyniki badań przeprowadzonych na dzieciach w wieku od 6 miesięcy do 6,5 lat. Według badań ponad 40 proc. rocznych i dwuletnich dzieci w Polsce korzysta z tabletów lub smartfonów, wśród nich niemal co trzecie używa urządzeń mobilnych codziennie lub prawie codziennie. Ponad 80 procent rodziców udostępnia korzystanie ze smartfonów lub tabletów dzieciom poniżej 6. roku życia. Aż 60 proc. rodziców robi to po to, żeby zająć się swoimi sprawami albo mieć chwilę dla siebie, nie bez przyczyny smartfon nazwano "smoczkiem XXI wieku". Co czwarty rodzic za pomocą urządzenia mobilnego "karmi dziecko" - chce, aby dziecko zjadło posiłek, więc włącza mu bajkę. Tymczasem maluch jest przez to narażony na zaburzenia łaknienia. Z kolei 18% rodziców traktuje tablet lub inny sprzęt tego typu jako usypiacz i kołysankę w jednym. Jednak niebieskie światło monitora pobudza, a nie uspokaja dzieci. Część rodziców urządzeń mobilnych używa jako metody wychowawczej opartej o system nagród i kar - słynne "szlabany" na smartfona lub wyłączanie sieci nie należą do rzadkości. 49 procent rodziców stosuje urządzenie mobilne jako rodzaj nagrody dla dziecka. Niestety sprawia to, że w oczach malucha wzrasta waga tego przedmiotu [1].

Czas poświęcony przez małe dzieci urządzeniom mobilnym w dni, w które dzieci korzystały z danego urządzenia, w przypadku większości badanych aktywności był bliski lub przekraczał godzinę. Średnio najwięcej czasu dzieci przeznaczały na granie na konsoli (1h 11 min.) oraz oglądanie filmów/filmików na smartfonie/tablecie (1h). Na podstawie analizy wyników można wnioskować, że szczególną grupę stanowią dzieci dwuletnie (urodzone w 2013 r.). O ile w przypadku dzieci rocznych kontakt z urządzeniami mobilnymi jest często przez rodziców limitowany, to już dzieci o rok starsze cechują w wielu przypadkach doświadczenia bardzo zbliżone do grup starszych dzieci. Na przykład dla dzieci rocznych udział oglądających filmy nie przekracza 50%, a dla dzieci dwuletnich odsetek ten oscyluje wokół 84%. Dwulatków w największym stopniu dotyczy też codzienne oglądanie filmów. Warto również zauważyć, że 34% dzieci z tej grupy rodzice pozwalają korzystać z urządzeń mobilnych, żeby zjadły posiłek, podczas gdy dla dzieci ogółem odsetek wynosi 19% [1]. Można przypuszczać, że trajektoria rozwoju powoduje, że dzieci dwuletnie stanowią dla rodziców dużo większe wyzwanie wychowawcze, a urządzenia elektroniczne stanowią pewną asekurację w obliczu braku czasu lub kompetencji wychowawczych [35].

Zbyt wczesne i intensywne korzystanie z takich urządzeń może być dla dzieci szkodliwe. Już teraz obserwuje się różne efekty uboczne uzależnień oraz konsekwencje ich nadużywania, tj.: objawy depresji lub ADHD, zaburzenia lękowe, zaburzenia snu i łaknienia (brak apetytu lub nadmierne jedzenie), krótkowzroczność, bóle pleców, kłopoty z koncentracją uwagi, zmęczenie nadmiarem informacji, kłopoty z nauką. Pojawiają się problemy ze wzrokiem, koncentracją, samokontrolą, kreatywnością, często mową, a z perspektywy fizjoterapeuty także zaburzeniami ze sfery ruchowej. Często występują deficyty motoryczne, sensoryczne i wady postawy. Często dzieci, które dużo korzystają z mediów, są nadmiernie pobudzone, czasem agresywne, nie potrafią radzić sobie z emocjami, bo częstym sposobem na uspokojenie jest danie telefonu dziecku do rąk. Szczególnie u maluchów poniżej drugiego roku życia urządzenia mobilne mogą wyrządzić więcej szkód niż pożytku. Stosowanie smartfonów/tabletów w okresie niemowlęcym nie jest wskazane, ponieważ wpływa na nadmierne pobudzenie układu nerwowego. Jeśli chodzi o bodźce wzrokowe często obraz za szybko się zmienia i za dużo się tam dzieje, co niekorzystnie wpływa na wzrok dziecka, jak i znowu na pobudzenie układu nerwowego. Tablety i smartfony zabierają pomysły na zabawę własną i kreatywność. W trakcie korzystania z nich dziecko nie rusza się, więc także są braki w stymulacji ruchowej dla dziecka, które jest bardzo istotnym motorem napędowym w rozwoju. Dziecko musi biegać, wstawać, upadać, tracić równowagę, budować ją na nowo - siedząc przed tabletem na pewno nie doświadcza takich aktywności, co przyszłościowo wpływa na jego możliwości motoryczne, umiejętności ruchowe i postawę ciała. Eksperci zalecają, aby dzieci do drugiego roku życia nie miały w ogóle styczności ze smartfonami, tabletami i innymi mediami. Później można zacząć je im udostępniać, ale nie codziennie i jednorazowo nie dłużej niż 15 minut, nie przed snem i tylko pod nadzorem. Z kolei maksymalny czas korzystania przez dziecko do 5. roku życia z telefonu nie powinien przekraczać godziny dziennie [36].

W rozwoju problematycznego używania telefonu komórkowego ważną rolę odgrywają zasady dotyczące jego użytkowania, kreowane głównie przez środowisko rodzinne. Dotyczą one najczęściej miejsc użytkowania telefonu oraz czasu i sytuacji jego używania, np. po wykonaniu domowych obowiązków. Dodatkowym elementem przemawiającym za monitorowaniem rozwoju zjawiska wśród młodzieży jest szybki postęp technologiczny i rozwój mobilnego dostępu do Internetu. Te elementy współczesnego świata zmieniają perspektywę patrzenia na funkcjonowanie jednostki w świecie rzeczywistym i cyfrowym, a samo urządzenie, służące dawniej do prowadzenia rozmów zmieniło się w małe centrum dowodzenia obsługiwane przez młodego człowieka. Ważnym zadaniem dla rodziców jest realizowanie wychowania do nowych mediów i kształtowania postawy odpowiedzialnego,

zdrowego i funkcjonalnego korzystania z telefonu komórkowego. Ponadto pedagodzy powinni edukować i wychowywać w kierunku nowych technologii cyfrowych i ich twórczego wykorzystania w procesie edukacyjnym, rozwijać świadomość dotyczącą niebezpieczeństw związanych z nałogiem fonoholicznym wśród dzieci i młodzieży. Szkoła ma uświadamiać rodziców, jak prowadzić właściwą kontrolę rodzicielską użytkowania urządzenia przez ich dzieci. Szczególną grupą odbiorców programów i krótkich interwencji profilaktycznych dotyczących nałogowego używania telefonu komórkowego powinni być uczniowie szkół podstawowych. Wprowadzanie zagadnień dotyczących zdrowego korzystania z telefonu komórkowego na etapie gimnazjum czy szkoły ponadgimnazjalnej jest już mało efektywne w zderzeniu ze zwyczajami, czy utartymi wzorami korzystania z omawianego urządzenia. Dodatkowo jest to okres adolescencji, w którym to rówieśnicy mają dominujący głos w kształtowaniu upodobań i funkcjonowaniu społecznym młodego człowieka.

Biorąc pod uwagę powyższe, wskazanym jest uwzględnienie problematyki nałogowego używania telefonu komórkowego w szkolnej profilaktyce, działaniach interwencyjnych, czy wreszcie akcjach i kampaniach społecznych zwiększających świadomość społeczną zagrożeń, wynikających z nadużywania telefonów komórkowych przez młode pokolenie [37].

## PIŚMIENNICTWO

1. Gardner H., Davis K.: The App Generation. New Haven, London 2013.
2. Lopez-Fernandez O., Honrubia-Serrano ML., Freixa-Blanxart M.: Adapting the Mobile Phone Problem Use Scale for adolescents: The English version. Personality & Individual Differences, 2014; (60): 24.
3. Krzyżak-Szymańska E.: Telefon komórkowy w codziennym życiu młodzieży- gadżet współczesności czy źródło nałogu? [w:] Dylematy i wyzwania XXI wieku ujęcie interdyscyplinarne. Kądziołka W. ( red.). Stalowa Wola, KUL, 2014; 69-90.
4. Kozak S.: Patologia fonoholizmu. Przyczyny, skutki i leczenie uzależnienia dzieci i młodzieży od telefonu komórkowego. Warszawa, Wydawnictwo Difin, 2013.
5. Pawłowicz J.J.: Fonoholizm –problem moralny. Collectanea Theologica 2010; 4: 163-173.
6. Ogólnopolskie badanie „Młodzież a telefony komórkowe ” Marzec 2011 r. TNS OBOP.
7. Węgrzecka – Giluń J.: Uzależnienia behawioralne. Rodzaje oraz skala zjawiska. Sygnały ostrzegawcze i skutki. Kompendium wiedzy dla rodziców. Warszawa, Fundacja ETOH, 2013.

8. Czerski W.: Nomofobia – szczególnie groźna odmiana uzależnienia od telefonu komórkowego. Edukacja – Technika – Informatyk,a 2018; 9(3): 212-217.
9. Ogonowska A.: Uzależnienia medialne czyli o patologicznym wykorzystaniu mediów. Kraków, Wydawnictwo Edukacyjne, 2014.
10. Bhattacharya S., Bashar M.A., Srivastava A., Singh A.: NOMOPHOBIA: NO MObile PHone PhoBIA. Journal of Family Medicine and Primary Care, 2019; 8(4): 1297-1300.
11. Jakubowska E.: Telefon komórkowy jako źródło uzależnienia.[w:] Nowe oblicza uzależnień. Łuczak E. (red.). Olsztyn, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, 2009: 161-167.
12. Lewicka I.: Patologie i uzależnienia: (wybrane problemy teorii i praktyki). Warszawa-Łodź, Studio Poligraficzne Edytorka, 2014.
13. Fischer-Grote L., Kothgassner O.D., Felnhofer A.: Risk factors for problematic smartphone use in children and adolescents: a review of existing literature. Neuropsychiatrie, 2019; 33(4): 179-190.
14. Nikhita C.S., Jadhav P.R., Ajinkya S.A.: Prevalence of Mobile Phone Dependence in Secondary School Adolescents. Journal of Clinical and Diagnostic Research, 2015; 9(11): VC06-VC09.
15. Sahu M., Gandhi S., Sharma M.K.: Mobile Phone Addiction Among Children and Adolescents: A Systematic Review. Journal of Addictions Nursing, 2019; 30(4): 261-268.
16. Munezawa T., Kaneita Y., Osaki Y.: The association between use of mobile phones after lights out and sleep disturbances among Japanese adolescents: a nationwide cross-sectional survey. Sleep, 2011; 34(8): 1013-1020.
17. Hong W., Liu R.D., Ding Y., Sheng X., Zhen R.: Mobile phone addiction and cognitive failures in daily life: The mediating roles of sleep duration and quality and the moderating role of trait self-regulation. Addictive Behaviors, 2020; 5: 107.
18. Tariq F.J., Bin Irfan A.R.: Cell Phone Addiction: A Rising Epidemic. The Journal of the Pakistan Medical Association, 2019; 69(7): 928-929.
19. McMeeken J., Tully E., Stillman B., Nattrass C., Bygott I-L., Story I.: The experience of back pain in young Australians. Manual Therapy ,2001; 6(4): 213-220.
20. Andersson G.B.J.: Epidemiological features of chronic low-back pain. Lancet, 1999; 354: 581-585.
21. Hoy D.G., Protani M., De R., Buchbinder R.: The epidemiology of neck pain. Best Practice & Research. Clinical Rheumatology, 2010; 24(6): 783-792.

22. Romicka A.M., Rostropowicz-Denisiewicz K., Moskalewicz B., Wojtyniak B.: Bóle spondylogenne u dzieci. Medycyna Wieku Rozwojowego, 2003; 7(2): 165-172.
23. Damasceno G.M., Ferreira A.S., Nogueira L.A.C., Reis F.J.J., Lara R.W., Meziat-Filho N.: Reliability of two pragmatic tools for assessing text neck. Journal of Body Work and Movement Therapies, 2018; 22(4): 963-996.
24. Meziat-Filho N., Ferreira A.S, Nogueira L.A.C., Reis F.J.J.: "Text-neck": an epidemic of the modern era of cell phones? The Spine Journal, 2018; 18(4): 714-715.
25. Lee S., Kang H., Shin G.: Head flexion angle while using a smartphone. Ergonomics, 2015; 58(2): 220-266.
26. Han H., Shin G.: Head flexion angle when web-browsing and texting using a smartphone while walking. Applied Ergonomis, 201; 81: 102884
27. Namwongsa S., Puntumetakul R., Neubert MS., Boucaut R.: Effect of neck flexion angles on neck muscle activity among smartphone users with and without neck pain. Ergonomics, 2019; 62(12): 1524-1533.
28. Xie Y.F., Szeto G., Madeleine P., Tsang S.: Spinal kinematics during smartphone texting - A comparison between young adults with and without chronic neck-shoulder pain. Applied Ergonomics, 2018; 68: 160-168.
29. Xie Y., Szeto GP., Dai J., Madeleine P.: A comparison of muscle activity in using touchscreen smartphone among young people with and without chronic neck-shoulder pain. Ergonomics, 2016; 59(1): 61-72.
30. Yoon W., Choi S, Han H., Shin G.: Neck Muscular Load When Using a Smartphone While Sitting, Standing, and Walking. Human Factors, 2020; 11.
31. Kapreli E., Vourazanis E., Billis E., Oldham J.A., Strimpakos N.: Respiratory dysfunction in chronic neck pain patients. A pilot study. Cephalalgia, 2009; 29(7): 701-710.
32. Kim W., Kim Y., Park H.S.: In Vivo Measurement of Thumb Joint Reaction Forces During Smartphone Manipulation. A Biomechanical Analysis. Journal of Orthopedic Research, 2019; 37(11): 2437-2444.
33. Baabdullah A., Bokhary D., Kabli Y., Saggaf O., Daiwali M., Hamdi A.: The association between smartphone addiction and thumb/wrist pain: A cross-sectional study. Medicine (Baltimore), 2020; 99(10): e19124.
34. Ashurst J.V., Turco D.A., Lieb B.E.: Tenosynovitis caused by texting: an emerging disease. The Journal of the American Osteopathic Association, 2010; 110(5): 294-296.
35. http://fdds.pl/wp-content/uploads/2016/05/Bak_Korzystanie_z_urzadzen_mobilnych_raport.pdf (data dostępu 16.05.2020).

36. Miner J.: Smartfonowe dzieciaki. Dla rodziców, których dzieci wychowują się w świecie smartfonów. Oświęcim, Wydawnictwo Bez Fikcji, 2020.
37. www.kbpn.gov.pl › portal Raport z badań zrealizowanych w ramach i i programu ministra zdrowia: wsparcie badań naukowych służących pogłębieniu wiedzy. W zakresie uzależnień behawioralnych, w tym hazardu problemowego i patologicznego (data dostępu 16.05.2020).

# Wybrane aspekty wpływu telefonu komórkowego na zdrowie człowieka

Anna Kordecka[1], Ksawery Kordecki[2], Mateusz Kraszyński[3]

1. Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku oddział Anestezjologii o Intensywnej Terapii,
2. Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku Zakład Diagnostyki Obrazowej,
3. Poradnia Medycyny Rodzinnej "REVITA" w Wegrowie

Pierwszy telefon komórkowy, za Janiszewski [1] został wyprodukowany w roku 1978 w Japonii.

Według danych Międzynarodowego Związku Telekomunikacyjnego, liczba użytkowników telefonów komórkowych zbliży się do liczby mieszkańców ziemi i do końca 2014 roku wyniesie 7 miliardów [2].

Szacuje się [2], iż ponad połowa subskrybentów znajduje się w regionie Azji i Pacyfiku, a w krajach rozwijających się, po 2014 roku, dostępność telefonii komórkowej wyniesie 90%, w krajach rozwiniętych wartość ta już osiągnęła 121%.

W Polsce [cyt. za 3], od kilku lat strukturę rynku telekomunikacyjnego można uznać za stabilną. W 2013 roku [3] używano ponad 56. mln kart SIM (*Subscriber Identity Module)*, co przełożyło się na penetrację na poziomie powyżej 148%. Wskaźnik ten zwiększył się o 5,7% względem roku poprzedniego i utrzymał niemal liniowy trend wzrostu [3].

W roku 2002, CBOS [4] przeprowadził badania, w którym wzięły udział instytuty z Polski (CBOS), Węgier (TÁRKI) i Czech (CVVM) oraz stali partnerzy z Rosji (WCIOM) i Rumunii (IMAS). Wykazano w nich, iż Polacy, jeżeli chodzi o rozpowszechnienie telefonii komórkowej, sklasyfikowali się w grupie badanych z krajów Europy Środkowej i Wschodniej, za Czechami i Węgrami [4]. Telefon komórkowy do osobistego użytku miało 32% Polaków, 40% Węgrów i 61% Czechów, a w Rumunii (23%) odsetek osób posiadających telefon komórkowy był znacznie wyższy, niż w Rosji (6%) [4].

Badania CBOS z 2011 roku [5], przeprowadzone na 950 osobowej reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski, wykazały, iż telefon komórkowy jest drugim

(po pralce), najpowszechniejszym urządzeniem w gospodarstwach domowych. Jego posiadanie deklarowało 86% ogółu respondentów. Posługiwali się nim się prawie wszyscy badani do 54 roku życia i tylko połowa osób mających 65 lat i więcej. Częściej, niż inni, mieli go również mieszkańcy miast powyżej 20 tys. ludności, respondenci dobrze sytuowani, z wykształceniem średnim i wyższym. Osoby z wykształceniem podstawowym, o najniższych dochodach najczęściej nie byli użytkownikami telefonów komórkowych [5].

Zwiększająca się systematycznie liczba użytkowników telefonów komórkowych wpłynęła na wzrost zainteresowania tematem związanym z wpływem telefonu komórkowego na zdrowie człowieka.

Liczne badania, za Guerreschi [6] niestety sygnalizują niepokojący wzrost liczby nieletnich uzależnionych od telefonu komórkowego.

Telefon [cyt. za 7] wykorzystuje promieniowanie elektromagnetyczne w zakresie od 450 do 2700 MHz odpowiadające falom mikrofalowym, a częstotliwość promieniowania zmniejsza się wraz ze wzrostem odległości od źródła.

Za współczynnik absorpcji swoistej, z jaką podczas narażania na działanie fal radiowych pola elektromagnetycznego, energia jest pochłaniana przez ciało człowieka, uważa się SAR (*Specific Absorption Rate),* wyrażany jako moc absorbowana przez masę tkanek ciała ludzkiego [8]. Informacje dotyczące wartości SAR, zmierzonego w sposób zgodny z normą PN-EN 50361, znajdują się w dokumentacji technicznej telefonów komórkowych i dla większości aparatów oferowanych przez krajowych operatorów sieci komórkowych ich maksymalne wartości wynoszą 0,5 - 1 W/kg [9]. Uważa się za Karpowicz i Gryż [10], iż absolutnie bezpieczny dla użytkownika byłby aparat, dla którego wartość SAR wynosiłby 0 W/kg. W literaturze przedmiotu [10] podkreśla się, iż wielkość SAR występująca u użytkownika telefonu, w czasie rzeczywistej rozmowy, jest różna od SAR wyznaczonego w warunkach laboratoryjnych, a decydują o tym różne czynniki, w tym: sposób trzymania aparatu, warunki prowadzenia rozmowy oraz charakterystyka antropometryczna użytkownika (m.in. kształt i wymiary głowy).

Karpowicz i Gryż [10] podkreślają, iż stosunkowo łatwo można zmniejszyć poziom swojej ekspozycji, poprzez:

- trzymanie aparatu z dala od głowy na początku nawiązywania połączenia (wówczas aparat pracuje z maksymalną mocą wyjściową)
- używanie telefonu w oddaleniu od głowy (stosując np. zestawy słuchawkowe, odczytując informacje graficzne z możliwie dużej odległości np. wyciągniętej ręki lub

w miejscach gdzie jest dobra łączność ze stacjami bazowymi np. na otwartej przestrzeni, a w pomieszczeniu w pobliżu okna).

Skutki zdrowotne ekspozycji powodowanej wieloletnim używaniem telefonów, stanowią podstawę badań prowadzonych od wielu lat w wielu krajach europejskich, w USA i Japonii [10].

Z uwagi na fakt, że coraz częściej łączy się szereg dolegliwości zdrowotnych, takich jak ból głowy, bezsenność, złośliwe guzy mózgu - z użytkowaniem komórek, Ponikło [11], podkreśla, że Światowa Organizacja Zdrowia zachęca naukowców z całego świata, do prowadzenia intensywnych prac badawczych związanych z oddziaływaniem telefonów komórkowych na ludzi.

Skutki zdrowotne [cyt za 10], co do których stawiane są hipotezy badawcze, dotyczą m.in. zwiększonego prawdopodobieństwa wystąpienia nowotworów zlokalizowanych w obrębie głowy i szyi, pojawienia się zaburzeń funkcji układu nerwowego, procesów pamięciowych oraz zmian funkcjonowania komórek.

Energia 250 mW, emitowana z aparatu położonego z reguły w bezpośrednim sąsiedztwie mózgu [11], powoduje pochłanianie jej części przez komórki nerwowe, co sprzyja lokalnym wzrostom temperatury w mózgu rozmówcy.

W Centrum Badań Immunologicznych w Australii, za Ponikło [11], opisano mechanizm ryzyka związany ze wzrostem temperatury ciała. Wykazano [cyt. za 11], iż podwyższona temperatura powoduje intensywniejsze produkowanie przez komórki organizmu tzw. białka wstrząsu termicznego, które jest cały czas produkowane przez komórki, a którego zadaniem jest "naprawianie" innych, uszkodzonych białek, jednakże nadmierna produkcja białka wstrząsowego prawdopodobnie zwiększa podatność komórek na zmiany nowotworowe.

Brytyjczycy z kolei [cyt. za 11] wysunęli hipotezę, że do wzmożonej produkcji białka wstrząsowego nie jest potrzebny wzrost temperatury, a wystarczy jedynie samo istnienie pola elektromagnetycznego.

Naukowcy szwedzcy [cyt. za 11] wykazali natomiast, że u osób użytkujących przez okres około 10 lat analogowe telefony komórkowe, w porównaniu z grupą kontrolną, podwyższa się o 26% ry1zyko zachorowania na nowotwór mózgu.

Badania *in vitro* przeprowadzone przez Velizarova i wsp. [12], Goswami i wsp. [13] oraz Marinelli i wsp. [14], wskazują na potencjalne skutki oddziaływania pola elektromagnetycznego o wysokiej częstotliwości na proliferację komórek i aktywację transkrypcji onkogenu.

Niektóre badania kliniczne sugerują związek pomiędzy wykorzystaniem telefonów komórkowych, a ryzykiem zachorowania na nowotwory mózgu, głowy i szyi, jądra oraz non-Hodgkin's lymphoma [15-27].

Myung i wsp. [28] przeprowadzili analizę retrospektywną 23 prac dotyczących etiologii nowotworów (łącznie 37.916 uczestników). W większości prac występował ścisły związek z ponad 10. letnim użytkowaniem telefonów komórkowych, a rozwojem guza mózgu. Autorzy [28] podkreślają, że aby jednak potwierdzić tę zależność niezbędne jest przeprowadzenie prospektywnych badań kohortowych.

Do chwili obecnej jedynie duńscy naukowcy [29] przeprowadzili takie badanie, ale we wstępnych wynikach nie uzyskali dowodów potwierdzających związek pomiędzy użytkowaniem telefonii komórkowej, a standardowym współczynnikiem zapadalności na raka [29].

W literaturze przedmiotu [30] znajdują się również informacje o negatywnym wpływie promieniowania emitowanego przez telefony komórkowe na rozruszniki i stymulatory serca.

Promieniowanie elektromagnetyczne wpływa także na zaburzenia snu, opóźniając proces zasypiania [31], zmniejszając produkcję melatoniny [32], wywołując bóle głowy, upośledzając koncentrację [33] i podwyższając ciśnienie tętnicze [34].

Agarwal i wsp. [35] przebadali nasienie 371 pacjentów, a uzyskane przez nich wyniki wykazały, wśród użytkowników telefonów komórkowych, zmniejszenie jakości nasienia, liczby plemników, ich ruchliwości i żywotności, co było ściśle powiązane z czasem ekspozycji na promieniowanie.

W piśmiennictwie fachowym [cyt. za 10] ewidentnie podkreśla się, że należy zachować ostrożność przy intensywnym wykorzystywaniu telefonu komórkowego, zwłaszcza w przypadku dzieci, gdyż są one bowiem narażone na możliwość większej, niż w przypadku osób dorosłych, absorpcji energii promieniowania elektromagnetycznego przez organizm Powyższe [cyt. za 10] wynika przede wszystkim z innego, niż dorosłych, kształtu geometrycznego głowy i właściwości elektrycznych tkanek dziecka.

Kolejnym niebezpieczeństwem związanym z telefonami komórkowymi jest uzależnienie od telefonu komórkowego.

W literaturze [cyt. za 36], zwraca się uwagę, iż od lat 60. prowadzone były badania określające, czym jest uzależnienie i o tym iż możliwe jest uzależnienie się praktycznie od wszystkiego. W ostatnich latach [1], zaczęto bowiem zwracać coraz większą uwagę na nowe uzależnienia, związane z postępem techniki, współczesną cywilizacją oraz zmianą obyczajowości. Przykładem powyższego jest np. nomofobia, czyli uzależnienie od telefonu

komórkowego.

Guerreschi [6] podkreśla, iż uzależnienie od telefonu komórkowego pojawiło się zaledwie 15. lat temu, a po raz pierwszy zaczęto o tym mówić w roku 2003 w Chinach, gdzie w *The Times of India* pojawiła się jego nazwa - *mobile phone dependence syndrome*. W literaturze przedmiotu [6,36-41] ciągle jednak niewiele jest doniesień dotyczących zjawiska nomofobii.

King i wsp. [37] opisali przypadek mężczyzny, który odczuwał ogromny niepokój i lęk, jeżeli nie miał przy sobie telefonu komórkowego i z tego powodu musiał być leczony psychiatrycznie przez 4 lata

W krajach Beneluksu [cyt. za 6], przeprowadzono badania 2.500 młodych ludzi w wieku 13-16 lat, które wykazały, iż wielu z nich budziło się w nocy, aby czytać otrzymywane SMS-y lub na nie odpowiadać.

Reid i Reid [38] przebadali 158 dorosłych osób odczuwających lęk społeczny oraz samotność i stwierdzili, iż wolały one rozmawiać przez telefon komórkowy, niż wysyłać SMS [38].

Bloc [39] uważa, iż nadmierne wysyłanie SMS, można zakwalifikować, jako chorobę psychiczną powodującą ogromne zniszczenia w ludzkiej psychice. Swoją teorię popiera argumentami, iż osoby, które nie rozstają się nawet na chwilę z telefonem komórkowym, traktują nadmierne pisanie SMS-ów, jako rodzaj używki. Uważa też [39], iż odebranie im na kilka godzin komórki, może wywołać w nich agresję, niepokój, rozkojarzenie lub nawet depresję. Stwierdził także, że w przeciwieństwie do dzieci, dorośli reagują bardziej agresywnym zachowaniem oraz silniej wyrażają chęć poszukania innego telefonu, z którego mogliby skorzystać [39].

Codacons [cyt. za 6] przeprowadził we Włoszech badanie w grupie 300 wolontariuszy, w wieku 20-30 lat i wykazał, iż po ok. 70% z nich zmieniało swoje zachowanie w sytuacji, gdy nie mieli do dyspozycji telefonu komórkowego lub nie potrafiło się obejść bez telefonu komórkowego. U 35% wystąpiły wcześniej nie spotykane reakcje, takie jak np. ciągłe spoglądanie na zegarek, nieustanne wkładanie i wyjmowanie rąk z kieszeni lub szukanie własnego telefonu po usłyszeniu w pobliżu dzwonku. 25% - podnosiło głos, traciło panowanie nad sobą lub kłóciło się, a 10% wykazywało objawy depresyjne [cyt. za 6].

Ha i wsp. [40], oceniali w grupie 595. osobowej młodzieży, występowanie ewentualnych problemów psychologicznych związanych z nadmiernym korzystaniem z telefonów komórkowych. Stwierdzono, że wielu z nich korzystało telefonów komórkowych i wykazywało trudności w kontrolowaniu tego. U osób tych stwierdzono występowanie większej

liczby objawów depresji, lęku oraz niższe poczucie własnej wartości. Wykazano także dodatnią korelację między nadmiernym korzystaniem z telefonów komórkowych i uzależnieniem od Internetu [40].

Badania Krajewskiej-Kułak i wsp. [41] przeprowadzone były w grupie 160 studentów z Białorusi oraz 227 z Polski. Badani najczęściej posiadali jeden telefon komórkowy (odpowiednio 83,3% i 68,1%). Większość respondentów z Polski (72,7%) i z Białorusi (86,3%), była zdania, iż telefon komórkowy ułatwia im kontakt z ludźmi [41]. O szkodliwości telefonu komórkowego było przekonanych 35,2% osób z Polski i 68,8% z Białorusi. Większość badanych (77,1%) osób z Polski, twierdziło, iż od telefonu komórkowego można być uzależnionym, zaś większość z Białorusi (49,4%) tej opinii nie podzielała. Większość respondentów (83.7% z Polski i 71.9% z Białorusi) deklarowała, iż swojego telefonu nigdy nie wyłączała [41].

Pawłowska i wsp. [42] badaniami objęli 291 uczniów gimnazjów oraz liceów i stwierdzili, że więcej dziewcząt, niż chłopców, posiadało profil na portalu społecznościowym Nasza Klasa oraz spełniało kryteria uzależnienia i zagrożenia uzależnieniem od telefonu komórkowego. Im więcej godzin dziewczęta korzystały z internetowego portalu społecznościowego Nasza Klasa, tym bardziej miały nasilone objawy uzależnienia od telefonu komórkowego [42]. Wykazano także, że nasilone objawy uzależnienia od rozmów i wiadomości SMS, preferowanie komunikacji przez telefon komórkowy zamiast spotkań „twarzą w twarz" oraz poszukiwanie w kontaktach nawiązywanych przez telefon komórkowy akceptacji i bliskości, wyraźnie korelowało ze zwiększaniem liczby godzin korzystania z portalu społecznościowego przez dziewczęta i ich potrzebą chwalenia się [42].

Kolejnym problemem związanym z użytkowaniem telefonów komórkowych jest ich udział w transmisji drobnoustrojów.

Coutinho i wsp. [43] analizowali występowanie grzybów pleśniowych na powierzchni telefonów publicznych jednego z miast w Brazylii i wykazali, że budki telefoniczne mogą odgrywać dużą rolę w przenoszeniu zakażeń grzybami na ludzi. Autorzy [43], w miesiącach październik/2003 (sezon suchy) i czerwiec/2004 (pora deszczowa), pobierali próbki między innymi ze sprzętu audio, głośników, klawiatur na lotnisku, centrum handlowego, stacji metra i przystanków autobusowych. Łącznie uzyskali 120 próbek i wyizolowali z nich 34 rodzaje i 73 gatunków grzybów, w większości anamorficznych (91,78%), a następnie należących do gromady Ascomycota (6,85%) i Zygomycota (1,37%). Nie stwierdzili natomiast istotnej statystycznie różnicy w proporcji gatunków pomiędzy porami roku (suchą i deszczową). W opinii badaczy [43], ze względu na brak odpowiedniej konserwacji lub niedostatecznego

czyszczenia telefonów, grzyby obecne na tych urządzeniach mogą powodować rozwój grzybicy u użytkowników, zarówno zdrowych, jak i o obniżonej odporności.

Johlizanti i wsp. [44] przeanalizowali próbki z 20 losowo wybranych telefonów publicznych w centralnej dzielnicy biznesowej w Melbourne w Australii i stwierdzili występowanie na ich powierzchni bakterii chorobotwórczych i patogenów oportunistycznych. Bakterie izolowano ze wszystkich telefonów, w tym z reguły (40%) były to*: Staphylococcus aureus koagulazo-dodatni*. Według autorów [44] uzyskane rezultaty wskazują, że powierzchnia telefonu może służyć, jako potencjalne zbiorniki do przekazywania bakterii chorobotwórczych.

Akinyemi i wsp. [45] podkreślają, iż telefony komórkowe są niezbędnymi akcesoriami zarówno zawodowo i społecznie, ale są często używane w środowiskach o wysokiej liczbie bakterii. Autorzy [45] zbadali 400 próbek pobranych z telefonów komórkowych od właścicieli, którymi byli: grupa A - producenci żywności (100 osób), grupa B – wykładowcy i studenci (104 osoby), grupa C - urzędnicy służby cywilnej (106 osób) i grupa D - pracownicy służby zdrowia (90 osób). Stwierdzono wysoki odsetek (62,0%) skażenia bakteriami. Telefony komórkowe miały najwyższy wskaźnik zanieczyszczenia w grupie A (92, 37%), a następnie w grupie B (73,6%), grupie C (16,9%) i grupie D (15,3%). Najbardziej rozpowszechnione w grupie A (50,1%) były szczepy *Staphylococcus koagulazo ujemnego,* który był izolowany w najmniejszym odsetku z próbek pobranych z telefonów w grupie D (26,3%). Innymi zidentyfikowanymi drobnoustrojami były między innymi: *Staphylococcus aureus, Enterococcus faecalls, Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli i Klebsiella spp.* [45].

Ulger i wsp. [46] przebadali powierzchnie 200 telefonów komórkowych pracowników ochrony zdrowia, izolując z 94,5% próbek różne gatunki bakterii Okazało się [46], że ok. 35% telefonów zasiedlały dwa typy bakterii, a ponad 11 % - aż trzy szczepy lub więcej.

## PIŚMIENNICTWO

1. Janiszewski Wł.: Stare i nowe uzależnienia - podobieństwa i różnice, Problemy Narkomanii, 2009; 1: 66-84.
2. http://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Documents/facts/ICTFactsFigures2014-e.pdf, (data dostępu 24.06.2020).
3. http://www.uke.gov.pl/files/?id_plik=16757, (data dostępu 24.06.2020).
4. Wenzel M.: Komputery, internet, telefony komórkowe: Wyposażenie gospodarstw domowych i użytkownicy w niektórych krajach Europy Środkowej i Wschodniej, Badanie CBOS , BS/83/2002, Warszawa, 2002, 5, 1-12.
5. Pankowski K.: Wzrost standardu wyposażenia gospodarstw domowych, Badanie CBOS

BS/39/2011, Warszawa, 2011, 4, 1-10.

6. Guerreschi C.: Nowe uzależnienia. Kraków, Wyd. Salwador, 2006.
7. Electromagnetic fields and public health: mobile telephones and their base stations. [w:] Fact sheet N°193 World Health Organization, June 2000 , (data dostępu 24.06.2020).
8. Jianming Jin: Electromagnetic Analysis and Design in Magnetic Resonance Imaging. CRC Press, 1998.
9. PN-EN 50361:2003 Pomiary swoistego tempa pochłaniania energii związanego z ekspozycją ludzi na pola elektromagnetyczne o częstotliwościach od 300 MHz do 3 GHz, wytwarzane przez telefony ruchome. Norma podstawowa TCO'01 Certification
10. Karpowicz J., Gryż K.: Telefonia bezprzewodowa w naszym życiu, Bezpieczeństwo Pracy – Nauka i Praktyka, 2005; 6: 26-29.
11. Ponikło W.: Czy telefony komórkowe są bezpieczne? Służba zdrowia, 2001; 88-89: 8.
12. Velizarov S., Raskmark P., Kwee S.: The effects of radiofrequency fields on cell proliferation are non-thermal. Bioelectrochem Bioenerg, 1999; 48: 177–180.
13. Goswami P.C., Albee L.D., Parsian A.J., Baty JD, Moros EG, Pickard WF, Roti JL, Hunt CR: Pro-oncogene mRNA levels and activities of multiple transcription factors in C3H 10T1/2 murine embryonic fibroblasts exposed to 835.62 and 847.74 MHz cellular telephone communication frequency radiation. Radiation Research, 1999; 15: 00–309.
14. Marinelli F., La Salsa D., Cicciotti G., Cattini L., Trimarchi C., Putti S, Zamparelli A, Giuliani L, Tomasetti G., Cinti C.: Exposure to 900 MHz electromagnetic field induces an unbalance between pro-apoptotic and pro-survival signals in T-lymphoblastoid leukemia CCRF-CEM cells. Journal of Cellular Physiology, 2004; 198: 324–332.
15. Hardell L., Nasman A., Pahlson A., Pähls on A., Hallquist A., Mild KH: Use of cellular telephones and the risk for brain tumours: A case-control study. The International Journal of Oncology, 1999; 15: 113–116.
16. Muscat J.E., Malkin M.G., Thompson S., Shoe RE, Stellman SD, McRee D, Neugut AI, Wynder EL: Handheld cellular telephone use and risk of brain cancer. JAMA , 2000; 284: 3001–3007.
17. Inskip P.D., Tarone R.E., Hatch E.E., Wilcosky TC, Shapiro WR, Selker RG, Fine HA, Black PM, Loeffer JS, Linet MS: Cellular-telephone use and brain tumors. The New England Journal of Medicine, 2001; 344: 79–86.
18. Stang A., Anastassiou G., Ahrens W., Bromen K., Bornfeld N., Jőckel KH: The possible role of radiofrequency radiation in the development of uveal melanoma. Epidemiology, 2001; 12: 7–12.

19. Auvinen A., Hietanen M., Luukkonen R., Koskela RS.: Brain tumors and salivary gland cancers among cellular telephone users. Epidemiology, 2002; 13: 356–359.
20. Hardell L., Hallquist A., Mild K.H., Carlberg M., Pählson A., Lilia A.: Cellular and cordless telephones and the risk for brain tumours. European Journal of Cancer Prevention, 2002; 11: 377–386.
21. Warren H.G., Prevatt A.A., Daly K.A., Antonelli PJ.: Cellular telephone use and risk of intratemporal facial nerve tumor. Laryngoscope, 2003, 113,663–667.
22. Hardell L., Hallquist A., Hansson Mild K., Carlberg M., Gertzen H., Schildt E., Dahlqvist A.: No association between the use of cellular or cordless telephones and salivary gland tumours. The Journal of Occupational and Environmental Medicine, 2004; 61: 675–679.
23. Hardell L., Eriksson M., Carlberg M., Sundström Ch.: Use of cellular or cordless telephones and the risk for non-Hodgkin's lymphoma. International Archives of Occupational and Environmental Health, 2002; 78: 625–632.
24. Hardell L., Carlberg M., Hansson Mild K.: Case-control study on cellular and cordless telephones and the risk for acoustic neuroma or meningioma in patients diagnosed 2000-2003. Neuroepidemiology, 2005, 25,120–128.
25. Schoemaker M.J., Swerdlow A.J., Ahlbom A., Auvinen A., Blaasaal KG., Cardis E., Christensen HC, Feychting M., Hepwortj SJ, Johansen C., Klæboe L. Lőnn S., McKinney PA., Muir K., Rajtanen J., Salminen T., Thomsen J, Tynes T.: Mobile phone use and risk of acoustic neuroma: Results of the Interphone case-control study in five North European countries. The British Journal of Cancer, 2005; 93: 842–848.
26. Hardell L., Carlberg M., Hansson Mild K.: Case-control study of the association between the use of cellular and cordless telephones and malignant brain tumors diagnosed during 2000-2003. Environmental Research, 2002; 100: 232–241.
27. Linet M.S., Taggart T., Severson R.K., Cerhan JR, Cozen W., Hartge P., Colt J: Cellular telephones and non-Hodgkin lymphoma. The International Journal of Cancer, 2006; 119: 2382–2388.
28. Myung S.K., Ju W., McDonnell D.D., Woong J., Yeon JL: Mobile phone use and risk of tumors: a meta-analysis. Journal of Clinical Oncology, 2009; 27: 5565 - 5572.
29. Schüz J., Jacobsen R., Olsen J.H, Boice JD, McLaughlin JK, Johansen CH: Cellular telephone use and cancer risk: Update of a nationwide Danish cohort. The Journal of the National Cancer Institute, 2006; 98: 1707–1713.
30. Irnich W., Batz L., Müller R., Tobisch R.: Electromagnetic interference of pacemakers by mobile phones. Pacing and Clinical Electrophysiology, 1996; 19: 1431-1446.

31. Huber R, Graf T, Cote KA, Wittmann L., Gallmann E., Matter D., Schuderer J., Kuster N., Borbély A., Achermann P.: Exposure to pulsed high-frequency electromagnetic field during waking affects human sleep EEG. Neuroreport, 2000; 11: 3321–3325.
32. Burch J.B., Reif J.S., Yost M.G., Keefe TJ., Pitrat CA.: Nocturnal excretion of a urinary melatonin metabolite among electric utility workers. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 1998; 24: 183–189.
33. Preece A.W., Iwi G., Davies-Smith A., Wesnes K., Butler S., Lim E., Varey A.: Effect of a 915-MHz simulated mobile phone signal on cognitive function in man. International Journal of Radiation Biology, 1999; 75: 447–456.
34. Braune S., Wrocklage C., Raczek J., Gailus T., Lũcking CH: Resting blood pressure increase during exposure to a radio-frequency electromagnetic field. Lancet, 1998; 351: 1857–1858.
35. Agarwal A., Singh A., Hamada A., Kesari K.: Cell phones and male infertility: a review of recent innovations in technology and consequences. International Brazilian Journal Urology, 2011; 37: 432-454.
36. Seweryn J.: Uzależnienie od nowych mediów wśród młodzieży w wybranych czasopismach pedagogicznych, Będzien, Wydawnictwo E-bookowo, 2008.
37. King A.L., Valenca A.M., Nardi A.E.: Nomophobia: the mobile phone in panic disorder with agoraphobia: reducing phobias or worsening of dependence? Cognitive and Behavioral Neurology, 2010; 23: 52-54.
38. Reid D.J, Reid F.J.: Text or talk? Social anxiety, loneliness, and divergent preferences for cell phone use, CyberPsychology & Behavior, 2007; 10: 424-435.
39. Block J.J.: Issues for DSM-V: Internet Addiction. The American Journal of Psychiatry, 2008; 165: 306-307.
40. Ha J.H., Chin B., Park D.H., Ryu S.H., Yu J.: Characteristics of excessive cellular phone use in Korean adolescents, Cyberpsychology & Behavior, 2008; 11: 783-784.
41. Krajewska-Kułak E, Kułak W, Stryzhak A, Szpakow A., Prokopowicz W., Marcinkowski J.T.: Problematic mobile phone using among the Polish and Belarusian University students, a comparative study, Progress in Health Sciences, 2012; 2: 45-50.
42. Pawłowska B., Dziurzyńska E., Gromadzka K., Wallace BE., Zygo M.: Objawy uzależnienia od telefonu komórkowego a korzystanie z internetowych portali społecznościowych przez młodzież. Current Problems of Psychiatry, 2012; 13: 103-108.
43. Coutinho F.P., Cavalcanti M.S., Neto F.C.: Isolation of filamentous fungi from public telephones of the metropolitan region of the city of Recife, Pe, The Brazilian Journal of Microbiology, 2007; 38: 324-329.

44. Johlizanti F, Kylie H, Enzo P.A.: Isolation of pathogenic bacteria and opportunistic pathogens from public telephones. Environmental Health, 2001; 2: 74-79.
45. Akinyemi K.O, Atapu A.D, Adetona O.O.: The potential role of mobile phones in the spread of bacterial infections. Journal of Infection in Developing Country, 2009; 3: 628-632.
46. Ulger F., Esen S., Dilek A., Yanik K., Gunaydin M, Leblebicioglu H.: Are we aware how contaminated our mobile phones with nosocomial pathogens? Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials, 2009; 8: 31.




ISBN – 978-83-957032-0-1