

**AGNIESZKA KUŁAK – BEJDA**

**WYBRANE ZACHOWANIA RYZYKOWNE STUDENTÓW  
POLSKI I BIAŁORUSI**

**STRESZCZENIE**

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. 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. Podkreśla się także, 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.

Celem głównym pracy była ocena 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 przez studentów (używanie narkotyków, palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, czasu spędzanego przed komputerem, częstotliwość korzystania z Internetu), ocenę 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, analizę występowania w grupie młodzieży zagrożenia uzależnieniem od telefonu komórkowego, sprawdzenie, czy na rozwój zagrożenia uzależnieniem od telefonu komórkowego mają wpływ ewentualne zachowania ryzykowne studentów (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 oraz ocenę, czy istnieją w powyższym różnice pomiędzy studentami z Grodna i z Białegostoku.

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMB R-I-002/448/2015 oraz dr hab. Andrzeja Szpakowa, Kierownika Katedry Medycyny Sportowej i Rehabilitacji, Państwowego Uniwersytetu im. Janka Kupały w Grodnie, a także

prof. Sławomira Jerzego Terlikowskiego, Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Badania przeprowadzono w okresie od grudnia 2015 roku do czerwca 2016 roku i objęto nim 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).

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, Test bMAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*), Test PUN (Problemowego Używania Narkotyków), Test uzależnienia od Internetu wg Kimberly Young, Test uzależnienia od telefonu komórkowego Guerreschiego, Kwestionariusz orientacji życiowej SOC-29, wg. Aarona Antonovsky'go, Skalę satysfakcji z życia SWLS (*Satisfaction With Life Scale*), E. Dienera, R. A. Emmons, R.J. Larsona, S. Griffina, w polskiej adaptacji Juczyńskiego, Test asertywności wg Grębskiego, Test oceny siły własnej woli wg Bielak oraz Test samooceny własnej osoby wg Bielak.

Uzyskane wyniki pozwoliły na wyciągnięcie poniższych wniosków:

#### **Wnioski dotyczące współlistnienia zachowań ryzykowanych z uzależnieniem od telefonu komórkowego w badanych grupach**

1. W grupie białoruskiej nie wykazano wpływu wieku na poziom uzależnienia od telefonu komórkowego, zaś w zbiorowości polskiej jego wpływ był zbliżony do poziomu znamienności statystycznej.
2. W grupie polskiej kobiety charakteryzowały się wyższym poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego, niż w grupie białoruskiej.
3. Miejsce zamieszkania nie różnicowało poziomu uzależnienia od telefonu komórkowego, ani w grupie polskiej, ani w grupie białoruskiej.
4. Jedynie w grupie polskiej wykazano, iż uzależnienie od papierosów może być czynnikiem ryzyka uzależnienia od Internetu.
5. Nie wykazano w żadnej zbiorowości studentów, wpływu nasilenia nałogu palenia tytoniu, mierzonego testem wg Fagerströma na poziom uzależnienia od telefonu komórkowego.
6. Wpływ uzależnienia od 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.

7. Nie stwierdzono w obu zbiorowościach statystycznie istotnych różnic w poziomie uzależnienia od telefonu komórkowego pomiędzy osobami uzależnionymi od narkotyków i pozostałymi studentami oraz pomiędzy faktem posiadania komputera lub jego brakiem.
8. 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.
9. Stwierdzono istnienie znamiennej statystycznie zależności poziomu uzależnienia od telefonu komórkowego od poczucia koherencji w grupie polskiej (niski poziom uzależnienia występował w grupie o wysokim poziomie koherencji) i brak takiej zależności w grupie studentów z Białorusi.
10. W zbiorowości polskiej i w zbiorowości białoruskiej poziom uzależnienia od telefonu komórkowego nie był skorelowany z poczuciem sensowności, ale korelował z poczuciem zrozumiałości i zaradności wyznaczonych za pomocą kwestionariusza SOC-29.
11. Nie stwierdzono ani w zbiorowości polskiej, ani białoruskiej zależności pomiędzy jakością życia ocenianą za pomocą kwestionariusza SWLS, poziomem asertywności studentów, oceną siły własnej woli i samooceną własnej osoby, a poziomem uzależnienia od telefonu komórkowego.
12. Nie wykazano występowania zależności pomiędzy opinią na temat kosztów korzystania z telefonów komórkowych, a uzależnieniem od tych urządzeń.
13. Jedynie w zbiorowości polskiej stwierdzono większy poziom uzależnienia od telefonu komórkowego u osób bardziej towarzyskich i zajmujących się swoim hobby.

#### **Wnioski dotyczące skali zachowań ryzykowanych w badanych grupach**

1. W zbiorowości studentów z Białorusi występował większy odsetek osób palących, jednakże w obu zbiorowościach poziom uzależnienia od papierosów, mierzony testem według Fagerströma, był niski.
2. Nie wykazano statystycznie istotnych różnic w deklaracji częstości spożywania alkoholu pomiędzy zbiorowością polską, a białoruską, przy czym osób wykazujących uzależnienie od alkoholu, według testu MAST, było więcej w Polsce niż na Białorusi.
3. Nie wykazano statystycznie istotnych różnic w deklaracji częstości zażywania narkotyków pomiędzy zbiorowością polską, a białoruską, przy czym osób obecnie

używających narkotyków było nieznacznie więcej w grupie białoruskiej, niż w polskiej.

4. W zbiorowości polskiej najczęściej używana była marihuana/haszysz, a białoruskiej leki psychotropowe i uspokajające oraz amfetamina.
5. Mimo niewielkiej liczności porównywanych grup narkotyzujących się wykazano znamienne różnice w rozkładzie miary PUN pomiędzy obiema grupami, świadczące o wyższym stopniu uzależnienia od narkotyków w zbiorowości polskiej.
6. Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic poziomu uzależnienia od Internetu wg Kimberly Young w badanych krajach, aczkolwiek wśród studentów z Białorusi, niż w Polsce, było nieco więcej osób zagrożonych uzależnieniem lub już uzależnionych od Internetu.
7. Poziom uzależnienia od telefonu komórkowego oceniany testem Guerreschiego był w obu grupach przeciętny, nieznacznie istotnie statystycznie wyższy w zbiorowości polskiej.
8. W zbiorowości polskiej, w porównaniu ze zbiorowością białoruską, było znamienne więcej studentów z wysokim poziomem koherencji, mierzonej kwestionariuszem SOC-29.
9. Wykazano znamienne statystycznie wyższe zadowolenie z życia, mierzone kwestionariuszem SWLS, w zbiorowości studentów z Polski, w porównaniu z białoruskimi.
10. Poziom asertywności polskich studentów, siła własnej woli i samoocena, były istotnie statystycznie wyższe niż studentów białoruskich.

## **Postulat**

Dzięki wynikom tych badań pojawia się potrzeba zwiększenia liczby zajęć dotyczących zachowań ryzykownych i skuteczności działań profilaktycznych skierowanych do studentów kierunków medycznych.