

PSYCHOSPOŁECZNE PREDYKATORY
PROBLEMOWEGO SPOŻYWANIA ALKOHOLU
WŚRÓD STUDENTÓW NIESTACJONARNYCH



PSYCHOSPOŁECZNE PREDYKATORY PROBLEMOWEGO SPOŻYWANIA ALKOHOLU WŚRÓD STUDENTÓW NIESTACJONARNYCH

Grzegorz Świecarz



Józefów 2025

**PSYCHOSPOŁECZNE PREDYKATORY
PROBLEMOWEGO SPOŻYWANIA ALKOHOLU
WŚRÓD STUDENTÓW NIESTACJONARNYCH**

RECENZJA NAUKOWA

**PROF. DR HAB. IWONA NIEWIADOMSKA
DR HAB. IWONA KLONOWSKA**

WYDAWCA

**AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH WSGE
IM. A. DE GASPERI W JÓZEFOWIE
05-410 JÓZEFÓW, UL. SIENKIEWICZA 4
TEL./FAKS: 48 22 789 19 03, WWW.WSGE.EDU.PL
E-MAIL: WYDAWNICTWO@WSGE.EDU.PL**

ISBN

978-83-970303-7-4

DOI

10.13166/AWSGE/210051

KOREKTA JĘZYKOWA

JOANNA MISZTAŁ

GRAFIKA

IWONA WÓJCICKA

PROJEKT, SKŁAD

GRZEGORZ WÓJCICKI

© COPYRIGHT BY AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH WSGE IM. A. DE GASPERI W JÓZEFOWIE.
ALL RIGHTS RESERVED/ WSZELKIE PRAWA ZASTRZEŻONE. KOPIOWANIE, PRZEDRUKOWYWANIE
I ROZPOWSZECZNIANIE CAŁOŚCI LUB FRAGMENTÓW NINIEJSZEJ PUBLIKACJI BEZ ZGODY WYDAWCY
ZABRONIONE

SPIS TREŚCI

SPIS TREŚCI	5	
WSTĘP	7	
ROZDZIAŁ 1		
Samoocena i stres wśród studentów niestacjonarnych	11	
1. Definicja i teoretyczne podstawy samooceny na podstawie przeglądu literatury	14	
2. Analiza etiologii stresu oraz jego wpływu na funkcjonowanie studentów niestacjonarnych	18	
3. Strategie zarządzania stresem stosowane przez studentów niestacjonarnych	21	
4. Badania nad związkiem między poziomem samooceny a podatnością na stres w populacji studenckiej	24	
ROZDZIAŁ 2		
Nadużywanie alkoholu w kontekście życia studenckiego	28	
1. Terminologia i diagnostyczne kryteria uzależnienia od alkoholu.	30	
2. Profil osób uzależnionych od alkoholu.	36	
3. Konsekwencje spożywania alkoholu dla zdrowia fizycznego i psychicznego	42	
ROZDZIAŁ 3		47
Metodologia badań własnych	47	
1. Określenie celów badania oraz sformułowanie pytań i hipotez	47	
2. Zmienne uwzględnione w badaniach	49	
3. Narzędzia badawcze	51	
3.1. <i>Ankieta własnego autorstwa</i>	51	
3.2. <i>Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10) autorstwa S. Cohen, T. Kamarck, R. Marmelstein</i>	51	

SPIS TREŚCI

3.3. Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (Mini-COPE) autorstwa C. S. Carver	52
3.4. Skala Samooceny (SES) autorstwa M. Rosenberg	53
3.5. Kwestionariusz Nadziei na Sukces (KNS) autorstwa C. R. Snyder	53
4. Charakterystyka respondentów.	54
5. Przebieg badania: procedury i etapy	57
ROZDZIAŁ 4	58
Wyniki badań własnych	58
1. Wprowadzenie do wyników badań empirycznych	58
2. Analiza związku między historią alkoholizmu w rodzinie a własnym spożyciem alkoholu w dorosłości	60
3. Strategie radzenia sobie ze stresem a konsumpcja alkoholu	60
4. Relacja między poziomem odczuwanego stresu a konsumpcją alkoholu.	62
5. Zależność między samooceną a spożywaniem alkoholu	63
6. Związek między poziomem nadziei na sukces a używaniem alkoholu	64
7. Omówienie i interpretacja wyników badań	65
ZAKOŃCZENIE	73
BIBLIOGRAFIA	76
SPIS TABEL	86
Kwestionariusz badania	87
Samoocena, radzenie sobie ze stresem a skłonność do spożywania alkoholu wśród studentów	87
Metryczka.	87
ZAŁĄCZNIKI.	87
Ankieta.	88

WSTĘP

Psychospołeczne predyktory problemowego spożywania alkoholu
Wśród studentów niestacjonarnych koncentrują się na analizie czynników psychologicznych i społecznych, które mogą przyczyniać się do problematycznego spożywania alkoholu w tej specyficznej grupie studentów. W pracy poruszono kluczowe aspekty, takie jak samoocena, poziom stresu oraz strategie radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, a także ich wpływ na zachowania związane z konsumpcją alkoholu.

Niniejsza monografia jest wynikiem obserwacji autora, który w trakcie studiów z zakresu psychologii klinicznej i osobowości dostrzegł istotną rolę relacji międzyludzkich w życiu studentów niestacjonarnych oraz wpływ postaw społecznych na te relacje. Szczególną uwagę poświęcono problematyce uzależnień, zwłaszcza uzależnienia od alkoholu, które jest jednym z najczęstszych problemów wśród studentów niestacjonarnych, wpływając na ich zdrowie psychiczne, społeczne funkcjonowanie oraz wyniki akademickie.

Jednocześnie autor zidentyfikował, że różnorodne postawy społeczne, w tym te oparte na stereotypach, uprzedzeniach oraz innych mechanizmach społecznych, mają potencjał do znaczącego wpływania na jakość i dynamikę relacji w tej grupie studentów. Negatywne postawy społeczne mogą prowadzić do marginalizacji, wykluczenia społecznego, a także do nasilania problemów psychicznych, takich jak lęk, depresja, czy stres społeczny, co w konsekwencji może prowadzić do podejmowania ryzykownych zachowań, w tym nadużywania alkoholu.

Zjawisko nadużywania alkoholu w środowisku akademickim jest szczególnie niepokojące, gdyż stanowi nie tylko problem zdrowotny, ale także psychospołeczny, wpływając na szerokie spektrum aspektów życia studenckiego. Nadużywanie alkoholu przez studentów niestacjonarnych jest problemem o złożonej etiologii, która obejmuje zarówno czynniki indywidualne, jak i społeczne. Do najważniejszych czynników indywidualnych zaliczają się niska samoocena, wysoki poziom odczuwanego stresu oraz nieefektywne strategie radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Z kolei w kontekście społecznym

istotne są normy kulturowe i społeczne, presja grupy rówieśniczej, a także wcześniejsze doświadczenia związane z alkoholizmem w rodzinie. Wszystkie te elementy mogą kumulować się, prowadząc do zwiększonego ryzyka rozwinięcia problematycznego wzorca spożycia alkoholu.

Problematyka uzależnienia od alkoholu wśród studentów niestacjonarnych staje się coraz bardziej widoczna w literaturze naukowej, co wskazuje potrzebę głębszej eksploracji tego zagadnienia. Dotychczasowe badania sugerują, że nadużywanie alkoholu przez studentów jest często reakcją na różne formy stresu, zarówno akademickiego, jak i osobistego, oraz na trudności związane z adaptacją do życia studenckiego. Nadużywanie alkoholu jest też często związane z próbą radzenia sobie z niską samooceną oraz z trudnościami w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji interpersonalnych. Ponadto, studenci niestacjonarni, którzy mają historię alkoholizmu w rodzinie, mogą być szczególnie narażeni na rozwinięcie problemów alkoholowych, co wiąże się z przekazywaniem wzorców zachowań oraz mechanizmów radzenia sobie z trudnościami na poziomie rodzinnym.

Celem niniejszej pracy jest pogłębiona analiza psychospołecznych predyktorów problemowego spożywania alkoholu wśród studentów niestacjonarnych, z naciskiem na takie czynniki jak samoocena, poziom stresu oraz strategie radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Szczególną uwagę poświęcono również związkowi między historią alkoholizmu w rodzinie a aktualnym poziomem spożycia alkoholu przez studentów. W pracy przyjęto następujące hipotezy badawcze:

- Hipoteza dotycząca samooceny: Istnieje istotna zależność między niską samooceną a wyższym poziomem spożycia alkoholu wśród studentów niestacjonarnych. Zakłada się, że studenci o niższej samoocenie mogą częściej sięgać po alkohol jako formę ucieczki od negatywnych emocji i lęków związanych z samooceną.
- Hipoteza dotycząca stresu: Studenci niestacjonarni o wyższym poziomie odczuwanego stresu są bardziej skłonni do problemowego spożywania alkoholu. Ta hipoteza bazuje na założeniu, że alkohol jest często używany jako narzędzie do radzenia sobie z wysokim poziomem stresu, zwłaszcza w okresach zwiększonego obciążenia akademickiego.
- Hipoteza dotycząca rodzinnej historii alkoholizmu: Studenci niestacjonarni, którzy mają historię alkoholizmu w rodzinie, wykazują

większą skłonność do problemowego spożywania alkoholu w dorosłości. Hipoteza ta odnosi się do wpływu rodzinnych wzorców zachowań i dziedziczenia pewnych predyspozycji psychologicznych.

Aby odpowiedzieć na postawione hipotezy, w badaniu wykorzystano szereg precyzyjnych narzędzi badawczych. Skalę Odczuwanego Stresu (PSS-10) użyto do oceny poziomu stresu, Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (Mini-COPE) do analizy strategii radzenia sobie, Skalę Samooceny (SES) do pomiaru poczucia własnej wartości, a Kwestionariusz Nadziei na Sukces (KNS) do zbadania optymizmu i nastawienia do przyszłości. Badanie zostało przeprowadzone na reprezentatywnej grupie 203 studentów niestacjonarnych Akademii Nauk Stosowanych WSGE w Józefowie, co pozwoliło na uzyskanie rzetelnych i miarodajnych wyników.

Praca składa się z czterech głównych rozdziałów. Pierwszy rozdział oferuje dogłębną analizę pojęcia samooceny i strategii radzenia sobie ze stresem, uwzględniając różnorodne perspektywy teoretyczne. Zawiera on także przegląd literatury dotyczącej wpływu samooceny na zdrowie psychiczne i emocjonalne funkcjonowanie studentów niestacjonarnych, z uwzględnieniem czynników takich jak presja akademicka, relacje z rówieśnikami oraz wpływ życia studenckiego na poczucie własnej wartości.

Drugi rozdział koncentruje się na problematyce uzależnienia od alkoholu wśród studentów niestacjonarnych, analizując jego wpływ na ich życie akademickie, społeczne oraz zdrowotne. Przedstawiono tu terminologię związaną z uzależnieniem, kryteria diagnostyczne oraz omówiono konsekwencje zdrowotne, społeczne i akademickie wynikające z nadużywania alkoholu. Dodatkowo, w rozdziale tym poruszono inne powiązane problemy, takie jak depresja, zaburzenia lękowe, izolacja społeczna oraz trudności w relacjach interpersonalnych, które często współwystępują z nadużywaniem alkoholu.

Trzeci rozdział opisuje szczegółowo metodologię badania, w tym dobór próby, zastosowane narzędzia badawcze oraz procedurę badawczą. Badanie przeprowadzono zgodnie z rygorystycznymi standardami metodologicznymi, aby zapewnić wysoką jakość i wiarygodność uzyskanych wyników. W rozdziale tym przedstawiono również szczegółowy opis respondentów, co pozwala na lepsze zrozumienie kontekstu, w jakim badanie zostało przeprowadzone.

Czwarty rozdział zawiera analizę uzyskanych wyników, w tym szczegółową analizę statystyczną, która pozwala na weryfikację postawionych hipotez. W rozdziale tym przedstawiono również dyskusję wyników, w której omówiono ich znaczenie w kontekście istniejącej literatury oraz wskazano na możliwości dalszych badań. Dyskusja obejmuje także analizę zgodności lub rozbieżności uzyskanych wyników z wynikami innych badań, co pozwala na formułowanie wniosków dotyczących kierunków przyszłych badań oraz potencjalnych zastosowań praktycznych.

Wnioski z przeprowadzonych badań potwierdzają, że niska samoocena, wysoki poziom stresu oraz historia alkoholizmu w rodzinie są istotnymi predyktorami problemowego spożywania alkoholu wśród studentów niestacjonarnych. Wyniki te wskazują na konieczność uwzględnienia tych czynników w strategiach profilaktycznych i terapeutycznych, które mają na celu redukcję problemów związanych z alkoholem w środowisku akademickim. Praca ta stanowi wkład w zrozumienie złożoności psychospołecznych uwarunkowań problemowego spożywania alkoholu, co może przyczynić się do opracowania bardziej skutecznych interwencji w tym zakresie.

Autor sugeruje, że dalsze badania powinny skupić się na eksploracji interakcji między różnymi czynnikami psychospołecznymi, które mogą wzmacniać lub osłabiać ryzyko problemowego spożywania alkoholu. Ponadto, przyszłe badania mogłyby także objąć inne populacje, w tym studentów z różnych uczelni i krajów, aby lepiej zrozumieć, jak różnice kulturowe i społeczne wpływają na nadużywanie alkoholu w środowisku akademickim. Wreszcie, praca ta może stanowić podstawę do opracowania i wdrożenia programów interwencyjnych skierowanych na poprawę samooceny, zarządzanie stresem oraz edukację na temat wpływu historii rodzinnej na ryzyko uzależnień

ROZDZIAŁ 1

SAMOOCENA I STRES WŚRÓD STUDENTÓW NIESTACJONARNYCH

W obliczu współczesnych zmian cywilizacyjnych i kulturowych, studenci stają przed coraz większymi wyzwaniami, które mają znaczący wpływ na ich samoocenę, samopoczucie oraz zdrowie psychiczne (Wilczewska, 2013). Problemy te są często powiązane z rosnącą presją akademicką, przekształceniami w strukturze społecznej oraz dynamicznymi przekształceniami na rynku pracy.

Henryk Kulas (1986) definiuje samoocenę jako sądy i opinie jednostki na własny temat, obejmujące aspekty psychiczne, emocjonalne, fizyczne oraz społeczne. Oceny dotyczące wyglądu zewnętrznego należą do ocen fizycznych, podczas gdy oceny psychiczne koncentrują się na cechach osobowości i charakteru. Aspekty społeczne związane są z umiejętnościami nawiązywania i utrzymywania kontaktów interpersonalnych. H. Kulas podkreśla, że te oceny są możliwe dzięki samoświadomości i samowiedzy, które stanowią fundament samooceny. Proces ten polega na porównaniu *ja idealnego z ja realnym* oraz analizie własnych zachowań, cech i czynów w kontekście zachowań, cech i czynów innych ludzi.

Klaus Baumann (2005) dodaje, że samoocena opiera się na krytycznej ocenie samego siebie, co pozwala jednostce określić swoją tożsamość oraz wyodrębnić się ze środowiska. Obraz samego siebie jest integralną częścią osobowości oraz elementem wartościującym. Samoocena określa wartość własnej osoby w zakresie zdolności, sukcesów oraz znaczenia w otoczeniu. K. Baumann zaznacza, że samoocena jest dynamicznym konstruktem, kształtującym się poprzez kontakty interpersonalne, a jej poziom zależy od samoświadomości oraz posiadanych zdolności i umiejętności.

W kontekście współczesnych zmian cywilizacyjnych i kulturowych, studenci muszą zmagać się z narastającymi wyzwaniami, które znacząco oddziałują na ich samoocenę, samopoczucie oraz zdrowie psychiczne (Wilczewska, 2013).

Problemy te wynikają często z intensyfikującej się presji akademickiej, zmian w strukturze społecznej oraz gwałtownych przemian na rynku pracy.

Zgodnie z definicją Henryka Kulasa (1986), samoocena jest zestawem sądów i opinii na własny temat, obejmujących aspekty psychiczne, emocjonalne, fizyczne i społeczne. Sądy dotyczące wyglądu zewnętrznego są sklasyfikowane jako oceny fizyczne, natomiast oceny psychiczne koncentrują się na cechach osobowości i charakteru. Właściwości społeczne odnoszą się do umiejętności nawiązywania i utrzymywania kontaktów interpersonalnych. H. Kulas zwraca uwagę, że te oceny są możliwe dzięki samoświadomości i samowiedzy, które stanowią fundament samooceny. Proces ten polega na porównaniu *ja idealnego* z *ja realnym* oraz analizie własnych zachowań, cech i czynów w odniesieniu do zachowań, cech i czynów innych ludzi.

Klaus Baumann (2005) argumentuje, że samoocena jest procesem krytycznej analizy samego siebie, który pozwala jednostce określenie swojej tożsamości oraz wyodrębnienie się ze środowiska. Obraz własnej osoby jest integralnym elementem osobowości i pełni funkcję wartościującą. Samoocena ocenia wartość jednostki w kontekście jej zdolności, osiągnięć i znaczenia w społeczeństwie. K. Baumann podkreśla, że samoocena jest dynamicznym konstruktem, który kształtuje się w wyniku interakcji interpersonalnych, a jej poziom jest zależny od samoświadomości oraz posiadanych zdolności i umiejętności.

W kontekście życia studenckiego, samoocena odgrywa fundamentalną rolę w radzeniu sobie ze stresem, mając wpływ na zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie. Zrozumienie mechanizmów kształtujących samoocenę oraz jej wpływ na reakcje na współczesne wyzwania jest niezbędne dla wspierania rozwoju osobistego i akademickiego studentów.

Analogicznie, Klaus Baumann (2005) zaznacza, że samoocena opiera się na krytycznej ocenie samego siebie, co pozwala jednostce zdefiniowanie swojej tożsamości i wyodrębnienie się z otoczenia. Obraz samego siebie stanowi integralny komponent osobowości oraz pełni funkcję wartościującą. Samoocena określa wartość własnej osoby w kontekście zdolności, sukcesów oraz znaczenia w otoczeniu. K. Baumann zauważa, że samoocena jest dynamiczna, kształtująca się poprzez interakcje interpersonalne, a jej poziom jest zależny od samoświadomości oraz posiadanych umiejętności i zdolności.

Według psychologów, samoocena jest kształtowana przez dwa główne rodzaje czynników:

- Czynniki anatomiczno-fizjologiczne, takie jak wygląd zewnętrzny, sprawność fizyczna i funkcjonowanie organizmu.
- Czynniki psychospołeczne, obejmujące kulturę rodzinną, doświadczenia życiowe oraz pochodzenie społeczne (Wilczewska, 2013).

William Herbert Fitts definiuje trzy poziomy koncepcji siebie: tożsamość, zachowanie i zadowolenie z siebie. Na tych poziomach opiera się pięć sfer *ja*:

1. **Sfera fizyczna:** dotyczy percepcji własnego ciała, stanu zdrowia, wyglądu zewnętrznego, sprawności fizycznej oraz seksualności.
2. **Sfera moralno-etyczna:** związana z wartościami moralnymi i etycznymi, w tym stosunkiem do Boga, poczuciem bycia dobrym lub złym człowiekiem oraz zadowoleniem z wyznawanej religii.
3. **Sfera osobista:** odzwierciedla poczucie własnej wartości.
4. **Sfera rodzinna:** odnosi się do poczucia ważności i wartości jako członka rodziny.
5. **Sfera społeczna:** podkreśla poczucie własnej wartości w relacjach interpersonalnych (Baumann, 2005).

Samoocena może być zarówno nadmiernie zawyżona, jak i zaniżona. Nadmiernie zawyżona samoocena polega na przypisywaniu sobie większych umiejętności niż się rzeczywiście posiada. Studenci z taką samooceną mają tendencję do przeceniania swoich zdolności, co prowadzi do podejmowania działań, których nie są w stanie zrealizować. Skutkiem tego jest nieosiągnięcie zamierzonych celów, co w konsekwencji prowadzi do rozczarowania, frustracji i stresu. Tacy studenci często przenoszą odpowiedzialność za swoje niepowodzenia na innych lub na czynniki zewnętrzne, co może prowadzić do konfliktów z otoczeniem. Charakteryzują się oni również niską odpornością emocjonalną, która ujawnia się w sytuacjach zagrożenia (Kulas, 1986).

Badania wykazują, że studenci borykają się z różnymi stresorami związanymi z edukacją, takimi jak intensywne obciążenie akademickie, presja czasu, zarządzanie finansami oraz adaptacja do nowego środowiska. Te czynniki mogą wpływać na postrzeganie czasu, a w konsekwencji na samoocenę studentów (Jopp i Schmitt, 2010). Ponadto, wysoka samoocena często koreluje z lepszym

radzeniem sobie ze stresem, podczas gdy niska samoocena może prowadzić do problemów ze zdrowiem psychicznym, takich jak depresja lub lęk.

Zrozumienie czynników wpływających na samoocenę, jest kluczowe dla opracowania skutecznych strategii wsparcia psychologicznego dla studentów. Strategie te mogą pomóc studentom radzić sobie z wyzwaniami współczesności oraz rozwijać zdrowe poczucie własnej wartości.

1. DEFINICJA I TEORETYCZNE PODSTAWY SAMOOCENY NA PODSTAWIE PRZEGLĄDU LITERATURY

Samoocena jest jednym z kluczowych konstruktów w psychologii, odgrywając istotną rolę w zrozumieniu ludzkich procesów i zachowań. Ma szczególne znaczenie w psychologii społecznej i osobowości, będąc tematem wielu badań naukowych oraz debat.

Analiza literatury przedmiotu ujawnia różnorodne podejścia do kwestii samooceny, co odzwierciedla dynamiczny rozwój tego pojęcia. W pracy naukowej Marka Leary'ego i Timothy'ego MacDonalda (2003) samoocena została określona jako kluczowy komponent w obszarze psychologii społecznej i osobowości. Jest to trzeci najczęściej poruszany temat w psychologii, zaraz po negatywnych emocjach i tematyce płci (Bushman, Moeller i Crocker, 2011). Rosnące zainteresowanie tym zagadnieniem potwierdzają liczne badania (Kernis, 2003).

W polskiej literaturze termin *self-esteem* tłumaczy się jako samoocena, poczucie własnej wartości lub globalne samowartościowanie (Dymkowski, 1993). Niemniej jednak, Waldemar Dymkowski zauważa, że nie ma zgody co do używania tych terminów zamiennie. Niektórzy badacze, tacy jak D. Geoffrey Dutton i Samantha W. Cook (2001), Jennifer Crocker i Lora Park (2004), Robert E. Franken (2006) oraz Gordon B. Moskowitz (2009), stosują te terminy wymiennie.

Samoocena jest skomplikowanym konstruktorem, obejmującym zarówno ocenę siebie w kontekście różnych cech i umiejętności, jak i ogólne poczucie własnej wartości. Jest ona silnie powiązana z wieloma aspektami funkcjonowania psychicznego, w tym z motywacją, emocjami, relacjami interpersonalnymi oraz zdolnością do radzenia sobie ze stresem. Wysoka samoocena jest zazwyczaj skorelowana z pozytywnymi rezultatami w życiu osobistym i zawodowym, podczas gdy niska samoocena może prowadzić do problemów psychicznych.

Pomimo znaczącego zainteresowania samooceną wśród teoretyków psychologii, nadal nie udało się opracować jednolitej definicji tego terminu. Badania i prace takich autorów jak Roy F. Baumeister, Deborah A. Smart i Joseph M. Boden (1996), Johanton D. Brown i Margaret M. Marshall (2001), Christopher J. Mruk (2013) oraz innych potwierdzają tę niejednoznaczność. W związku z tym skupimy się na najbardziej kluczowych koncepcjach (Szpitalak i Polczyk, 2015).

William James był jednym z pionierów w badaniach nad samooceną, formułując teorię, zgodnie z którą samoocena wynika z porównania osiągnięć jednostki z jej aspiracjami. Samoocena jest definiowana jako relacja między tym, co jednostka osiągnęła, a tym, czego pragnęła osiągnąć. W zależności od tego, jak jednostka ocenia swoje sukcesy w porównaniu do swoich oczekiwań, kształtują się jej uczucia wobec samego siebie (self-feelings). Mniejszy rozdźwięk między osiągnięciami a aspiracjami prowadzi do wyższej samooceny i pozytywniejszych emocji względem własnej osoby (Szpitalak i Polczyk, 2015).

W pracach Kennetha Pope'a, Johna McHale'a i Wayne'a Craigheada (1988) samoocena jest badana w kontekście różnic pomiędzy *Ja idealnym* a *Ja realnym*. Ten model sugeruje, że poziom samooceny zależy od stopnia rozbieżności między tymi dwoma aspektami Ja. Idealna równowaga, czyli stosunek bliski 1:1, jest związana z wysoką samooceną. Natomiast większa rozbieżność między *Ja realnym* a *Ja idealnym* prowadzi do niższej samooceny i wzrostu negatywnych emocji (Higgins, 1987).

Morris Rosenberg (1965), inny znaczący badacz w dziedzinie samooceny, skupił się na postawie jednostki wobec samej siebie. Twierdził, że wysoka samoocena jest związana z przekonaniem o byciu własnej wartości i kompetencjach, bez konieczności odczuwania wyższości nad innymi. Stanley Coopersmith (1967) również podkreślał znaczenie postawy wobec siebie szacunku do własnej osoby i wiary we własne możliwości.

Lawrence Wells i Norman Marwell (1976) podjęli próbę sklasyfikowania różnorodnych definicji samooceny, koncentrując się na identyfikacji wspólnych elementów w różnych podejściach. Ich praca była istotnym krokiem w kierunku zrozumienia złożoności tego pojęcia oraz jego roli w psychologii. Skupienie na wspólnych elementach pozwoliło na wyodrębnienie uniwersalnych aspektów samooceny, co z kolei umożliwiło lepsze porównanie i kontrastowanie różnych teorii. Podobnie Neil Smelser (1989) starał się zidentyfikować wspólne

cechy różnych koncepcji samooceny. Jego podejście również skupiało się na poszukiwaniu elementów, które byłyby wspólne dla różnych definicji, co miało na celu stworzenie bardziej spójnego i uniwersalnego rozumienia samooceny. N. Smelser analizował różnorodne teorie psychologiczne i socjologiczne, aby wyodrębnić kluczowe komponenty samooceny, takie jak świadomość własnej wartości, poczucie kompetencji oraz oceny społeczne.

Na polskim gruncie, Bogdan Wojciszke (2002) definiuje samoocenę jako emocjonalną relację jednostki do samej siebie. Jego definicja kładzie nacisk na afektywne komponenty samooceny, podkreślając, że jest ona w dużej mierze zależna od emocji, jakie jednostka odczuwa względem siebie. B. Wojciszke zwraca uwagę na to, że samoocena jest dynamiczna i może ulegać zmianom w zależności od doświadczeń i sytuacji życiowych. Z kolei Bogdan Niebrzydowski (1976) postrzega samoocenę jako zbiór sądów i opinii, które jednostka formułuje na swój temat, obejmujących zarówno aktualne, jak i potencjalne cechy fizyczne oraz psychiczne. B. Niebrzydowski podkreśla, że samoocena jest kompleksowym zbiorem przekonań na temat siebie, który obejmuje zarówno ocenę cech już posiadanych, jak i tych, które mogą się rozwinąć w przyszłości. Jego podejście wskazuje na to, że samoocena jest wielowymiarowa i może być analizowana w kontekście różnych aspektów życia jednostki.

Samoocena jest wielowymiarowym konstruktem, który obejmuje różne aspekty postrzegania siebie, zarówno w kontekście osiągnięć i aspiracji, jak i relacji między różnymi elementami Ja. Ma kluczowe znaczenie w psychologii, ponieważ ma różne obszary funkcjonowania człowieka, w tym na zdrowie psychiczne, relacje interpersonalne i zdolność radzenia sobie ze stresem.

Analiza struktury samooceny jest istotna dla jej zrozumienia. Badania prowadzone przez Anthony'ego Greenwalda i Mahzarina Banaji (1995), Michelle Hetts i Bretta Pelhama (2001), Jeana Spaldinga i Curtisa Hardina (1999) oraz Timoteo Tararodi i Man'a Ho (2006) rozróżniają samoocenę jawną i utajoną. Zgodnie z teorią A. Greenwalda i M. Banaji (1995), samoocena utajona nie jest bezpośrednio identyfikowalna poprzez introspekcję i odnosi się do nieświadomej, automatycznej oceny własnej osoby, która wpływa na spontaniczne reakcje na osobiste bodźce (Doliński, 2002).

Seymour Epstein i Brian Morling (1975) w swoich badaniach wskazują, że ludzka psychika składa się z dwóch powiązanych, ale odrębnych systemów: poznawczego (racjonalnego) i doświadczeniowego. System poznawczy

działa na świadomym poziomie, opierając się na logice, podczas gdy system doświadczeniowy funkcjonuje na poziomie nieświadomym i jest silnie powiązany z samooceną utajoną, która wpływa na nieświadome uczucia wobec siebie, myśli, emocje i zachowania.

Dalsze badania, takie jak te prowadzone przez Jeffrey'a Spaldinga i Curtisa Hardina (1999), wykazują, że samoocena jawna i utajona są różnymi wskaźnikami zachowań. Samoocena utajona przewiduje zachowania emocjonalne i spontaniczne, podczas gdy samoocena jawna jest wskaźnikiem działań opartych na racjonalnej analizie. Badania nad metodami pomiaru samooceny utajonej, oparte na założeniach, że ludzie przypisują wartość obiektom związanym z ich Ja oraz że odpowiednie postawy są automatycznie aktywowane przy napotkaniu takich obiektów, wprowadziły nowe narzędzia, takie jak test preferencji inicjałów opracowany przez Leona Nuttina (1985).

Współczesne rozumienie samooceny odnosi się do ogólnej oceny siebie jako osoby, obejmującej subiektywną ocenę własnej wartości i kompetencji, bazując na różnych teoriach i czynnikach. Ważne elementy samooceny obejmują atrakcyjność fizyczną, umiejętności interpersonalne, poczucie humoru oraz inne cechy i umiejętności. Samoocena różni się od poczucia własnej wartości, które są odrębnymi obszarami (Strelau, 2000). Teoria socjometru, opracowana przez Roya Baumeistera i Marka Leary'ego (2000), sugeruje, że samoocena odnosi się do oceny naszego statusu społecznego. Doświadczenie odrzucenia lub wykluczenia może obniżać samoocenę, co prowadzi do negatywnych myśli o sobie. W odpowiedzi na to dążymy do nawiązywania pozytywnych relacji, aby uzyskać akceptację innych, co z kolei zwiększa naszą samoocenę.

Inna definicja samooceny podkreśla postawę jednostki wobec siebie, szczególnie w kontekście wartości społecznych. Może być ona uzależniona od tego, jak inni nas postrzegają pod względem cech cenionych przez społeczeństwo, takich jak inteligencja, kompetencje zawodowe czy atrakcyjność fizyczna. Posiadanie tych pozytywnych cech może prowadzić do wyższej samooceny (Szewczuk, 1985).

Allan Carr (2009) twierdzi, że samoocena jest związana zarówno z poczuciem własnej wartości, jak i skuteczności. Poczucie własnej wartości odnosi się do pewności siebie wynikającej z osiągnięć, które są zgodne z naszymi aspiracjami, podczas gdy poczucie skuteczności dotyczy przekonań o naszej zdolności do realizacji zamierzonych celów. Wysoka samoocena jest zatem

wynikiem zarówno subiektywnej oceny własnej wartości, jak i przekonania o swojej efektywności w działaniu.

Osoby z wysoką samooceną zazwyczaj cieszą się lepszą jakością życia, rzadziej cierpią na zaburzenia psychosomatyczne i odczuwają większą satysfakcję z życia. Są one zdolne do podejmowania trudnych zadań, potrafią lepiej się na nich skupić i wykazują wyższą wytrwałość. Wysoka samoocena koreluje pozytywnie z ogólnym poczuciem satysfakcji i zadowolenia z życia (Diener i Diener, 1995). Z drugiej strony, osoby z niską samooceną częściej doświadczają zaburzeń depresyjnych i lękowych, mają ograniczoną wiarę w swoje możliwości i często postrzegają świat oraz innych ludzi w negatywny sposób. Takie osoby są zazwyczaj mniej ekstrawertyczne i mniej optymistyczne niż osoby z wyższą samooceną (Rosenberg, 1965).

Samoocena odnosi się do subiektywnej oceny samego siebie, którą można podzielić na pozytywną (wysoką) i negatywną (niską). Wysoka samoocena przynosi liczne korzyści, takie jak poprawa samopoczucia, większa motywacja do działania oraz lepsze relacje interpersonalne. Z kolei niska samoocena może prowadzić do problemów emocjonalnych i społecznych, takich jak depresja, lęki oraz trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji.

Samoocena jest kluczowym aspektem psychologii, wpływającym na wiele obszarów życia, w tym relacje międzyludzkie, pracę zawodową i rozwój osobisty. Wysoka samoocena jest związana z większą pewnością siebie, co pozwala na podejmowanie wyzwań i dążenie do celów, podczas gdy niska samoocena może ograniczać zdolność jednostki do skutecznego radzenia sobie z trudnościami i osiągania sukcesów.

2. ANALIZA ETIOLOGII STRESU ORAZ JEGO WPŁYWU NA FUNKCJONOWANIE STUDENTÓW NIESTACJONARNYCH

Stres jest nieodłącznym elementem życia człowieka, a jego nieefektywne zarządzanie może prowadzić do licznych zaburzeń fizycznych i psychicznych. Psychologiczne aspekty radzenia sobie ze stresem odgrywają kluczową rolę w zdrowiu jednostki, wpływając zarówno na pozytywne, jak i negatywne konsekwencje (Barasch, 1994).

W latach pięćdziesiątych XX wieku Hans Selye wprowadził termin *stres* (Selye, 1960). Zdefiniował on stres jako proces, w którym czynniki

środowiskowe zagrażają lub zakłócają równowagę organizmu, wywołując złożone mechanizmy reakcji fizjologicznych i psychologicznych. Pojęcie stresu zostało szeroko zbadane i omówione w różnych dziedzinach nauki, a liczne teorie psychologiczne starają się wyjaśnić jego istotę i mechanizmy.

W psychologii stres jest postrzegany na trzy sposoby: jako bodziec zewnętrzny, jako wewnętrzna reakcja jednostki oraz jako relacja między tymi dwoma elementami (Janis, 1958). Badania nad stresem wskazują, że jego podstawą jest zewnętrzna sytuacja lub bodziec, który wywołuje wysoki poziom emocjonalnego napięcia, uniemożliwiając prawidłowe funkcjonowanie jednostki. Teoria ta została wsparta przez T. Holmesa i R. Rahe'a (Holmes, 1967).

David Mechanic (1962) definiuje stres jako wewnętrzną emocjonalną reakcję, objawiającą się poczuciem dyskomfortu w danej sytuacji, co podkreśla psychologiczny aspekt stresu. Współczesne rozumienie stresu uwzględnia interakcje między czynnikami zewnętrznymi i wewnętrznymi, co jest popierane przez teorie Andrzeja Tomaszewskiego, Janusza Reykowskiego (Tomaszewski, 1963) i Juliana Strelaua (Strelau, 1996), a także przez koncepcje Richarda S. Lazarusa i Susan Folkman (Lazarus i Folkman, 1984) oraz teorię zachowania zasobów Susan Hobfoll (1989).

Współczesne podejście do samooceny odnosi się do całościowej oceny samego siebie jako jednostki. Jest to subiektywne poczucie własnej wartości i kompetencji, oparte na różnych teoriach i czynnikach. Główne elementy samooceny obejmują atrakcyjność fizyczną, umiejętności interpersonalne, poczucie humoru oraz inne cechy i zdolności. Warto zauważyć, że samoocena różni się od poczucia własnej wartości, które są odrębnymi pojęciami (Strelau, 2000).

Teoria socjometru, stworzona przez Roy'a F. Baumeistera i Marka R. Leary'ego (2000), zakłada, że samoocena odzwierciedla nasz status społeczny. W sytuacjach odrzucenia lub wykluczenia, nasza samoocena może się obniżyć, co prowadzi do negatywnych myśli o sobie. W odpowiedzi na to staramy się nawiązywać pozytywne relacje, aby zyskać akceptację innych, co zwiększa naszą pozytywną samoocenę.

Władysław Szewczuk (1985) definiuje samoocenę jako postawę wobec samego siebie, zwłaszcza w kontekście wartości społecznych. Nasza samoocena może zależeć od tego, jak jesteśmy postrzegani przez innych w odniesieniu do wartości cenionych przez społeczeństwo. Posiadanie pozytywnych cech może prowadzić do wyższej samooceny.

Allan Carr (2009) wiąże samoocenę z poczuciem własnej wartości i skuteczności. Poczucie własnej wartości odnosi się do pewności siebie wynikającej z osiągniętych sukcesów w stosunku do naszych aspiracji, podczas gdy poczucie skuteczności dotyczy przekonań o naszej zdolności do realizacji celów. Osoby z wysoką samooceną zazwyczaj doświadczają lepszej jakości życia, rzadziej cierpią na zaburzenia psychosomatyczne i odczuwają większą satysfakcję z życia. Charakteryzują się również większą zdolnością do podejmowania trudnych zadań i są bardziej skoncentrowane na ich realizacji. Wysoka samoocena pozytywnie koreluje z ogólnym poczuciem satysfakcji i zadowolenia z życia (Diener i Diener, 1995). Natomiast osoby z niską samooceną częściej doświadczają zaburzeń depresyjnych i lękowych, mają ograniczoną wiarę w swoje możliwości i często postrzegają świat oraz innych ludzi w negatywny sposób. Osoby z niską samooceną są zazwyczaj mniej ekstrawertyczne i mniej optymistyczne niż te, które mają wyższą samoocenę (Rosenberg, 1965).

Richard Lazarus i Susan Folkman (1984) podkreślają, że kluczowym aspektem psychologicznego podejścia do stresu jest ocena stresującego wydarzenia i jego klasyfikacja jako zagrożenia. Stresujące wydarzenie jest postrzegane jako zagrożenie, gdy zdolność jednostki do radzenia sobie z nim jest mniejsza niż wymagania sytuacji. Psychologiczny stres wynika z subiektywnej oceny jednostki w jej relacji ze środowiskiem oraz adekwatności metod zarządzania sytuacją.

Relacja między człowiekiem a środowiskiem w kontekście stresu obejmuje dwa główne etapy:

1. Ocena poznawcza (pierwotna i wtórna): W ocenie pierwotnej jednostka rozpoznaje bodziec środowiskowy jako stresujący lub nie. Jeśli bodziec zostanie uznany za stresujący, jest klasyfikowany jako zagrożenie, strata lub wyzwanie. Ocena wtórna polega na analizie dostępnych zasobów fizycznych, społecznych, psychologicznych i materialnych, które mogą pomóc w radzeniu sobie z bodźcem stresowym.
2. Radzenie sobie: Obejmuje poznawcze i behawioralne wysiłki jednostki mające na celu zmniejszenie wymagań bodźca stresowego.

W Polsce badania nad stresem psychologicznym rozwinęły się w latach 60. XX wieku. Janusz Reykowski (1966) definiuje stres jako relację między zewnętrznymi czynnikami a cechami osobowości oraz reakcjami jednostki na te czynniki. Tomasz Tomaszewski (1963) podkreśla znaczenie zakłócenia

równowagi między tymi elementami jako warunku powstania stresu. Julian Strelau (2005) wskazuje, że stres jest wynikiem dysharmonii między możliwościami a wymaganiami stawianymi jednostce, ale tylko wtedy, gdy jednostka jest zmotywowana do stawienia czoła tym wymaganiom.

Na poziomie światowym, teoria zachowania zasobów Susan Hobfoll (1989) przeważa w relacyjnym podejściu do stresu. Teoria ta zakłada, że ludzie dążą do utrzymania, zdobywania i ochrony cenionych zasobów. Sytuacja stresowa pojawia się, gdy zasoby te są zagrożone utratą, zostały utracone lub gdy inwestycja w zasoby nie przynosi oczekiwanego wzrostu. S. Hobfoll wyróżnia cztery rodzaje zasobów: materialne, sytuacyjne, osobiste i energetyczne.

Nowoczesne badania podkreślają wpływ stresu na neuroplastyczność mózgu i system immunologiczny. Badania wykazują, że przewlekły stres może prowadzić do zmian w strukturze i funkcjonowaniu mózgu oraz osłabiać odporność organizmu. Wyniki tych badań wskazują na potrzebę integracji różnorodnych podejść i technik w celu skutecznego zarządzania stresem i zapobiegania jego negatywnym skutkom dla zdrowia psychicznego i fizycznego. Współczesna psychologia podkreśla znaczenie indywidualnych strategii radzenia sobie ze stresem, biorąc pod uwagę złożoność mechanizmów reakcji stresowej i jej wpływ na ogólne funkcjonowanie człowieka (Davidson i McEwen, 2012).

Stres towarzyszy człowiekowi przez całe życie, wpływając zarówno krótkoterminowo, jak i długoterminowo na zdrowie psychiczne oraz ogólne funkcjonowanie. Konsekwencje stresu mogą różnić się w zależności od jego intensywności, czasu trwania oraz indywidualnych zdolności adaptacyjnych jednostki.

3. STRATEGIE ZARZĄDZANIA STRESEM STOSOWANE PRZEZ STUDENTÓW NIESTACJONARNYCH

Studenci o wysokiej samoocenie zazwyczaj doświadczają mniej stresu w porównaniu do tych, którzy mają niską samoocenę i wysoki poziom stresu, co zostało potwierdzone przez badania Reilly, Dhingra i Boduszek (2014). Wysoka samoocena może pełnić rolę ochronną, pomagając jednostkom lepiej radzić sobie z wyzwaniami akademickimi i społecznymi, co w konsekwencji redukuje poziom doświadczanego stresu.

Kriesten Schraml i współpracownicy (Schraml, Perski, Grossi i Simonsson-Sarnecki, 2011) przeprowadzili badania, które wyróżniły trzy

główne grupy czynników związanych ze stresem wśród młodzieży: subiektywne warunki psychospołeczne, styl życia oraz samoocenę. Badania te wykazały, że młodzież, w tym studenci, doświadcza stresu z powodu wielu czynników, w tym presji społecznej, wymagań akademickich oraz kwestii związanych z własną tożsamością i samooceną.

Wyniki badań Schramla i współpracowników podkreślają, że znaczna liczba studentów, szczególnie kobiet, odczuwa stres i psychiczne obciążenie. Osoby, które doświadczenia silnego stresu, są bardziej narażone na złe samopoczucie, co często prowadzi do problemów ze snem i gorszym zdrowiem psychicznym. Zjawisko to jest szczególnie widoczne u osób, które opierają swoją samoocenę na osiągnięciach, co może prowadzić do wyższego poziomu stresu w sytuacjach, gdy nie udaje im się sprostać własnym oczekiwaniom lub standardom.

Dalsze badania przeprowadzone przez Kandemira, Ilhana, Ozpolata i Palanci (2014) wskazują, że kobiety, w porównaniu do mężczyzn, zgłaszają więcej objawów stresu, mają niższą ogólną samoocenę oraz wyższą samoocenę opartą na wynikach. Ponadto, kobiety odczuwają większe wymagania i trudności ze snem. Może to wynikać z wyższej wrażliwości emocjonalnej oraz większej presji społecznej, jakiej doświadczają kobiety w kontekście ról społecznych i akademickich.

Prokrastynacja akademicka jest również powiązana z samooceną, akademicką samoskutecznością, aktywnym planowaniem radzenia sobie ze stresem oraz biochemicznymi strategiami unikania stresu. Studenci o niższej samoocenie i mniejszej samoskuteczności akademickiej częściej odkładają na później wykonywanie obowiązków akademickich, co może prowadzić do zwiększenia poziomu stresu oraz dalszego obniżenia samooceny. Prokrastynacja akademicka może zatem działać jako negatywna spirala, w której stres i niska samoocena wzajemnie się wzmacniają.

Przejście na studia często wywołuje znaczny stres, co zwiększa jego poziom i obniża samoocenę studentów. Okres przejściowy, szczególnie pierwszy rok studiów, jest kluczowy i obarczony wieloma wyzwaniami, takimi jak adaptacja do nowego środowiska akademickiego, zmiana ról społecznych oraz konieczność radzenia sobie z większą autonomią i odpowiedzialnością. Objawy stresu są powszechne w tym okresie, co może prowadzić do obniżenia samooceny, jak sugerują Besser i Zeigler-Hill (2012). Stresory związane z przejściami

życiowymi mogą prowadzić do erozji samooceny, szczególnie jeśli studenci nie dysponują odpowiednimi strategiami radzenia sobie ze stresem.

Pozytywne cechy osobowości, takie jak optymizm, wysoka samoocena i odporność psychiczna, mają istotne pozytywne związki z poziomami samooceny oraz negatywne związki z objawami stresu psychicznego i upośledzeniem funkcjonalnym. W długotrwałych okresach stresu, te cechy mogą chronić studentów przed stresem psychicznym, zapobiegając jego eskalacji oraz minimalizując ryzyko upośledzenia funkcjonalnego i obniżenia samooceny. Pozytywne cechy osobowości działają jako bufor, który łagodzi negatywne skutki stresu, wspierając studentów w utrzymaniu zdrowia psychicznego i wysokiej samooceny.

Te obserwacje są zgodne z *modelem blizny* samooceny, który sugeruje, że niska samoocena może być wynikiem stresu psychicznego, a nie jego przyczyną (Besser i Zeigler-Hill, 2012). Model ten zakłada, że długotrwały stres i negatywne doświadczenia mogą pozostawiać *blizny* na samoocenie, obniżając ją i zwiększając podatność na przyszłe stresory. W ten sposób, stres psychiczny działa jako czynnik erodujący samoocenę, prowadząc do długoterminowych konsekwencji dla zdrowia psychicznego i funkcjonowania jednostki.

Ponadto, nowoczesne badania nad stresem wskazują, że przewlekły stres może prowadzić do zmian w neuroplastyczności mózgu oraz osłabienia układu odpornościowego. Davidson i McEwen (2012) podkreślają, że długotrwały stres wpływa na strukturę i funkcjonowanie mózgu, szczególnie w obszarach takich jak hipokamp, kora przedczołowa i ciało migdałowate, które są kluczowe dla pamięci, uczenia się oraz regulacji emocji. Zmiany te mogą prowadzić do trudności w koncentracji, zaburzeń nastroju oraz zmniejszenia zdolności do adaptacji w obliczu nowych wyzwań.

Długotrwały stres ma także znaczący wpływ na układ odpornościowy, prowadząc do jego osłabienia i zwiększenia podatności na różne choroby. Badania wykazują, że przewlekły stres może obniżać produkcję limfocytów oraz innych kluczowych komórek odpornościowych, co z kolei zwiększa ryzyko infekcji i chorób autoimmunologicznych. Te wnioski podkreślają potrzebę integracji różnorodnych podejść i technik w celu skutecznego zarządzania stresem oraz zapobiegania jego negatywnym konsekwencjom dla zdrowia psychicznego i fizycznego.

Współczesna psychologia kładzie nacisk na indywidualne strategie radzenia sobie ze stresem, uwzględniając złożoność mechanizmów reakcji stresowej i jej

wpływ na ogólne funkcjonowanie człowieka. Strategie te obejmują techniki behawioralne, takie jak medytacja, relaksacja, ćwiczenia fizyczne oraz rozwijanie umiejętności poznawczych, które pomagają w przekształcaniu negatywnych myśli i emocji w bardziej pozytywne i konstruktywne formy. Terapia poznawczo-behawioralna, mindfulness oraz inne formy psychoterapii są skutecznymi narzędziami w zarządzaniu stresem i jego długoterminowymi konsekwencjami.

Stres towarzyszy człowiekowi przez całe życie, wpływając zarówno krótkoterminowo, jak i długoterminowo na zdrowie psychiczne oraz ogólne funkcjonowanie. Konsekwencje te mogą różnić się w zależności od intensywności, czasu trwania stresu oraz indywidualnych zdolności adaptacyjnych jednostki. Krótkoterminowy stres może działać mobilizująco, poprawiając wydajność i koncentrację, jednak przewlekły stres prowadzi do kumulacji negatywnych efektów, takich jak wypalenie zawodowe, depresja, zaburzenia lękowe i inne problemy zdrowotne.

Indywidualne zdolności adaptacyjne, takie jak elastyczność psychiczna, umiejętności radzenia sobie oraz wsparcie społeczne, odgrywają kluczową rolę w łagodzeniu skutków stresu. Osoby o wysokiej odporności psychicznej i dobrze rozwiniętych umiejętnościach adaptacyjnych są w stanie lepiej radzić sobie z wyzwaniami, jakie niesie stres, co z kolei przekłada się na lepsze zdrowie psychiczne i fizyczne.

W związku z tym, badania nad stresem i jego konsekwencjami dla zdrowia psychicznego i fizycznego wskazują na potrzebę holistycznego podejścia do zarządzania stresem. Integracja technik psychologicznych, behawioralnych i biochemicznych w programach interwencyjnych może przynieść korzyści w redukcji stresu i poprawie ogólnego funkcjonowania jednostki.

4. BADANIA NAD ZWIĄZKIEM MIĘDZY POZIOMEM SAMOOCENY A PODATNOŚCIĄ NA STRES W POPULACJI STUDENCKIEJ

Zagadnienie samooceny i predyspozycji do stresu znajduje się na styku psychologii osobowości i psychologii stresu. Samoocena odnosi się do subiektywnej oceny własnej wartości, kompetencji oraz ogólnej wartości jako osoby. Jest to fundamentalny aspekt naszej tożsamości, który wpływa na wiele obszarów życia, w tym na radzenie sobie w sytuacjach stresowych. Wysoka

samoocena wiąże się z pozytywnym postrzeganiem siebie, co może zwiększać zdolność jednostki do radzenia sobie z trudnościami i wyzwaniem, podczas gdy niska samoocena może prowadzić do większej podatności na stres i związane z nim negatywne konsekwencje.

Badania wykazują, że techniki zarządzania stresem mogą nie tylko redukować poziom stresu, ale także poprawiać samoocenę. Medytacja transcendentna jest jednym z takich przykładów, redukującym stres i poprawiającym uwagę, co prowadzi do lepszych wyników akademickich. Praktyki jogi, takie jak śpiewanie mantr czy medytacja, poprawiają uwagę, samoocenę oraz pamięć wzrokową i przestrzenną. Regularne praktykowanie jogi może pomóc uczniom chronicznie zestresowanym poprzez zwiększenie ich samooceny. Sethi, Nagendra i Ganpat (2013) analizowali wpływ różnych aspektów jogi, w tym technik oczyszczających, pozycji fizycznych, praktyk oddechowych, technik relaksacyjnych i medytacji na uwagę i samoocenę, wykazując pozytywne efekty tych praktyk.

Medytacja uważności również pomaga studentom poprawić ich samoocenę. Studenci uznają medytację za pomocną w zwiększaniu samoregulacji, uspokajaniu się, łagodzeniu stresu, zwiększaniu relaksu i lepszym radzeniu sobie z emocjami. Jacob Caldwell, Michael Harrison, Sarah Adams, Emily Quin i Thomas Greeson (2010) podkreślają, że medytacja wspomaga samopoznanie oraz zwiększa zdolność do koncentracji i kontrolowania myśli. Jest to skuteczna metoda samoopieki, która może znacząco łagodzić stres, zwiększając jednocześnie samoocenę poprzez rozwijanie pozytywnego obrazu siebie oraz zwiększanie świadomości własnych myśli i emocji.

Zarówno medytacja transcendentna, jak i joga, są technikami, które integrują umysł i ciało, pomagając jednostkom w osiągnięciu lepszej równowagi emocjonalnej i fizycznej. Regularne praktykowanie tych technik może prowadzić do trwałych zmian w sposobie, w jaki jednostki postrzegają siebie i swoje możliwości, co ma bezpośredni wpływ na ich zdolność do radzenia sobie ze stresem. Badania pokazują, że osoby z wyższą samooceną są bardziej skłonne do angażowania się w zdrowe strategie radzenia sobie ze stresem, co z kolei wzmacnia ich ogólną odporność na stres.

Współczesna psychologia kładzie nacisk na indywidualne strategie radzenia sobie ze stresem, uwzględniając złożoność mechanizmów reakcji stresowej i jej wpływ na ogólne funkcjonowanie człowieka. Podejście to obejmuje nie

tylko techniki redukcji stresu, ale także strategie budowania i utrzymywania wysokiej samooceny. Zintegrowane podejście, które łączy interwencje behawioralne, poznawcze i somatyczne, może być szczególnie skuteczne w wspieraniu studentów w ich dążeniach do lepszego zdrowia psychicznego i fizycznego.

Humor odgrywa istotną rolę w zarządzaniu stresem oraz utrzymywaniu samooceny. Szczególnie humor samowzmocniający, polegający na humorystycznym podejściu do życia, jest skuteczny w podtrzymywaniu samooceny i radzeniu sobie ze stresem. Z kolei humor autodestrukcyjny, który charakteryzuje się negatywną korelacją z wysoką samooceną oraz pozytywnymi korelacjami z depresją, lękiem i różnorodnymi objawami psychiatrycznymi i somatycznymi, jest często stosowany przez osoby doświadczające silnego stresu psychicznego (Stieger, Formann i Burger, 2011).

Uniwersytety powinny zwracać szczególną uwagę na stres studentów podczas ich pierwszego okresu przejściowego na studia. Studenci, którzy nie posiadają zasobów ochronnych wynikających z pozytywnych cech osobowości, mogą szczególnie potrzebować wsparcia w celu zwiększenia swojej samooceny. Uczelnie mogą oferować usługi doradcze i warsztaty, które pomogą studentom rozwijać optymizm, nadzieję, szczęście i podnosić samoocenę. Cechy te są szczególnie korzystne dla studentów zmagających się z różnorodnymi stresującymi sytuacjami podczas adaptacji do życia akademickiego (Galanakis, Palaiologou, Patsi, Velegraki i Darviri, 2016).

Nowoczesne badania podkreślają również wpływ stresu na neuroplastyczność mózgu oraz układ odpornościowy. Przewlekły stres może prowadzić do zmian w strukturze i funkcjonowaniu mózgu oraz osłabienia odporności organizmu. John Davidson i Laura McEwen (2012) zwracają uwagę na konieczność integracji różnorodnych technik zarządzania stresem, aby zapobiegać jego negatywnym skutkom dla zdrowia psychicznego i fizycznego. Współczesna psychologia kładzie nacisk na indywidualne strategie radzenia sobie ze stresem, uwzględniając złożoność mechanizmów reakcji stresowej oraz jej wpływ na ogólne funkcjonowanie człowieka.

Samoocena oparta na wydajności studenta może działać jako niezależny stresor lub potęgować negatywne skutki stresujących wydarzeń, prowadząc do wypalenia. Badania pokazują, że samoocena oparta na wynikach częściowo pośredniczy między stresorami a wypaleniem i jest najsilniejszym predyktorem wypalenia, przewyższając wpływ stresorów życia prywatnego.

Kobiety doświadczają większego stresu podczas studiów niż mężczyźni, a mężczyźni wykazują silniejsze związki między stresorami akademickimi a wypaleniem. Kobiety natomiast mają silniejsze powiązania między samooceną opartą na wynikach a wypaleniem (Blom, 2012).

Stres jest negatywnie skorelowany z samooceną i samoskutecznością. Według Jamesa Reilly'ego, studenci o wysokiej samoocenie i wysokiej samoskuteczności doświadczają niższego poziomu stresu związanego z pracą. Stres można definiować jako doświadczanie nieprzyjemnych, negatywnych emocji, takich jak gniew, lęk, napięcie, frustracja czy depresja, wynikających z wymagań oraz niedopasowania między tymi wymaganiami a zdolnością jednostki do radzenia sobie z nimi. Stres wśród studentów jest powszechnym, a być może rosnącym problemem. Postrzegany stres to zmienna, którą można modyfikować na poziomie indywidualnym i organizacyjnym, aby poprawić satysfakcję ze studiowania (Blom, 2012).

Samoocena odgrywa kluczową rolę w poziomie stresu doświadczanego przez studentów. Studenci o wysokiej samoocenie mogą skuteczniej radzić sobie ze stresem, co przekłada się na lepsze wyniki akademickie. Jest ona również związana ze stresem zawodowym, wydajnością w pracy i satysfakcją z pracy. Wyższy poziom stresu zawodowego koreluje z niższą samooceną i większym ryzykiem wypalenia. Istnieje wiele technik zarządzania stresem, które mogą poprawić samoocenę, takich jak joga, medytacja, humor, uważność i poradnictwo. Techniki te mogą działać jako bufor przeciwko zaburzeniom psychicznym oraz poprawić jakość życia zarówno osobistą, jak i zawodową (Galanakis, Palaologou, Patsi, Velegraki i Darviri, 2016).

ROZDZIAŁ 2

NADUŻYWANIE ALKOHOLU W KONTEKŚCIE ŻYCIA STUDENCKIEGO

Nadużywanie alkoholu w kontekście życia studenckiego ma znaczący wpływ na ich funkcjonowanie psychospołeczne. Zjawisko to może prowadzić do poważnych zaburzeń zdrowia psychicznego, w tym depresji, lęku oraz różnorodnych zaburzeń nastroju. Osoby uzależnione od alkoholu często doświadczają wzrostu poziomu stresu, który jest zarówno bezpośrednio związany z uzależnieniem, jak i wynika z trudności w kontrolowaniu spożycia alkoholu. Stres ten może prowadzić do dalszych komplikacji zdrowotnych, a także wpływać negatywnie na codzienne funkcjonowanie, w tym na relacje z otoczeniem (Adler, Rosenfeld i Proctor II, 2016).

Studenci nadużywający alkoholu napotykalają liczne problemy w nawiązywaniu i utrzymywaniu zdrowych relacji interpersonalnych, co często prowadzi do izolacji społecznej. Trudności te mogą wynikać z niestabilności emocjonalnej oraz z konfliktów spowodowanych niewłaściwymi zachowaniami pod wpływem alkoholu. Mogą one obejmować spory z przyjaciółmi, rodziną i współlokatorami, które dodatkowo pogłębiają uczucie osamotnienia i odrzucenia społecznego (Bartos, 2006).

Nadmierne spożycie alkoholu ma poważny negatywny wpływ na wydajność akademicką studentów. Środek ten osłabia zdolność koncentracji, upośledza pamięć oraz zmniejsza zdolność do efektywnego przyswajania wiedzy. W rezultacie, studenci nadużywający alkoholu często opuszczają zajęcia, wskazują brak zaangażowania w naukę i osiągają gorsze wyniki na egzaminach. Te akademickie niepowodzenia mogą z kolei zwiększać stres i poczucie bezradności, co może prowadzić do dalszego nadużywania alkoholu w próbie radzenia sobie z trudnościami (Bera, 2008).

Nadmierna konsumpcja alkoholu niesie ze sobą również poważne konsekwencje zdrowotne. Regularne nadużywanie alkoholu może prowadzić do rozwoju chorób wątroby, takich jak marskość, a także do problemów sercowo-naczyniowych

i uszkodzeń układu nerwowego. Te zdrowotne komplikacje mogą znacząco obniżyć jakość życia i wymagają długotrwałego leczenia, które jest często kosztowne i obciążające dla systemu opieki zdrowotnej (Czapiński, 2004).

Nadmierne spożywanie alkoholu wiąże się również z istotnymi obciążeniami finansowymi. Ci studenci ponoszą wysokie koszty związane z regularnym zakupem alkoholu, a także ewentualnymi grzywnami za zachowania pod jego wpływem. Ponadto, leczenie problemów zdrowotnych wynikających z nadużywania alkoholu może generować dodatkowe koszty, zarówno dla jednostki, jak i dla systemu opieki zdrowotnej. Wsparcie ze strony rodziny oraz instytucji edukacyjnych jest kluczowe w pomaganiu studentom radzić sobie z uzależnieniem i jego konsekwencjami (Falewicz, 1993).

Nadużywanie alkoholu wśród studentów jest często związane z potrzebą regularnego obniżania napięcia i radzenia sobie z lękiem. Kliniczne obserwacje wskazują na silny związek między uzależnieniem od alkoholu a zaburzeniami lękowymi. Studenci sięgają po ten środek jako mechanizm radzenia sobie z napięciem i stresem, co może prowadzić do błędnego koła, gdzie uzależnienie pogłębia problemy psychiczne, a te z kolei nasilają potrzebę picia (Seligman, Walker i Rosenhan, 2017). Istnieje również wyraźna korelacja między uzależnieniem od alkoholu a jakością życia. Badania pokazują, że uzależnienie znacząco obniża jakość życia, co z kolei sprzyja dalszemu nadużywaniu alkoholu (Chodkiewicz, 2012).

Zachowania związane z nadużywaniem alkoholu oraz sposoby jego konsumpcji są często powiązane z doświadczeniami życiowymi jednostki. W okresie adolescencji i wczesnej dorosłości istnieje społeczne przyzwolenie na eksperymentowanie z alkoholem. Studenci, czując się bardziej niezależni i mniej kontrolowani przez najbliższe osoby, sięgają po środki uzależniające, w tym alkohol (Głaz, 1998). Zjawisko to można interpretować jako próbę radzenia sobie z nowymi wyzwaniami, stresami oraz nawiązywania relacji z rówieśnikami w nowym środowisku akademickim. Ważne jest, aby zwracać uwagę na potencjalne ryzyko rozwoju uzależnień i promować zdrowe sposoby radzenia sobie ze stresem oraz budowania relacji międzyludzkich.

1. TERMINOLOGIA I DIAGNOSTYCZNE KRYTERIA UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU

Precyzyjne określenie wskaźników diagnostycznych oraz odpowiedniej terminologii dla zjawiska uzależnienia od alkoholu jest skomplikowane ze względu na jego wielowymiarowy charakter. W literaturze naukowej spotyka się różnorodne terminy używane zamiennie, takie jak uzależnienie od alkoholu, nałóg alkoholowy czy alkoholizm (Keller, 1993).

Alkohol jest jednym z najczęściej spożywanych dóbr konsumpcyjnych, charakteryzującym się potencjalnymi negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi i społecznymi wynikającymi z jego funkcji psychoaktywnej. W niemal każdej kulturze istnieje substancja o właściwościach psychoaktywnych, której używanie jest powszechnie akceptowane, lecz obwarowane określonymi normami. Normy te regulują częstotliwość i ilość spożycia danej substancji. W naszej kulturze taką substancją jest alkohol. Przestrzeganie tych norm zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych konsekwencji, podczas gdy ich przekroczenie zwiększa to ryzyko. Gotowość do przestrzegania norm dotyczących spożycia alkoholu jest w dużej mierze zależna od społecznego klimatu wokół picia (Linowski i Jędrzejko, 2012).

Historia alkoholu, jego produkcji oraz zwyczajów związanych z jego spożyciem jest niezwykle bogata i obejmuje wiele stuleci. Alkohol, często określany jako *najstarszy narkotyk świata* (Lindemeyer, 2007), odgrywał różnorodne role w historii ludzkości. Jego zastosowania były wieloaspektowe: używano go w celach leczniczych, był obecny podczas momentów smutku i radości, a także służył jako narzędzie destrukcji społecznej.

Badania historyczne wskazują, że alkohol odgrywał istotną rolę w różnych kulturach, będąc integralną częścią ceremonii religijnych, rytuałów i codziennego życia. W starożytnym Egipcie wino i piwo były nie tylko popularnymi napojami, ale także ofiarami składanymi bogom. W średniowiecznej Europie mnisi doskonalili sztukę warzenia piwa i destylacji spirytusu, co przyczyniło się do rozwoju tych technologii. Alkohol był również stosowany jako środek medyczny. W starożytności i średniowieczu wino było powszechnie używane jako środek dezynfekujący oraz jako baza do sporządzania różnych mikstur leczniczych. Hipokrates, uznawany za ojca medycyny, zalecał stosowanie wina w leczeniu szeregu dolegliwości, co podkreślało jego znaczenie w medycynie tamtych czasów.

Spożycie alkoholu miało także swoje mroczne strony. Nadużywanie alkoholu prowadziło do problemów społecznych, takich jak przemoc, uzależnienia i rozkład więzi rodzinnych. Alkoholizm stał się poważnym problemem zdrowia publicznego, co skłoniło niektóre społeczeństwa do wprowadzenia surowych regulacji i zakazów dotyczących jego produkcji i konsumpcji.

W ostatnich latach w Polsce zaobserwowano obniżenie wieku inicjacji alkoholowej oraz wzrost spożycia alkoholu wśród młodych ludzi. Jest to szczególnie niepokojące zjawisko, biorąc pod uwagę zmniejszoną odporność młodych organizmów oraz rozwijających się osobowości na szkodliwe działanie alkoholu. Polski wzorzec picia charakteryzuje się spożywaniem jednorazowo dużych ilości alkoholu z tendencją do szybkiego upicia się. Osoby uzależnione od alkoholu dezorganizują i patogenicznie wpływają na członków swoich rodzin oraz na funkcjonowanie życia społecznego i rodzinnego (Linowski i Jędrzejko, 2012).

W literaturze przedmiotu alkoholizm jest definiowany na różne sposoby, co prowadzi do terminologicznego chaosu, w którym pojęcia takie jak pijaństwo, alkoholizm i nałóg są używane zamiennie. Hieronim Hryniewicz (1972) podkreśla, że rozróżnienie pomiędzy nadużywaniem alkoholu a alkoholizmem jest jedynie teoretyczne. Tadeusz Kulisiewicz zauważa, że istnieje tyle sposobów rozumienia pijaństwa i alkoholizmu, ilu jest badaczy zajmujących się tym problemem (Kulisiewicz, 1982). Niektórzy autorzy uważają, że alkoholizm jest chorobą wynikającą z nadużywania napojów alkoholowych; w szerszym znaczeniu odnosi się do całokształtu negatywnych skutków nadużywania alkoholu dla jednostki i społeczeństwa (Auleytner i Głabicka, 2000).

Pierwszym, który określił alkoholizm jako chorobę, był amerykański psychiatra dr Benjamin Rush. W 1774 roku stwierdził: *Moje obserwacje pozwalają mi stwierdzić, że osoby uzależnione od alkoholu powinny natychmiast i całkowicie zrezygnować z tego trunku. Nie próbuj go, nie bierz do ręki, nie dotykaj. W mieszkaniu człowieka, który chce się leczyć z picia, nie powinno być niczego, co zawiera alkohol* (Lindemeyer, 2007, s. 46). W 1785 roku opisał kolejne wnioski: *Nieumiarkowane używanie spirytualiów (...) przypomina pewne choroby dziedziczne, rodzinne i zakaźne, a przyczynami mogą być m.in. rozczarowanie światowymi dążeniami i poczucie winy* (Woronowicz, 2009, s. 137). Koncepcja dr Benjamina Rusha znacząco przyczyniła się do uznania alkoholizmu za chorobę (Anderson, 1993).

Według definicji encyklopedycznej, alkoholizm to nałogowe spożywanie alkoholu, które, ograniczając sprawność fizyczną i umysłową, staje się przyczyną wielu nieszczęśliwych wypadków. Długotrwałe picie prowadzi do chorób psychicznych, schorzeń żołądka, serca, nerek, wątroby oraz innych organów. Nadużywanie alkoholu zwiększa przestępczość, sprzyja szerzeniu się chorób wenerycznych i ma negatywny wpływ na potomstwo (Encyklopedia Powszechna PWN, 1985).

Alkoholizm jest znany od dawna i zawsze stanowił problem społeczny. Nadużywanie alkoholu jest jedną z głównych przyczyn dysfunkcji w rodzinie. Atmosfera w rodzinach alkoholików negatywnie wpływa na opiekę nad dziećmi i ich wychowanie, tworząc poważne zagrożenie dla ich wartości moralnych (Kawula, Brągiel i Janke, 2005). Uznawany jest za jeden z przejawów patologii społecznej i należy do zjawisk generujących cierpienie społeczne. Do najważniejszych negatywnych skutków alkoholizmu zalicza się: zagrożenie ekonomiczne, biologiczne, społeczne i kulturowe (Komorowska, 1995).

Przez długi czas alkoholizm rozumiany był jako powtarzające się epizody upijania. W społeczeństwie funkcjonował jako kategoria grzechu, wady lub słabości charakteru. Alkoholizm został uznany za chorobę, ponieważ spełniał trzy podstawowe kryteria:

- naruszenie stanu równowagi między zdrowiem a patologią;
- posiadanie swoistej etiologii;
- obecność czynnika fizycznego wśród przyczyn zmian patologicznych (Woronowicz, 2009).

Alkohol wpływa na ośrodkowy układ nerwowy, zwłaszcza na mózg, powodując szkodliwe zmiany, takie jak zmiany w składzie chemicznym krwi i w systemie neuroprzekątnictwa na poziomie neuronów. Szczególnie niebezpieczne jest uszkodzenie struktur mózgowych. Zniszczenie nawet 30% neuronów w płacie czołowym prowadzi do uszkodzeń wyższych funkcji mózgu, takich jak przewidywanie, planowanie oraz hamowanie zachowań instynktownych, np. agresywnych. Jak podaje Kazimierz Falewicz (1993), nadmierne spożywanie alkoholu może prowadzić do powikłań psychiatrycznych i neurologicznych, takich jak padaczka alkoholowa, otępienie alkoholowe, halucynozja alkoholowa, obłąd alkoholowy, uszkodzenia wątroby, trzustki, dróg oddechowych, zmiany skórne, zmiany naczyniowe oraz przewlekłe zapalenie spojówek.

W piątej edycji amerykańskiej klasyfikacji diagnostycznej DSM-V zrezygnowano z wcześniejszych kategorii diagnostycznych, takich jak *nadużywanie alkoholu* i *uzależnienie od alkoholu*. Wprowadzono nową kategorię – *zaburzenia związane z używaniem alkoholu*, z podziałem na stopnie ciężkości tego zaburzenia w zależności od liczby stwierdzonych objawów (Jakubczyk, 2017).

W odniesieniu do zaburzeń związanych z używaniem substancji, klasyfikacja ICD-11 zachowała odrębne, wzajemnie wykluczające się diagnozy szkodliwego używania alkoholu oraz uzależnienia. ICD-11 wprowadza hierarchizację zaburzeń, dzieląc spektrum zaburzeń związanych z używaniem alkoholu na kategorie: bieżące używanie substancji związane z jego natychmiastowymi efektami (pojedynczy epizod, powtarzający się wzorec) oraz zaburzenia, które odnoszą się do komplikacji zdrowotnych wynikających z używania substancji. W pierwszej kategorii zawarto uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

W ogólnej kategorii oznaczonej kodem 6C40 *Zaburzenia związane z używaniem alkoholu* mieszczą się następujące jednostki nozologiczne (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, 2018):

- Szkodliwe używanie alkoholu.
- Uzależnienie od alkoholu.
- Bieżące używanie substancji związane z natychmiastowymi efektami (pojedynczy epizod, powtarzający się wzorec).

Zaburzenia wynikające z komplikacji zdrowotnych z używania substancji:

- 6C40.0 – pojedynczy epizod szkodliwego używania alkoholu.
- 6C40.1 – szkodliwy wzorec używania alkoholu.
- 6C40.10 – szkodliwy wzorec używania alkoholu, epizodyczny.
- 6C40.11 – szkodliwy wzorec używania alkoholu, ciągły.
- 6C40.1Z – szkodliwy wzorec używania alkoholu, niespecyficzny.
- 6C40.2 – uzależnienie od alkoholu.
- 6C40.20 – uzależnienie od alkoholu, używanie ciągłe.
- 6C40.21 – uzależnienie od alkoholu, używanie epizodyczne.
- 6C40.22 – uzależnienie od alkoholu, wczesna pełna remisja.
- 6C40.23 – uzależnienie od alkoholu, utrwalona częściowa remisja.
- 6C40.24 – uzależnienie od alkoholu, utrwalona pełna remisja.
- 6C40.2Z – uzależnienie od alkoholu, nieokreślone.

Uzależnienie od alkoholu definiowane jest jako zaburzenie kontroli używania substancji, wynikające z powtarzającego się lub ciągłego spożywania alkoholu. Główną cechą uzależnienia jest silna, wewnętrzna potrzeba spożycia alkoholu, manifestująca się upośledzoną zdolnością do kontroli nad jego spożywaniem.

Diagnoza uzależnienia wymaga obecności co najmniej dwóch lub trzech głównych cech uzależnienia, które występują jednocześnie i powtarzają się wielokrotnie w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy, lub są obecne w sposób ciągły przez co najmniej miesiąc. Do tych cech zaliczają się (Grant i Chamberlain, 2016):

- Upośledzona kontrola używania substancji: obejmuje ilość spożywanego alkoholu, okoliczności oraz moment rozpoczęcia lub zakończenia picia. Często towarzyszy temu głód substancji.
- Priorytetowe używanie substancji: spożywanie alkoholu staje się priorytetem nad codziennymi aktywnościami, obowiązkami i dbaniem o siebie oraz zdrowie. Alkohol staje się dominującą częścią życia, wypierając inne obszary i jest spożywany mimo szkodliwych konsekwencji.
- Cechy fizjologiczne: objawiające się tolerancją i powtarzanym stosowaniem substancji.

Nowością w ICD-11 jest wyodrębnienie kategorii pojedynczego epizodu szkodliwego picia, podzielonego na dwa wzorce (Grant i Chamberlain, 2016):

- Ciągłe używanie: odnosi się do codziennego picia przez okres miesiąca lub dłużej.
- Epizodyczne używanie: wiąże się z piciem trwającym krócej niż miesiąc.

Dodatkowo wprowadzono różne okresy remisji: pełną wczesną remisję, utrwaloną częściową remisję oraz pełną utrwaloną remisję.

Zgodnie z nowymi kryteriami w klasyfikacji DSM-V, rozpoznanie zaburzenia związanego z używaniem alkoholu należy postawić, gdy stwierdza się problemowy wzorec spożywania alkoholu, który prowadzi do istotnych zaburzeń, występujących co najmniej dwa z poniżej wymienionych objawów w okresie ostatnich dwunastu miesięcy (Jakubczyk, 2017):

- Spożywanie alkoholu w większych ilościach lub przez dłuższy czas niż zamierzono.

- Uporczywe pragnienie picia alkoholu lub nieudane próby ograniczenia lub kontrolowania picia.
- Poświęcenie dużej ilości czasu na aktywności związane ze zdobywaniem alkoholu.
- Głód alkoholu lub potrzeba picia.
- Zaniedbywanie obowiązków.
- Spożywanie alkoholu pomimo powracających problemów społecznych i interpersonalnych.
- Powtarzające się spożywanie alkoholu w sytuacjach ryzykownych.
- Spożywanie alkoholu pomimo nawracających problemów fizycznych lub psychicznych.
- Ujawnienie się tolerancji na alkohol, związanej z potrzebą spożycia większej ilości alkoholu w celu osiągnięcia pożądanego efektu.
- Występowanie charakterystycznych objawów abstynencyjnych, spowodowanych przerwaniem spożywania alkoholu.

Propozycja trzech głównych obszarów obrazujących uzależnienie ma na celu dostarczenie kompleksowego przewodnika dla specjalistów, którzy są odpowiedzialni za dobór właściwej terapii psychologicznej lub leczenia farmakologicznego dla osób uzależnionych. Te trzy kluczowe obszary zostały starannie wyselekcjonowane i opracowane na podstawie najnowszych badań naukowych oraz klinicznych obserwacji, aby zapewnić jak najwyższą skuteczność interwencji terapeutycznych. Co więcej, ich struktura i zawartość są w pełni zgodne z objawami i kryteriami diagnostycznymi przedstawionymi w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11) oraz w Diagnostycznym i Statystycznym Podręczniku Zaburzeń Psychiczych (DSM-V). Dzięki temu specjaliści mogą mieć pewność, że stosowane przez nich metody leczenia są oparte na uznanych standardach międzynarodowych, co zwiększa prawdopodobieństwo uzyskania pozytywnych rezultatów terapii.

2. PROFIL OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

Interpretacja i analiza problemów związanych z alkoholizmem uległy znacznym zmianom w ciągu ostatnich 150 lat. Józef Samochwaniec wyróżnił trzy etapy tej ewolucji:

- Okres przednaukowych spekulacji (Carpenter, 1850; Huss, 1852; Kerr, 1883; Crother, 1911),
- Okres naukowy (era Jellinka, od 1941 r.),
- Okres *pojellinkowski* (od lat 60. XX wieku do współczesności), opierający się na badaniach empirycznych.

Pierwszą typologię osób pijących alkohol, opartą na naukowych podstawach, przedstawił Elvin M. Jellinek w 1960 roku. Wyodrębnił on pięć typów szkodliwego spożywania alkoholu, z których typ 3 (Gamma) i typ 4 (Delta) uznał za związane z chorobą alkoholową. Te typy charakteryzują się wzorcami picia, które prowadzą do nasilenia nieadaptacyjnych zachowań w różnych obszarach życia psychologiczno-społecznego. Charakterystyka czterech typów alkoholików według Elvina M. Jellinka jest następująca:

- **Typ Alfa:** Charakteryzuje się psychologiczną zależnością od alkoholu, używanym głównie jako mechanizm radzenia sobie ze stresem. Osoby te nie wykazują fizycznych objawów uzależnienia, ale ich życie społeczne i zawodowe może być znacząco zaburzone.
- **Typ Beta:** Osoby te piją duże ilości alkoholu, ale nie rozwijają fizycznej zależności. Mimo to, długotrwałe spożywanie prowadzi do poważnych problemów zdrowotnych, takich jak choroby wątroby i serca.
- **Typ Gamma:** To typ najbardziej znany jako uzależnienie od alkoholu. Charakteryzuje się utratą kontroli nad ilością spożywanego alkoholu, a także fizyczną i psychiczną zależnością. Prowadzi to do poważnych problemów zdrowotnych, społecznych i psychologicznych.
- **Typ Delta:** Osoby te nie tracą kontroli nad ilością spożywanego alkoholu, ale nie potrafią się od niego powstrzymać. Ich uzależnienie objawia się koniecznością ciągłego picia, aby uniknąć objawów abstynencji.
- **Typ Epsilon:** Znany również jako *pijaństwo okresowe*, gdzie osoby piją ogromne ilości alkoholu w krótkich okresach czasu, a następnie mają długie okresy abstynencji.

ROZDZIAŁ 2

Typologie Jellinka stanowiły podstawę dla dalszych badań nad uzależnieniem od alkoholu i w znaczący sposób wpłynęły na rozwój teorii i praktyk terapeutycznych w tym zakresie.

Tabela 1. Charakterystyka czterech typów alkoholików według E. M. Jellinka

Charakterystyki kryteriów	Alfa	Beta	Gamma	Delta
Typ podatności Psychologiczna Biologiczna Społeczno-ekonomiczna	Wysoka Niska Niska → Średnia	Niska Niska Niska → Średnia	Wysoka Wysoka Niska → Średnia	Niska Wysoka Wysoka
Aspekty procesu choroby Rodzaj uzależnienia Nabyta tolerancja Utrata kontroli Niezdolność do abstynencji Rozwój procesu uzależnienia się	Psychologiczne Niska Niska Niska Nieznaczny	Brak zależności Niska Niska Niska Nieznaczny	Psychologiczne niż fizyczne Wysoka Wysoka Niska Wyraźny	Fizyczne niż psychologiczne Wysoka Niska Wysoka Powolny
Poziom szkód Fizyczny/umysłowy Socjoekonomiczny	Niski → Średni Niski → Średni Średni	Wysoki Niski	Niski → Wysoki Wysoki Wysoki	Niski → Wysoki Wysoki Wysoki

Źródło: opracowano na podstawie Thomas Babor, 1996, s. 11.

Powyższą tabelę można zinterpretować w następujący sposób:

- **Typ Alfa:** osoby należące do typu Alfa wykorzystują alkohol jako narzędzie do radzenia sobie ze stresem i problemami emocjonalnymi. Chociaż nie są fizycznie uzależnione, ich psychologiczna zależność od alkoholu może prowadzić do znaczących zakłóceń w ich życiu społecznym i zawodowym. Ten typ wskazuje na wczesne stadium problemów związanych z alkoholem, gdzie interwencja psychologiczna może być szczególnie skuteczna.
- **Typ Beta** charakteryzuje się wysokim spożyciem alkoholu bez fizycznej zależności. Pomimo braku fizycznych objawów uzależnienia, długotrwałe nadużywanie alkoholu prowadzi do poważnych konsekwencji

zdrowotnych. Ten typ podkreśla konieczność monitorowania zdrowia fizycznego i interwencji medycznej, nawet gdy fizyczna zależność nie jest obecna.

- **Typ Gamma** jest najbardziej charakterystycznym przykładem uzależnienia od alkoholu, obejmującym zarówno fizyczną, jak i psychiczną zależność. Osoby te tracą kontrolę nad spożyciem alkoholu, co prowadzi do poważnych problemów zdrowotnych i społecznych. Interwencje terapeutyczne muszą obejmować zarówno leczenie fizycznych objawów uzależnienia, jak i wsparcie psychologiczne oraz społeczne.
- **Typ Delta** opisuje osoby, które nie tracą kontroli nad ilością spożywanego alkoholu, ale są chronicznie uzależnione, co objawia się koniecznością ciągłego picia w celu uniknięcia objawów abstynencji. Ten typ wymaga ciągłego wsparcia medycznego i psychologicznego, aby pomóc jednostkom zarządzać chronicznym uzależnieniem i minimalizować negatywne konsekwencje zdrowotne oraz społeczne.

Elvin M. Jellinek, poprzez swoje typologie, dostarczył istotnych narzędzi do zrozumienia różnorodnych wzorców uzależnienia od alkoholu, co umożliwiło rozwój bardziej precyzyjnych metod diagnozy i terapii alkoholizmu (Mellibruda, 1996).

Warto również zwrócić uwagę na fazy choroby alkoholowej wyróżnione przez Elvina M. Jellinka (Woronowicz, 2009):

1. Faza wstępna (przedalkoholiczna, objawowa):

- Picie w celu uzyskania ulgi: Konsumpcja alkoholu w celu złagodzenia stresu i niepokoju.
- Wzrost tolerancji na alkohol: Potrzeba spożywania coraz większych ilości alkoholu, aby osiągnąć ten sam efekt.

2. Faza ostrzegawcza (zwiastunowa):

- Coraz większa koncentracja na alkoholu: Zwiększone zainteresowanie alkoholem i myślenie o nim.
- Picie po kryjomu: Spożywanie alkoholu w ukryciu, aby uniknąć krytyki.
- Łapczywe picie: Szybkie picie alkoholu w celu szybkiego osiągnięcia efektu.

- Organizowanie okazji do picia: Celowe aranżowanie sytuacji sprzyjających spożywaniu alkoholu.
- Poczucie winy: Występowanie wyrzutów sumienia z powodu picia.
- Unikanie rozmów na temat picia alkoholu: Unikanie dyskusji na temat własnego picia.
- Pojawienie się palimpsestów (*urwane filmy*): Przerwy w pamięci związane z nadmiernym spożyciem alkoholu.

3. Faza krytyczna (ostra, krzyżowa):

- Utrata kontroli nad piciem: Niemożność ograniczenia ilości spożywanego alkoholu.
- Objawy głodu alkoholowego: Silna potrzeba picia alkoholu.
- Wyszukiwanie usprawiedliwień dla picia: Szukanie powodów do spożywania alkoholu.
- Próba zmiany wzorca picia: Zmiany w czasie, miejscu i rodzaju spożywanego alkoholu.
- Obwinianie otoczenia i agresja: Oskarżanie innych o swoje problemy z alkoholem i reagowanie agresją na uwagi.
- Powtarzające się wyrzuty sumienia: Częste poczucie winy z powodu picia.
- Zaniedbywanie przyjaciół, bliskich, pracy: Brak zainteresowania relacjami i obowiązkami.
- Wyraźne zawężenie pola zainteresowań: Skupienie życia wokół alkoholu.
- Tworzenie racjonalnych uzasadnień dla picia: Racjonalizacja nałogu.
- Koncentracja życia na piciu: Priorytetowe traktowanie alkoholu.
- Gromadzenie zapasów alkoholu: Przechowywanie alkoholu na zapas.
- Zaniedbywanie jedzenia: Niedbanie o dietę.
- Osłabienie popędu seksualnego: Zmniejszenie zainteresowania seksualnego.
- Stałe utrzymywanie stężenia alkoholu (np. poranne picie): Spożywanie alkoholu o każdej porze dnia.

4. Faza przewlekła:

- Okresy wielodniowego picia (*ciągi*): Ciągłe, wielodniowe epizody picia.
- Osłabienie zasad moralnych: Spadek moralności i etyki.

- Uszkodzenie myślenia i zdolności oceny: Pogorszenie funkcji poznawczych.
- Picie alkoholi niekonsumpcyjnych: Spożywanie nieprzeznaczonych do konsumpcji produktów zawierających alkohol.
- Spadek tolerancji na alkohol: Potrzeba mniejszych ilości alkoholu do osiągnięcia upojenia.
- Lęki: Wzmoczone uczucie niepokoju.
- Drżenie: Fizyczne objawy abstynencji.
- Napady drgawkowe: Drgawki związane z alkoholizmem.
- Ciężkie choroby somatyczne prowadzące do zgonu: Choroby fizyczne wynikające z długotrwałego picia.

Alkoholizm jest jedną z najbardziej powszechnych i niebezpiecznych chorób, często określaną jako choroba chroniczna, co oznacza, że pewne jej aspekty trwają do końca życia, a osoba uzależniona pozostaje na zawsze alkoholiczkiem. Uzależnienie od alkoholu niszczy człowieka we wszystkich aspektach życia, w tym psychicznych, moralnych, duchowych i religijnych. Alkoholizm prowadzi do stopniowej utraty odpowiedzialności i wolności, zaburzając funkcjonowanie w społeczeństwie i rodzinie (Woronowicz, 2009).

Jerzy Mellibruda opisał uszkodzenia spowodowane nadużywaniem alkoholu, wyróżniając:

- **Mózg:** Uszkodzenie naczyń krwionośnych prowadzące do wylewów, niszczenie komórek nerwowych w korze mózgowej, co prowadzi do obniżenia sprawności umysłowej i zaburzeń psychicznych.
- **Serce:** Arytmia, nadciśnienie, niewydolność krążenia, uszkodzenie mięśnia sercowego oraz problemy z dojrzewaniem krwinek czerwonych, niezbędnych do odżywiania organizmu tlenem.
- **Wątroba:** Stłuszczenie, stany zapalne, marskość wątroby oraz uszkodzenie regulacji poziomu cukru we krwi.
- **Przewód pokarmowy:** Nieżyty przełyku, owrzodzenie żołądka i dwunastnicy, stan zapalny trzustki, uszkodzenia wchłaniania pokarmu w jelitach.
- **Inne systemy biologiczne:** Uszkodzenie zdolności obronnych organizmu, zwiększona podatność na choroby, deficyt witamin i niedożywienie, obniżenie męskiej potencji, bezpłodność lub uszkodzenie płodu (Mellibruda, 2003).

ROZDZIAŁ 2

W literaturze można znaleźć różne klasyfikacje objawów uzależnienia. Do najczęściej cytowanych należą symptomy uzależnienia według Jerzego Mellibrudy i Marka Dziewieckiego (Mellibruda, 2003).

Tabela 2. *Klasyfikacja symptomów uzależnienia wg J. Mellibrudy i M. Dziewieckiego*

J. Mellibruda	M. Dziewiecki
• Utrata kontroli nad spożywaniem alkoholu: Po rozpoczęciu picia alkoholu, osoba traci zdolność kontrolowania ilości spożywanego alkoholu oraz momentu, kiedy przestaje pić. • Zanik pamięci: Po spożyciu alkoholu niektóre wydarzenia są wymazywane z pamięci, a wiele zdarzeń ma miejsce poza świadomością osoby pijącej. • Uzależnienie codziennego funkcjonowania od alkoholu: Życie osoby uzależnionej staje się całkowicie podporządkowane spożywaniu alkoholu. • Symptomy abstynencyjne: Po przerwaniu długotrwałego spożywania alkoholu lub zmniejszeniu jego ilości, pojawiają się objawy takie jak niepokój, drażliwość, nadmierne pocenie się, drgawki, wymioty oraz majaczenie. • Nawroty picia: Po próbach odstawienia alkoholu, osoba uzależniona zazwyczaj wraca do nałogu po pewnym czasie. • Silna potrzeba alkoholu (głód alkoholowy): Osoba odczuwa intensywną potrzebę spożycia alkoholu. • Zwiększona tolerancja na alkohol: Osoba potrzebuje wypicia większej ilości alkoholu, aby osiągnąć ten sam efekt, co wcześniej. • Zmniejszona tolerancja na alkohol: Przy spożyciu tej samej ilości alkoholu, co wcześniej, osoba doświadcza silniejszych efektów.	• Brak kontroli nad spożyciem alkoholu: Osoba uzależniona nie jest w stanie kontrolować ilości spożywanego alkoholu. • Luki w pamięci: Występują braki w zapamiętywaniu wydarzeń po spożyciu alkoholu. • Psychozy alkoholowe: Osoba uzależniona ma trudności z odróżnieniem faktów od rzeczywistości. • Zespół abstynencyjny: Po przerwaniu spożywania alkoholu pojawiają się objawy fizyczne i psychiczne. • Zaprzeczanie: Osoba uzależniona utrzymuje, że nie ma problemu z alkoholem.

Źródło: opracowanie na podstawie J. Mellibrudy, *Tajemnice ETOH...*, s. 20-60.

Z analizy powyższych stwierdzeń wynika, że częste spożywanie alkoholu prowadzi do rozwinięcia się choroby alkoholowej, wywołując nieodwracalne zmiany w organizmie. Nadmierne spożycie alkoholu wpływa negatywnie na sferę emocjonalną, powodując zaburzenia poznawcze i behawioralne. Osoba uzależniona od alkoholu musi liczyć się z biologicznymi szkodami, które stanowią zagrożenie dla jej zdrowia i życia.

Alkohol powoduje degradację życia psychicznego, duchowego i religijnego. Sprawia, że osoba stopniowo traci kontrolę nad swoim życiem oraz zdolność do normalnego funkcjonowania w rodzinie i społeczeństwie. Uzależnienie od alkoholu objawia się silnym pragnieniem jego spożywania i wpływa na różne aspekty funkcjonowania człowieka. Osoba uzależniona nie ma kontroli nad ilością i jakością spożywanego alkoholu, który zaczyna dominować nad wszystkimi innymi potrzebami i wartościami. Większość osób uzależnionych ma trudności z rozpoznaniem skutków oraz motywów swojego postępowania, co prowadzi do braku racjonalnej oceny swojej sytuacji życiowej. Dochodzi również do zniekształceń procesów poznawczych i myślenia oraz do emocjonalnej izolacji osoby uzależnionej.

3. KONSEKWENCJE SPOŻYWANIA ALKOHOLU DLA ZDROWIA FIZYCZNEGO I PSYCHICZNEGO

Współczesne czasy charakteryzują się dynamiką we wszystkich obszarach działalności człowieka. Ciągły brak czasu, napięcie wynikające z próby godzenia wielu ról społecznych oraz lęk przed porażką skłaniają do poszukiwania sposobów redukcji doświadczanych napięć. Jednym ze środków umożliwiających osiągnięcie tego stanu jest alkohol. Jerzy Mellibruda stwierdza: *kształtowanie się nałogowego ukierunkowania osobowości jest napędzane błędnymi sposobami poszukiwania wolności i autonomii osobistej, które stają się źródłem lęku, cierpienia i osamotnienia. Sięgając po narzędzia szczęścia, które złudnie obiecują kontrolę nad światem uczuć, ludzie wpadają w nałogowe pułapki i w końcu tracą nawet iluzję wolności. Ta ucieczka od wolności, prowadząca do uzależnienia, staje się współczesną wersją totalitarnego zniewolenia* (Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2006, str. 23).

Wielu badaczy starało się zgłębić powody, dla których ludzie spożywają alkohol i uzależniają się od niego. Nie udało się jednak jednoznacznie ustalić,

dlaczego niektórzy uzależniają się, a inni nie, mimo że używają alkoholu w podobny sposób. Przeprowadzono liczne badania mające na celu zrozumienie motywacji i wzorców picia oraz warunków sprzyjających uzależnieniu. Władysław Dybowski (1883-1930) wskazywał na skłonności dziedziczne oraz społeczne przekonania przyzwalające na picie, takie jak mity o nieszkodliwości niskoprocentowych alkoholi. Uważał, że alkohol łatwo przynosi przyjemność i pozwala oderwać się od codzienności. Antoni Kępiński (1918-1972) podkreślał, że picie alkoholu obniża napięcie, redukuje zmęczenie, ułatwia kontakty międzyludzkie, wprowadza w stan przyjemnego oszołomienia i ucieczki od życia, a także pozwala doświadczyć poczucia mocy (Woronowicz, 2009). Elvin M. Jellinek zidentyfikował trzy grupy czynników: biologiczne, psychologiczne i społeczne.

Motywy sięgania po alkohol są bardzo zróżnicowane. Według Jana Szczepańskiego (Wald, 1986) przyczyny spożywania alkoholu to:

- Ucieczka od rzeczywistości,
- Przyczyny ceremonialne,
- Dla zabawy,
- Aby dodać sobie odwagi,
- Picie nałogowe.
- Bohdan Woronowicz identyfikuje trzy główne motywy spożywania alkoholu:
- *Ucieczkowe*: w celu zredukowania napięcia, poprawy nastroju, zapomnienia o kłopotach, odprężenia.
- *Społeczne*: picie alkoholu w towarzystwie, przy konkretnej okazji, z uprzejmości.
- *W poszukiwaniu przyjemności*: dla walorów smakowych lub z przekonania o pozytywnym wpływie alkoholu na zdrowie (Woronowicz T., 1998).

Populacja osób pijących ryzykownie i szkodliwie w Polsce szacowana jest na około 2,5-4 miliony. Według Światowej Organizacji Zdrowia, alkohol jest trzecim najważniejszym czynnikiem ryzyka dla zdrowia populacji. Ponad 60 rodzajów chorób i urazów związanych jest z alkoholem. W Polsce każdego roku z przyczyn bezpośrednio związanych z używaniem alkoholu umiera kilkanaście tysięcy osób, z czego połowa to zgony bezpośrednio związane z jego spożywaniem (Sierosławski, 2007).

Szczególnym rodzajem szkód zdrowotnych są uszkodzenia płodu wynikające ze spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży, co może prowadzić do alkoholowego zespołu płodowego (Fetal Alcohol Syndrome – FAS), charakteryzującego się niską wagą urodzeniową, opóźnionym wzrostem, obniżoną odpornością i uszkodzeniami układu nerwowego. Dominującymi objawami FAS są upośledzenie intelektualne i zaburzenia zachowania (Dyr, 2006).

Uzależnienie od alkoholu jest zaburzeniem bio-psycho-społecznym, powodującym zmiany fizjologiczne, psychologiczne i poznawcze. Jest przyczyną wielu poważnych chorób oraz dezorganizuje życie społeczne osób uzależnionych i ich rodzin. Istnieje również związek między uzależnieniem a bezrobociem, niższym statusem ekonomicznym i wypadkami (Koprowicz, 2012).

U osób nadużywających alkoholu widoczne są znaczące organiczne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, co sprawia, że utrzymanie stałej abstynencji jest wyzwaniem. Niektórzy mogą nigdy nie być w stanie zmienić dotychczasowych wzorców radzenia sobie w trudnych sytuacjach bez wsparcia alkoholu (Kuska, 2014). U osób uzależnionych od alkoholu częściej występuje ryzyko podjęcia próby samobójczej (Klimkiewicz, Serafin i Wojnar, 2011).

Uzależnienie od alkoholu jednego z członków rodziny wywiera negatywny wpływ na pozostałych jej członków, zarówno dorosłych, jak i dzieci, powodując problemy psychologiczne, zdrowotne, społeczne i materialne. Jedną z dotkliwych konsekwencji życia z osobą uzależnioną może być współuzależnienie, określane jako szkodliwy sposób przystosowania się, który utrudnia i ogranicza realną ocenę sytuacji, a tym samym możliwość rozwiązania problemów. U osób współuzależnionych często występują choroby psychosomatyczne oraz problemy emocjonalne, takie jak zaburzenia depresyjne i lękowe (Ciosek, 2011).

Przemoc w rodzinie jest kolejnym zaburzeniem ściśle związanym z używaniem alkoholu. Z prawnego punktu widzenia stosowanie przemocy jest w Polsce przestępstwem ściganym na podstawie artykułu 207 Kodeksu karnego. Większość definicji przemocy podkreśla jej intencjonalny charakter. Choć przemoc może występować w każdym związku, badania wykazują, że w rodzinach z problemem alkoholowym jest to zjawisko stosunkowo częste. W takich rodzinach przemoc jest zazwyczaj skrycie ukrywana, a powszechne jest przekonanie, że picie alkoholu zwalnia od odpowiedzialności za zachowanie (Woronowicz, 2009).

Życie w rodzinie z problemem alkoholowym zakłóca prawidłowy rozwój dziecka, wpływając negatywnie na jego rozwój emocjonalny, poznawczy i społeczny. Dzieci z takich rodzin doświadczają wielu trudnych sytuacji zagrażających ich bezpieczeństwu i zdrowiu. Ciągły stres ma destrukcyjny wpływ na rozwój fizyczny dziecka. Niektóre z tych dzieci przyjmują z domu rodzinnego utrwalone schematy zachowań i reakcji emocjonalnych, co określa się jako Syndrom DDA (Dorośle Dzieci Alkoholików) (Ciosek, 2011).

Problem spożywania alkoholu przez studentów jest związany z faktem, że część z nich zaczęła pić alkohol już w wieku młodzieńczym, preferując głównie piwo i wódkę. Znaczący odsetek spożywa alkohol w sposób mogący powodować szkody zdrowotne (Chodkiewicz, 2006). Częściej upijają się na umór studentki niż studenci, jednak mężczyźni piją alkohol częściej, a kobiety bardziej intensywnie (Varela-Mato, Cancela i Ayan, 2012). Badania pokazują związek między sposobem spożycia alkoholu a wybranymi kategoriami chorób związanych z alkoholem. Ryzyko zachorowania na raka wzrasta wraz ze wzrostem średniej ilości spożywanego alkoholu, podczas gdy ryzyko choroby niedokrwiennej serca zwiększa się w wyniku intensywnych sesji picia (Bąbała, Działo i Działo, 2011).

Spożywanie napojów alkoholowych wśród młodych ludzi jest predyktorem ryzykownych zachowań. Wzrost spożycia alkoholu jest proporcjonalny do częstości występowania sytuacji psychoaktywnych, prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu, wyższej urazowości, ryzykownych zachowań seksualnych i łamania prawa. Okres studiów wiąże się ze zmianą miejsca zamieszkania oraz brakiem kontroli rodzicielskiej. Poszukiwanie nowych znajomości i zmiana warunków życia mogą prowadzić do stresu, a alkohol staje się popularnym sposobem na redukcję tego stresu (Binkowska-Bury, Więch i Sałacińska, 2014).

Picie alkoholu, zwłaszcza w młodym wieku, może prowadzić do rozwoju uzależnienia w późniejszym życiu. Część studentów jest tego świadoma. Obserwuje się również, że przekonania religijne wpływają na poziom konsumpcji alkoholu. Spożywanie alkoholu wynika często z potrzeby relaksu i odprężenia (Dubuc, Aubertin-Leheudre i Karelis, 2017).

Według Jerzego Mellibrudy i Zofii Sobolewskiej-Mellibrudy, można wyróżnić następujące czynniki aktywizujące mechanizmy uzależnienia: uszkodzenia organizmu, choroby psychiczne i somatyczne, deficyty życiowych umiejętności, destrukcyjna orientacja życiowa, problemy osobiste, kryzys życiowy, stresujące sytuacje, uszkodzenie relacji społecznych, negatywne konsekwencje

społeczne szkodliwego picia. Te czynniki przyczyniają się do pogłębiania mechanizmów uzależnienia (Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2006).

Mechanizm regulacji emocji odpowiada za przekształcanie różnorodnych stanów emocjonalnych, powodujących napięcie, w pragnienie spożycia alkoholu. Dążenie do szybkiego złagodzenia przykrego stanu emocjonalnego, redukcji stresu oraz niski poziom odporności na cierpienie sprawiają, że alkohol staje się głównym źródłem pozytywnych doznań (Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2006).

Mechanizm iluzji i zaprzeczania obejmuje selektywną percepcję faktów związanych z brakiem alkoholu, irracjonalne i fałszywe przekonania, nałogowe sposoby myślenia oraz złudne wyobrażenia dotyczące przyszłości, przeszłości i teraźniejszości. W wyniku działania tego mechanizmu dochodzi do specyficznego zniekształcenia pracy mózgu, które tworzy przekonania o atrakcyjności alkoholu i konieczności jego spożycia.

Mechanizm rozpraszania i rozdławiania *ja* uszkadza zdolność do kierowania własnym postępowaniem i podejmowania decyzji przez osoby uzależnione. Powoduje także problemy z utrzymaniem poczucia tożsamości i indywidualności, determinując trudności w ocenie własnego postępowania oraz złudne poczucie mocy.

Te trzy mechanizmy stanowią utrwalone formacje psychologiczne, które działają w podstawowych obszarach życia człowieka, potęgując wywołane przez siebie efekty (Frąckowiak i Motyka, 2015). Są one głęboko zakorzenione w psychice jednostki, wpływając na jej emocje, myślenie i zachowanie w sposób, który często prowadzi do destrukcyjnych konsekwencji. W literaturze naukowej te mechanizmy są często analizowane w kontekście ich wpływu na funkcjonowanie emocjonalne, społeczne i poznawcze osób uzależnionych.

Nadużywanie alkoholu i uzależnienie od niego przynoszą szereg szkód zarówno dla osoby uzależnionej, jak i dla jej otoczenia. Szkody te obejmują szeroki zakres negatywnych skutków, w tym pogorszenie zdrowia fizycznego, psychicznego oraz społecznego funkcjonowania jednostki. Fizyczne konsekwencje mogą obejmować uszkodzenia wątroby, serca, układu nerwowego oraz zwiększone ryzyko wystąpienia wielu chorób przewlekłych. Psychiczne skutki nadużywania alkoholu obejmują rozwój zaburzeń nastroju, lękowych oraz zaburzeń psychiatrycznych.

Przywrócenie prawidłowej aktywności i umożliwienie pełnienia właściwych ról społecznych osobom uzależnionym jest kluczowe dla ich reintegracji społecznej. Wsparcie społeczne, w tym pomoc rodziny, przyjaciół oraz profesjonalistów, odgrywa istotną rolę w procesie zdrowienia. Edukacja zdrowotna, skierowana zarówno do osób uzależnionych, jak i do ich otoczenia, może zwiększyć świadomość problemu, zmniejszyć stygmatyzację oraz promować zdrowy styl życia (Frąckowiak i Motyka, 2015).

ROZDZIAŁ 3

METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

1. OKREŚLENIE CELÓW BADANIA ORAZ SFORMUŁOWANIE PYTAŃ I HIPOTEZ

Celem badania było zidentyfikowanie czynników ryzyka związanych z nadużywaniem alkoholu wśród studentów. Miało ono na celu szczegółową analizę wielowymiarowych determinant, które mogą przyczyniać się do rozwoju problemów alkoholowych w tej grupie wiekowej. Skupiono się na szeregu zmiennych, które w literaturze naukowej zostały zidentyfikowane jako potencjalne predyktory uzależnień w populacji studenckiej.

Pierwszym z badanych czynników było doświadczenie alkoholizmu w rodzinie. Liczne badania wskazują na to, że obecność alkoholizmu w rodzinie może zwiększać ryzyko nadużywania alkoholu przez potomstwo, co wynika z kombinacji czynników genetycznych, środowiskowych i behawioralnych. Studenci wychowywani w rodzinach z problemem alkoholowym często doświadczają wysokiego poziomu stresu, niestabilności emocjonalnej

oraz niezdrowych wzorców radzenia sobie, co może predysponować ich do nadużywania alkoholu w dorosłości.

Drugą analizowaną zmienną był poziom postrzeganego stresu. Jest on jednym z kluczowych czynników, które mogą prowadzić do nadużywania alkoholu jako strategii radzenia sobie. Badania sugerują, że studenci odczuwający wysoki poziom stresu związanego z wymaganiami akademickimi, presją rówieśniczą oraz problemami osobistymi są bardziej skłonni do sięgania po alkohol w celu złagodzenia negatywnych emocji i napięcia. Badanie koncentrowało się na zrozumieniu, w jaki sposób różne poziomy postrzeganego stresu mogą wpływać na ryzyko nadużywania alkoholu wśród studentów.

Kolejną istotną zmienną były strategie radzenia sobie ze stresem. Odgrywają one kluczową rolę w determinowaniu, jak studenci reagują na stresujące sytuacje. Badanie analizowało, które strategie radzenia sobie, takie jak unikanie, poszukiwanie wsparcia społecznego, czy angażowanie się w aktywności zastępcze, są związane z wyższym lub niższym ryzykiem nadużywania alkoholu w tej grupie.

Samooocena została również uwzględniona jako istotny czynnik ryzyka. Niska samoocena jest często związana z większą podatnością na uzależnienia, ponieważ studenci z niską samooceną mogą używać alkoholu jako środka do poprawy nastroju i tymczasowego zwiększenia poczucia własnej wartości. Badanie badało, w jaki sposób różne poziomy samooceny mogą wpływać na skłonność do nadużywania alkoholu wśród studentów.

Ostatnią analizowaną zmienną była nadzieja na sukces, która odnosi się do wiary jednostki w możliwość osiągnięcia pozytywnych rezultatów w przyszłości. Wysoki poziom nadziei na sukces może działać jako czynnik ochronny, zmniejszając ryzyko nadużywania alkoholu poprzez promowanie zdrowych strategii radzenia sobie i pozytywnego myślenia. Badanie starało się określić, jak nadzieja na sukces wpływa na prawdopodobieństwo rozwinięcia problemów z alkoholem wśród studentów.

Na tej podstawie sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy doświadczenie alkoholizmu w dzieciństwie lub młodości członka rodziny wpływa na częstotliwość spożywania alkoholu w dorosłości?
2. Czy istnieje związek między częstotliwością spożywania alkoholu a stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem?
3. Czy istnieje związek między częstotliwością spożywania alkoholu a poziomem postrzeganego stresu?

4. Czy istnieje związek między częstotliwością spożywania alkoholu a poziomem samooceny?
5. Czy istnieje związek między częstotliwością spożywania alkoholu a poziomem nadziei na sukces?

Odpowiadając na powyższe pytania, sformułowano hipotezy badawcze:

1. Osoby, które w dzieciństwie lub młodości doświadczyły nadużywania alkoholu przez członka rodziny, częściej spożywają alkohol w dorosłości.
- 2a. Im częściej studenci stosują strategie radzenia sobie ze stresem, takie jak zażywanie substancji psychoaktywnych i unikanie problemów, tym częściej spożywają alkohol.
- 2b. Im częściej studenci stosują aktywne strategie radzenia sobie ze stresem, tym rzadziej spożywają alkohol.
3. Im wyższy poziom postrzeganego stresu u studentów, tym częściej spożywają alkohol.
4. Im niższa samoocena u studentów, tym częściej spożywają alkohol.
5. Im większa nadzieja na sukces u studentów, tym rzadziej spożywają alkohol.

Badanie umożliwiło identyfikację kluczowych korelatów nadużywania alkoholu, co stanowi istotny krok w zrozumieniu mechanizmów tego zjawiska. Wyniki wyraźnie sugerują, że istnieją pewne doświadczenia i czynniki psychologiczne, które znacząco wpływają na częstotliwość spożywania alkoholu.

2. ZMIENNE UWZGLĘDNIONE W BADANIACH

W badaniu uwzględniono następujące zmienne zależne:

Strategie radzenia sobie ze stresem – zmienne ilościowe, mierzone za pomocą kwestionariusza Mini-COPE. Uwzględniono następujące pojedyncze strategie:

- Aktywne radzenie sobie.
- Planowanie.
- Pozytywne przewartościowanie.
- Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego.
- Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego.

- Zajmowanie się czymś innym.
- Zaprzeczanie.
- Wyładowanie.
- Zazywanie substancji psychoaktywnych.
- Zaprzestanie działań.
- Obwinianie siebie.

Czynniki strategii radzenia sobie:

- Aktywne radzenie sobie (czynnik 1).
- Bezradność (czynnik 2).
- Poszukiwanie wsparcia (czynnik 3).
- Zachowania unikowe (czynnik 4).
- Zwrot ku religii (czynnik 5).
- Akceptacja (czynnik 6).
- Poczucie humoru (czynnik 7).

W badaniu uwzględniono następujące zmienne niezależne:

- Spostrzegany stres – zmienna ilościowa, mierzona za pomocą kwestionariusza PSS-10.
- Ogólny poziom samooceny – zmienna ilościowa, mierzona za pomocą kwestionariusza SES.
- Nadzieja na sukces – zmienne ilościowe, mierzone za pomocą kwestionariusza KNS, obejmujące:
 - ◊ Przekonanie o umiejętnościach znajdowania rozwiązań
 - ◊ Przekonanie o posiadaniu silnej woli
 - ◊ Nadzieja na sukces (wynik ogólny)

W badaniu uwzględniono także zmienne pośredniczące:

- Wiek
- Płeć
- Doświadczenie nadużywania alkoholu w rodzinie pochodzenia – zmienna nominalna, mierzona na podstawie informacji uzyskanej w autorskiej ankiecie. Zmienna dwuwartościowa (tak vs nie); do grupy *tak* zakwalifikowano osoby, które wskazały przynajmniej jedną osobę z rodziny pochodzenia nadużywającą alkoholu w dzieciństwie

badanych, natomiast osoby, które nikogo nie wskazały, przypisano do grupy *nie*.

- Częstotliwość spożywania alkoholu – zmienna porządkowa, mierzona na podstawie informacji uzyskanej w autorskiej ankiecie; przyjmowała 6 poziomów: 1 – wcale, 2 – kilka razy w roku, 3 – raz w miesiącu, 4 – kilka razy w miesiącu, 5 – kilka razy w tygodniu, 6 – codziennie.

3. NARZĘDZIA BADAWCZE

3.1. ANKIETA WŁASNEGO AUTORSTWA

Aby zgromadzić informacje o respondentach, przygotowano specjalnie opracowaną ankietę. Pierwsza część ankiety zawierała pięć pytań dotyczących danych demograficznych, takich jak płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania oraz stan cywilny. Pytania te miały na celu uzyskanie podstawowych informacji o uczestnikach, co pozwoli na lepsze zrozumienie struktury badanej grupy.

Druga część ankiety skupiła się na doświadczeniach związanych z konsumpcją alkoholu i zawierała cztery pytania dotyczące częstotliwości picia alkoholu, powodów jego spożywania oraz doświadczeń związanych z nadużywaniem alkoholu w rodzinie pochodzenia. Te pytania miały na celu zgromadzenie szczegółowych danych na temat nawyków i motywacji związanych ze spożywaniem alkoholu, co może pomóc w identyfikacji potencjalnych problemów i potrzeb interwencyjnych. Dodatkowo, zrozumienie kontekstu rodzinnego mogło dostarczyć cennych informacji o wpływie środowiska na zachowania alkoholowe respondentów. Wyniki ankiety mogą posłużyć jako podstawa do dalszych badań oraz działań edukacyjnych i profilaktycznych.

3.2. SKALA ODCZUWANEGO STRESU (PSS-10) AUTORSTWA S. COHEN, T. KAMARCK, R. MARMELSTEIN

Do pomiaru poziomu stresu zastosowano Skalę Odczuwanego Stresu (PSS-10), opracowaną przez Sheldona Cohena, Toma Kamarcka i Robin Mermelsteina, w polskiej adaptacji Zygryda Juczyńskiego i Nadziei Ogińskiej-Bulik (2012). Narzędzie to składa się z 10 pytań, na które respondenci odpowiadali, korzystając z 5-stopniowej skali. Odpowiedzi miały odzwierciedlać

częstotliwość doświadczania różnych myśli i uczuć związanych ze stresem. Skala odpowiedzi była następująca: 0 – nigdy, 1 – prawie nigdy, 2 – czasem, 3 – dość często, 4 – bardzo często. Wyniki uzyskane przez sumowanie punktów, po odpowiednim przekształceniu wybranych pozycji, dawały ogólny wynik stresu, przy czym wyższy wynik oznaczał wyższy poziom odczuwanego stresu. Rzetelność narzędzia, mierzona współczynnikiem alfa Cronbacha, wyniosła 0,86 według badania przeprowadzonego przez autorów adaptacji (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012).

3.3. INWENTARZ DO POMIARU RADZENIA SOBIE ZE STRESEM (MINI-COPE) AUTORSTWA C. S. CARVER

W badaniu wykorzystano Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (Mini-COPE) opracowany przez Charlesa S. Carvera, w polskiej adaptacji Zygryda Juczyńskiego i Nadziei Ogińskiej-Bulik (2012), aby ocenić, jak często uczestnicy stosują różne strategie radzenia sobie ze stresem. Narzędzie składa się z 28 stwierdzeń, na które respondenci odpowiadali, korzystając z 4-stopniowej skali: 0 – prawie nigdy tak nie postępuję, 1 – rzadko tak postępuję, 2 – często tak postępuję, 3 – prawie zawsze tak postępuję. Stwierdzenia te są pogrupowane w 14 strategii radzenia sobie ze stresem, takich jak: aktywne radzenie sobie, planowanie, pozytywne przewartościowanie, akceptacja, poczucie humoru, zwrot ku religii, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, zajmowanie się czymś innym, zaprzeczanie, wyładowanie, zażywanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań oraz obwinianie siebie. Dodatkowo, wyróżniono 6 głównych czynników: aktywne radzenie sobie, bezradność, poszukiwanie wsparcia, zachowania unikowe, zwrot ku religii oraz akceptacja i poczucie humoru.

Każda strategia była obliczana poprzez sumowanie wyników z dwóch odpowiadających jej stwierdzeń i podzielenie tej sumy przez 2. Aby obliczyć wyniki poszczególnych czynników, sumowano wyniki przypisanych do nich strategii i dzielono przez ich liczbę. Wyniki te odzwierciedlały nasilenie danej strategii lub czynnika na skali od 0 do 3. Wyższy wynik wskazywał na częstsze stosowanie danej strategii lub czynnika. Rzetelność połówkowa narzędzia, zmierzona w badaniu przeprowadzonym przez autorów adaptacji, wyniosła 0,86 (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012).

3.4. SKALA SAMOOCENY (SES) AUTORSTWA M. ROSENBERG

Aby ocenić poziom samooceny wśród badanych osób, zastosowano Skalę Samooceny (SES) opracowaną przez Morrisa Rosenberga, w polskiej adaptacji Iwony Dzwonkowskiej, Grażyny Lachowicz-Tabaczek i Ewy Łaguny (2008). Kwestionariusz zawiera 10 stwierdzeń, na które uczestnicy odpowiadali, korzystając z 4-stopniowej skali: 1 – zdecydowanie się zgadzam, 2 – zgadzam się, 3 – nie zgadzam się, 4 – zdecydowanie się nie zgadzam. Każde stwierdzenie odnosi się do przekonań badanych na temat własnej osoby.

Na podstawie udzielonych odpowiedzi obliczany jest wynik ogólny, który stanowi wskaźnik ogólnej samooceny. Wyższy wynik wskazuje na wyższy poziom samooceny. Rzetelność narzędzia, oceniona za pomocą współczynnika alfa Cronbacha, wynosiła od 0,81 do 0,83 w badaniu przeprowadzonym przez autorów adaptacji (Dzwonkowska i in., 2008). Wyniki te świadczą o wysokiej wiarygodności skali, co pozwala na jej skuteczne wykorzystanie w badaniach psychologicznych dotyczących samooceny.

3.5. KWESTIONARIUSZ NADZIEI NA SUKCES (KNS) AUTORSTWA C. R. SNYDER

Aby zmierzyć poziom nadziei na sukces wśród uczestników badania, zastosowano Kwestionariusz Nadziei na Sukces (KNS) opracowany przez Charlesa R. Snydera, w polskiej adaptacji Ewy Łaguny, Jerzego Trzebińskiego i Tomasza Zięby (2005). Narzędzie to składa się z 12 pytań, z których cztery pełnią funkcję buforową. Każde z tych pytań ma formę twierdzeń, które respondenci oceniają na 8-stopniowej skali: 1 – zdecydowanie nieprawdziwe, 2 – w większości przypadków nieprawdziwe, 3 – raczej nieprawdziwe, 4 – trochę nieprawdziwe, 5 – trochę prawdziwe, 6 – raczej prawdziwe, 7 – w większości przypadków prawdziwe, 8 – zdecydowanie prawdziwe.

Na podstawie odpowiedzi można obliczyć dwa wymiary: przekonanie o posiadaniu silnej woli oraz przekonanie o umiejętności znajdowania rozwiązań. Dodatkowo, wynik ogólny stanowi miarę nadziei na sukces, przy czym wyższy wynik oznacza wyższy poziom nadziei na sukces. Rzetelność narzędzia, oceniana za pomocą współczynnika alfa Cronbacha, wyniosła 0,82 w badaniu przeprowadzonym przez autorów polskiej adaptacji (Łaguna i in., 2005).

Wynik ten świadczy o wysokiej wiarygodności kwestionariusza, co czyni go przydatnym narzędziem w badaniach psychologicznych nad nadzieją na sukces. Dalsze analizy mogą skupić się na związku między wynikami KNS a różnymi aspektami życia zawodowego i osobistego uczestników.

4. CHARAKTERYSTYKA RESPONDENTÓW

W badaniu uczestniczyło 203 studentów z Akademii Nauk Stosowanych im. A. De Gasperi w Józefowie. Charakterystykę socjodemograficzną tej grupy przedstawiono w tabeli 3, natomiast doświadczenia związane ze spożywaniem alkoholu zaprezentowano w tabeli 4. Dane te pozwalają na lepsze zrozumienie profilu badanej populacji oraz jej zachowań i nawyków związanych z alkoholem. Dodatkowe analizy mogą dostarczyć cennych informacji na temat wpływu tych doświadczeń na życie akademickie i zdrowie studentów.

Tabela 3. *Charakterystyka socjodemograficzna próby*

Charakterystyka próby - dane socjodemograficzne		Częstość	Procent
Płeć	kobiety	150	73,9
	mężczyźni	53	26,1
Wiek	18-25	53	26,1
	26-35	63	31,0
	36-45	73	36,0
	46-55	13	6,4
	56-60	1	0,5
Wykształcenie	średnie	86	42,4
	wyższe - licencjat	29	14,3
	wyższe - magister	87	42,9
	wyższe - doktor	1	0,5
Miejsce zamieszkania	wieś	79	38,9
	miasto do 10 tys. mieszkańców	17	8,4
	miasto 10 tys. - 100 tys. mieszkańców	58	28,6
	miasto 100 - 500 tys. mieszkańców	15	7,4
	miasto pow. 500 tys. mieszkańców	34	16,7
Stan cywilny	wolny/a	37	18,2
	w związku nieformalnym	50	24,6
	w związku małżeńskim	99	48,8
	po rozwodzie	15	7,4
	wdowa/wdowiec	2	1,0
Ogółem		203	100,0

Respondenci byli w wieku od 18 do 57 lat, z średnią wieku wynoszącą 33 lata ($M = 33,496$; $SD = 8,56$). Jak przedstawiono w tabeli 3, największa grupa badanych (36%) mieściła się w przedziale wiekowym 36-45 lat. Większość uczestników posiadała wykształcenie wyższe magisterskie (42,9%) lub średnie (42,4%).

Przeważająca część respondentów mieszkała w miastach różnej wielkości, co stanowiło łącznie 61,1% badanej grupy, podczas gdy 38,9% zamieszkiwało obszary wiejskie. Największy odsetek uczestników (28,6%) mieszkał w miastach o populacji od 10 do 100 tysięcy mieszkańców. Ponadto, większość respondentów była w związku małżeńskim (48,8%) (tabela 3).

Te dane socjodemograficzne pozwalają na głębsze zrozumienie struktury badanej populacji, co może mieć znaczenie przy interpretacji wyników badania, szczególnie w kontekście doświadczeń związanych ze spożywaniem alkoholu. Analiza tych informacji może dostarczyć cennych wskazówek dotyczących potencjalnych korelacji między zmiennymi socjodemograficznymi a zachowaniami i postawami badanych osób.

Jak wynika z tabeli 4, większość uczestników badania konsumowała alkohol (79,8%). Najczęściej spożywali go kilka razy do roku (42,9%). Respondenci najczęściej podawali, że sięgają po alkohol z powodów towarzyskich, takich jak uroczystości, imprezy oraz spotkania ze znajomymi (26,6%), a także jako sposób na relaks (26,1%).

Większość badanych (51,2%) zadeklarowała brak doświadczeń z alkoholizmem w rodzinie pochodzenia, choć różnica była niewielka. Spośród osób, które miały takie doświadczenia (48,8%), najczęściej wskazywano ojca jako osobę nadużywającą alkoholu (40,9% wszystkich uczestników).

Dane te pozwalają lepiej zrozumieć wzorce spożycia alkoholu oraz konteksty społeczne i rodzinne, w których występuje. Analiza tych informacji może pomóc w identyfikacji grup najbardziej narażonych na problemy związane z alkoholem oraz w opracowaniu odpowiednich strategii interwencyjnych.

ROZDZIAŁ 3

Tabela 4. Charakterystyka próby w zakresie doświadczeń spożywania alkoholu

Charakterystyka próby - doświadczenia życiowe nt. alkoholu		Częstość	Procent
Czy zdarza Ci się sięgać po alkohol?	tak	162	79,8
	nie	41	20,2
Jak często sięgasz po alkohol?	wcale	26	12,8
	kilka razy do roku	87	42,9
	raz w miesiącu	28	13,8
	kilka razy w miesiącu	50	24,6
	kilka razy w tygodniu	12	5,9
Z jakiego powodu najczęściej sięgasz po alkohol?	presja rówieśnicza	4	2,0
	problemy osobiste	5	2,5
	jako sposób na odprężenie	53	26,1
	jako sposób na nudę, by się rozzerwać	27	13,3
	na poprawę nastroju, samopoczucia	32	15,8
	jako sposób na radzenie sobie z negatywnymi emocjami jak strach, lęk, smutek, stres	3	1,5
	w towarzystwie: imprezy, uroczystości, wyjścia ze znajomymi	54	26,6
	nie piję	22	10,8
	do posiłku	1	0,5
	dla smaku	1	0,5
	spędzanie czasu ze współmałżonkiem/ą	1	0,5
Czy w okresie Twojego dzieciństwa/młodości ktoś z Twojej najbliższej rodziny, mieszkającej w tym samym domu, nadużywał alkoholu? Jeśli tak, to kto?	matka	13	6,4
	ojciec	83	40,9
	babcia	2	1,0
	dziadek	25	12,3
	rodzeństwo	9	4,4
	nie dotyczy	104	51,2
Ogółem - doświadczenie nadużywania alkoholu w rodzinie	nie	104	51,2
	tak	99	48,8
Ogółem		203	100,0

5. PRZEBIEG BADANIA: PROCEDURY I ETAPY

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od maja do czerwca 2024 roku. Do realizacji badania wykorzystano platformę internetową Formularze Google, co umożliwiło zdalne i wygodne zebranie danych. Próba badawcza składała się ze studentów Akademii Nauk Stosowanych WSGE im. A. De Gasperi w Józefowie.

Badanie miało charakter anonimowy i dobrowolny, co zostało jasno zakomunikowane uczestnikom przed jego rozpoczęciem. Respondenci byli zobowiązani do wypełnienia następujących narzędzi badawczych w ustalonej kolejności:

- Autorska ankieta – gromadząca dane demograficzne i informacje dotyczące spożywania alkoholu.
- Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10) – służąca do oceny poziomu stresu.
- Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (Mini-COPE) – oceniający różne strategie radzenia sobie ze stresem.
- Skala Samooceny (SES) Morrisa Rosenberga – mierząca poziom samooceny.
- Kwestionariusz Nadziei na Sukces (KNS) – oceniający poziom nadziei na sukces.

Każde z narzędzi zostało starannie wybrane, aby umożliwić kompleksową ocenę różnych aspektów funkcjonowania psychologicznego uczestników w kontekście ich doświadczeń związanych ze stresem i spożywaniem alkoholu. Po zakończeniu badania, uczestnikom podziękowano za udział, podkreślając wartość ich wkładu w rozwój naukowego zrozumienia analizowanych zjawisk. Dbalność o anonimowość i dobrowolność uczestnictwa miała na celu zapewnienie komfortu psychicznego badanych oraz uzyskanie szczerych i dokładnych odpowiedzi.

Celem przeprowadzonego badania była identyfikacja korelatów nadużywania alkoholu oraz pogłębienie wiedzy na temat mechanizmów radzenia sobie ze stresem i ich związków z samooceną oraz nadzieją na sukces. Wykorzystanie standaryzowanych narzędzi badawczych, takich jak PSS-10, Mini-COPE, SES i KNS, umożliwiło zebranie wysokiej jakości danych, co jest kluczowe dla rzetelnej analizy statystycznej i wyciągania wiarygodnych wniosków.

Badanie przeprowadzone wśród studentów pozwala zrozumieć specyficzne wyzwania tej grupy demograficznej, która często doświadcza znacznego stresu

związanego z nauką, presją społeczną i zmianami życiowymi. Wyniki badania mogą mieć praktyczne zastosowanie w opracowywaniu programów wsparcia i interwencji, które mogą pomóc studentom lepiej radzić sobie ze stresem oraz zapobiegać problemom związanym z nadużywaniem alkoholu.

ROZDZIAŁ 4

WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

1. WPROWADZENIE DO WYNIKÓW BADAŃ EMPIRYCZNYCH

Kolejny rozdział, który prezentuje wyniki badania, rozpoczyna się od wstępnej analizy danych. Analiza ta koncentruje się na podstawowych informacjach dotyczących badanych zmiennych, obejmując statystyki opisowe oraz ocenę zgodności rozkładów wyników z rozkładem normalnym przy użyciu testu Shapiro-Wilka.

W tabeli 5 przedstawiono kluczowe statystyki opisowe dla zmiennych ilościowych, a także wyniki testu Shapiro-Wilka, który ocenia, czy rozkłady wyników są zgodne z rozkładem normalnym.

Dane te stanowią fundament dla dalszych analiz, umożliwiając zrozumienie podstawowych charakterystyk badanych zmiennych i ich rozkładów. Analiza zgodności z rozkładem normalnym jest kluczowa dla wyboru odpowiednich metod statystycznych w dalszych etapach badania. Wyniki te pozwalają na bardziej precyzyjne interpretowanie danych oraz formułowanie wniosków na temat badanej populacji.

Tabela 5. Statystyki opisowe i rozkład wyników

Zmienne (N = 203)	M	SD	SKE	K	Min	Maks	W	p
Aktywne radzenie sobie	2,19	0,69	-0,75	0,38	0,00	3,00	0,89	<0,0
Planowanie	2,10	0,74	-0,63	-0,01	0,00	3,00	0,90	<0,0
Pozytywne przewartościowanie	1,94	0,79	-0,31	-0,57	0,00	3,00	0,93	<0,0
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	1,99	0,87	-0,63	-0,39	0,00	3,00	0,90	<0,0
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	1,89	0,84	-0,33	-0,69	0,00	3,00	0,93	<0,0
Zajmowanie się czymś innym	1,69	0,81	-0,18	-0,57	0,00	3,00	0,95	<0,0
Zaprzeczanie	0,73	0,69	0,62	-0,33	0,00	3,00	0,87	<0,0
Wyładowanie	1,39	0,71	0,05	-0,36	0,00	3,00	0,95	<0,0
Zażywanie substancji psychoaktywnych	0,36	0,60	1,84	3,24	0,00	3,00	0,65	<0,0
Zaprzestanie działań	0,65	0,66	0,86	0,28	0,00	3,00	0,85	<0,0
Obwinianie siebie	1,32	0,87	0,31	-0,74	0,00	3,00	0,93	<0,0
Aktywne radzenie sobie (czynnik 1)	2,08	0,60	-0,53	0,20	0,17	3,00	0,96	<0,0
Bezradność (czynnik 2)	1,16	0,79	0,70	0,23	0,00	3,75	0,95	<0,0
Poszukiwanie wsparcia (czynnik 3)	1,94	0,80	-0,43	-0,60	0,00	3,00	0,94	<0,0
Zachowania unikowe (czynnik 4)	1,27	0,50	0,02	-0,15	0,00	2,67	0,99	0,05
Zwrot ku religii (czynnik 5)	1,20	1,04	0,41	-1,06	0,00	3,00	0,88	<0,0
Akceptacja (czynnik 6)	1,95	0,72	-0,31	-0,40	0,00	3,00	0,93	<0,0
Poczucie humoru (czynnik 7)	0,97	0,67	0,31	-0,49	0,00	3,00	0,93	<0,0
Spostrzegany stres	18,39	6,47	0,12	0,05	1,00	37,00	0,99	0,31
Ogólny poziom samooceny	30,27	5,93	-0,21	-0,63	16,00	40,00	0,97	0,00
Przekonanie o umiejętności znajdowania rozwiązań	24,51	5,77	-0,89	1,05	4,00	32,00	0,93	<0,0
Przekonanie o posiadaniu silnej woli	23,57	5,87	-0,76	0,34	4,00	32,00	0,95	<0,0

Większość badanych zmiennych nie wykazała rozkładu zbliżonego do normalnego, z wyjątkiem zmiennych dotyczących zachowań unikowych (czynnik 4) oraz spostrzeganego stresu.

W dalszej części badania zastosowano analizy nieparametryczne, ponieważ każda analiza obejmowała zmienną dotyczącą częstości spożywania alkoholu, która jest zmienną porządkową. W związku z tym, do porównań międzygrupowych użyto testu U Manna-Whitney'a, natomiast do analiz korelacyjnych zastosowano współczynnik korelacji rho Spearmana.

Wszystkie analizy przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS Statistics, przyjmując standardowy poziom istotności $\alpha = 0,05$. Takie podejście zapewniało adekwatność metod statystycznych do charakterystyki danych, umożliwiając wiarygodne i precyzyjne wnioskowanie na temat badanych zależności.

2. ANALIZA ZWIĄZKU MIĘDZY HISTORIĄ ALKOHOLIZMU W RODZINIE A WŁASNYM SPOŻYCIEM ALKOHOLU W DOROSŁOŚCI

W celu zweryfikowania hipotezy 1: *Osoby, które w dzieciństwie lub młodości doświadczyły nadużywania alkoholu przez członka rodziny, częściej spożywają alkohol w dorosłości* przeprowadzono analizę testem U Manna-Whitney'a. Zmienną zależną była częstość spożywania alkoholu, natomiast czynnikiem – doświadczenie nadużywania alkoholu w rodzinie pochodzenia. Wyniki tej analizy przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6. Doświadczenie alkoholizmu w rodzinie pochodzenia a nadużywanie alkoholu w dorosłości – test U Manna-Whitney'a

U Manna-Whitney'a	Doświadczenie nadużywania alkoholu w rodzinie pochodzenia						U	p
	nie (n = 104)			tak (n = 99)				
	M	SD	M _{ranga}	M	SD	M _{ranga}		
Jak często sięgasz po alkohol?	2,69	1,16	102,72	2,67	1,15	101,24	5073,00	0,850

Jak ukazuje tabela 6, nie uzyskano statystycznie istotnych różnic. Oznacza to, że osoby, które w dzieciństwie lub młodości doświadczyły nadużywania alkoholu w rodzinie, nie różnią się od osób, które tego nie doświadczyły, pod względem częstości spożywania alkoholu. Średnie wyniki (M) wskazują, że częstość spożywania alkoholu w obu grupach mieści się między 2 (*kilka razy do roku*) a 3 (*raz w miesiącu*). Wartości te są poniżej połowy skali, co sugeruje, że badani sięgali po alkohol stosunkowo rzadko.

3. STRATEGIE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM A KONSUMPCJA ALKOHOLU

W celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono analizę korelacji rho Spearmana. Analiza dotyczyła zmiennych związanych ze strategiami radzenia sobie ze stresem oraz częstości spożywania alkoholu. Wyniki tej analizy zostały przedstawione w tabeli 7.

Tabela 7. Radzenie sobie ze stresem a częstość sięgania po alkohol – współczynniki korelacji rho Spearmana

Korelacje	Jak często sięgasz po alkohol?
Aktywne radzenie sobie	0,02
Planowanie	0,06
Pozytywne przewartościowanie	0,17*
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,07
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	0,03
Zajmowanie się czymś innym	0,03
Zaprzeczanie	-0,06
Wyładowanie	0,07
Zażywanie substancji psychoaktywnych	0,47***
Zaprzestanie działań	-0,05
Obwinianie siebie	0,03
Czynniki:	
Aktywne radzenie sobie (czynnik 1)	0,11
Bezradność (czynnik 2)	0,15*
Poszukiwanie wsparcia (czynnik 3)	0,06
Zachowania unikowe (czynnik 4)	0,03
Zwrot ku religii (czynnik 5)	-0,09
Akceptacja (czynnik 6)	0,06
Poczucie humoru (czynnik 7)	0,10

Adnotacja. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Zgodnie z wynikami przedstawionymi w tabeli 7, uzyskano trzy istotne statystycznie korelacje:

- Między częstością spożywania alkoholu a pozytywnym przewartościowaniem – jest to bardzo słaba dodatnia korelacja, $r_s = 0,17$; $p = 0,013$.
- Między częstością spożywania alkoholu a zażywaniem substancji psychoaktywnych – jest to umiarkowana dodatnia korelacja, $r_s = 0,47$; $p < 0,001$.
- Między częstością spożywania alkoholu a bezradnością – jest to bardzo słaba dodatnia korelacja, $r_s = 0,15$; $p = 0,037$.

Uzyskane wyniki wskazują, że częstość spożywania alkoholu wzrasta wraz ze wzrostem częstotliwości stosowania strategii takich jak pozytywne przewartościowanie, zażywanie substancji psychoaktywnych i bezradność.

Pozytywne przewartościowanie, mimo że jest pozytywną strategią radzenia sobie ze stresem, wykazuje niewielką korelację z częstszym spożywaniem alkoholu, co może sugerować, że osoby te próbują dostosować się do stresujących sytuacji, ale jednocześnie sięgają po alkohol jako dodatkowy sposób radzenia sobie.

Umiarkowana korelacja między spożywaniem alkoholu a zażywaniem substancji psychoaktywnych wskazuje na bardziej niepokojący trend, sugerując, że osoby często spożywające alkohol są również bardziej skłonne do zażywania innych substancji psychoaktywnych.

Korelacja między spożywaniem alkoholu a bezradnością, choć słaba, może oznaczać, że osoby czujące się bezradne częściej sięgają po alkohol, być może jako formę ucieczki od trudnych emocji i sytuacji.

Te wyniki podkreślają złożoność zachowań związanych ze spożywaniem alkoholu i sugerują, że interwencje mające na celu zmniejszenie spożycia alkoholu powinny również uwzględniać inne strategie radzenia sobie ze stresem oraz potencjalne skłonności do zażywania substancji psychoaktywnych.

4. RELACJA MIĘDZY POZIOMEM ODCZUWANEGO STRESU A KONSUMPCJĄ ALKOHOLU

W celu weryfikacji hipotezy 3: *Im wyższy poziom postrzeganego stresu u studentów, tym częściej spożywają alkohol* przeprowadzono analizę korelacji rho Spearmana, obejmującą zmienne dotyczące postrzeganego stresu oraz częstości spożywania alkoholu. Wyniki tej analizy zostały przedstawione w tabeli 8.

Tabela 8. *Spostrzegany poziom stresu a częstość sięgania po alkohol – współczynniki korelacji rho Spearmana*

Korelacje	Jak często sięgasz po alkohol?
Spostrzegany stres	0,02

Adnotacja. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Jak przedstawiono w tabeli 8, analiza danych nie wykazała statystycznie istotnych wyników. Oznacza to, że częstość spożywania alkoholu nie jest powiązana z poziomem postrzeganego stresu wśród badanych studentów.

Brak istotnych korelacji sugeruje, że niezależnie od tego, jak często studenci spożywają alkohol, ich poziom postrzeganego stresu pozostaje niezmienny. To odkrycie może być zaskakujące, ponieważ alkohol jest często uważany za środek radzenia sobie ze stresem. Wyniki te mogą sugerować, że inne czynniki, takie jak wsparcie społeczne, strategie radzenia sobie lub osobiste zasoby psychiczne, mogą odgrywać większą rolę w regulacji poziomu stresu niż spożywanie alkoholu.

Dodatkowo, warto zauważyć, że różnorodność w sposobach radzenia sobie ze stresem i indywidualnych reakcjach na stres może powodować brak wyraźnej korelacji między tymi zmiennymi. Na przykład, niektórzy studenci mogą radzić sobie ze stresem poprzez aktywności fizyczne lub hobby, podczas gdy inni mogą polegać na wsparciu rodziny i przyjaciół.

Wyniki te podkreślają potrzebę dalszych badań, które uwzględnią różne aspekty radzenia sobie ze stresem oraz inne zmienne, które mogą wpływać na spożywanie alkoholu. Może to pomóc w zidentyfikowaniu bardziej precyzyjnych czynników, które oddziałują na poziom postrzeganego stresu i nawyki związane z konsumpcją alkoholu.

5. ZALEŻNOŚĆ MIĘDZY SAMOOCENĄ A SPOŻYWANIEM ALKOHOLU

W celu weryfikacji hipotezy 4: *Im niższa samoocena u studentów, tym częściej spożywają alkohol* przeprowadzono analizę korelacji rho Spearmana, obejmującą zmienne dotyczące ogólnego poziomu samooceny oraz częstości spożywania alkoholu. Wyniki tej analizy zostały przedstawione w tabeli 9.

Tabela 9. *Poziom samooceny a częstość sięgania po alkohol – współczynniki korelacji rho Spearmana*

Korelacje	Jak często sięgasz po alkohol?
Ogólny poziom samooceny	0,01

Adnotacja. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Jak wynika z tabeli 9, analiza danych nie wykazała statystycznie istotnych wyników. Oznacza to, że częstość spożywania alkoholu nie jest powiązana z poziomem ogólnej samooceny badanych studentów.

Brak istotnych korelacji sugeruje, że niezależnie od tego, jak często studenci spożywają alkohol, ich poziom samooceny pozostaje niezmienny. To odkrycie jest interesujące, ponieważ mogłoby się wydawać, że niskie poczucie własnej wartości może prowadzić do częstszego sięgania po alkohol jako mechanizmu kompensacyjnego. Jednakże wyniki sugerują, że samoocena studentów jest niezależna od ich nawyków związanych z konsumpcją alkoholu.

Możliwe jest, że inne czynniki, takie jak wsparcie społeczne, sukcesy akademickie czy ogólne zdrowie psychiczne, mają większy wpływ na poziom samooceny niż częstość spożywania alkoholu. Na przykład, studenci z wysoką samooceną mogą mieć silne sieci wsparcia i skuteczne strategie radzenia sobie z problemami, co sprawia, że alkohol nie jest dla nich kluczowym elementem regulacji emocji.

Ponadto, warto zauważyć, że na poziom samooceny mogą wpływać różnorodne czynniki zewnętrzne i wewnętrzne, które nie są bezpośrednio związane z konsumpcją alkoholu. Może to obejmować osobiste osiągnięcia, relacje międzyludzkie, a także genetyczne i środowiskowe predyspozycje.

6. ZWIĄZEK MIĘDZY POZIOMEM NADZIEI NA SUKCES A UŻYWANIEM ALKOHOLU

W celu weryfikacji hipotezy 5: *Im większa nadzieja na sukces u studentów, tym rzadziej spożywają alkohol* przeprowadzono analizę korelacji rho Spearmana, uwzględniającą zmienne związane z nadzieją na sukces oraz jej składowymi, a także częstością spożywania alkoholu. Wyniki tej analizy zostały zaprezentowane w tabeli 10.

Tabela 10. *Nadzieja na sukces a częstość sięgania po alkohol – współczynniki korelacji rho Spearmana*

Korelacje	Jak często sięgasz po alkohol?
Przekonanie o umiejętnościach znajdowania rozwiązań	0,06
Przekonanie o posiadaniu silnej woli	0,03
Nadzieja na sukces (wynik ogólny)	0,04

Adnotacja. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Jak przedstawiono w tabeli 10, analiza danych nie wykazała statystycznie istotnych wyników w badanym zakresie. Oznacza to, że częstość spożywania alkoholu nie ma związku z poziomem nadziei na sukces wśród badanych studentów.

Brak istotnych korelacji wskazuje, że niezależnie od tego, jak często studenci spożywają alkohol, ich poziom nadziei na sukces pozostaje niezmienny. Wynik ten jest interesujący, ponieważ mogłoby się wydawać, że osoby z wyższą nadzieją na sukces mogą być bardziej zmotywowane do unikania ryzykownych zachowań, takich jak częste spożywanie alkoholu. Jednakże dane sugerują, że nadzieja na sukces, jako wewnętrzna motywacja i optymistyczne nastawienie, nie jest bezpośrednio związana z nawykami alkoholowymi studentów.

7. OMÓWIENIE I INTERPRETACJA WYNIKÓW BADAŃ

Celem badania było określenie korelatów nadużywania alkoholu, który został osiągnięty poprzez weryfikację hipotez i identyfikację zmiennych istotnie związanych z częstością spożywania alkoholu przez badanych.

Hipoteza 1, zakładająca, że *osoby, które w dzieciństwie lub młodości doświadczyły nadużywania alkoholu przez członka rodziny, częściej spożywają alkohol w dorosłości*, nie została potwierdzona. Wyniki nie wykazały statystycznie istotnych różnic, co oznacza, że doświadczenie nadużywania alkoholu przez członka rodziny w przeszłości nie wpływa na częstość spożywania alkoholu w życiu dorosłym. Można zatem stwierdzić, że prawdopodobieństwo nadużywania alkoholu w dorosłości jest takie samo zarówno wśród osób, które doświadczyły nadużywania alkoholu w rodzinie, jak i tych, które nie miały takich doświadczeń.

Chociaż wynik ten jest sprzeczny z przyjętą hipotezą, jest jednocześnie pozytywny – sugeruje, że osoby wychowujące się w rodzinach z problemem alkoholowym nie są *skazane* na powielanie tych samych wzorców w dorosłości. Istnieje możliwość przełamania negatywnych schematów z dzieciństwa i unikania błędów popełnianych przez rodziców.

Na podstawie uzyskanych średnich wyników można zauważyć, że częstość spożywania alkoholu w badanej próbie jest stosunkowo niska – średnie wyniki znajdują się pomiędzy odpowiedziami *kilka razy do roku* a *raz w miesiącu*, co sugeruje niewielką częstotliwość spożycia. Niemal 6% badanych sięgało po alkohol kilka razy w tygodniu, jednak brak danych na temat ilości spożywanego

alkoholu uniemożliwia określenie, czy było to nadmierne spożycie, czy mieściło się w granicach bezpiecznego picia.

Uzyskane wyniki można porównać z rezultatami innych badań. Ważnym przykładem jest badanie przeprowadzone przez Andrzeja Kiejnę i współautorów (2015), dotyczące populacji dorosłych Polaków i obejmujące występowanie zaburzeń psychicznych. Okazało się, że 10,9% badanych wykazywało nadużywanie alkoholu, a 2,2% było uzależnionych od alkoholu. Jest to znaczący odsetek, biorąc pod uwagę, że badanie obejmowało ponad 10 000 osób, co oznacza, że ponad 1 000 badanych nadużywało alkoholu. W niniejszym badaniu nie zaobserwowano jednoznacznego nadużywania alkoholu – choć 6% respondentów spożywało alkohol kilka razy w tygodniu, trudno ocenić, czy stanowi to ryzykowne spożycie, ze względu na brak informacji o ilości spożywanego alkoholu.

Interesujące badanie przeprowadzili także Anton Kułak, Volodymyr Shpakov i Arkadiusz Kułak (2011), dotyczące wstępnej analizy problemów nikotynizmu, alkoholizmu i narkomanii wśród studentów Uniwersytetu im. Jana Kupały w Grodnie. Wyniki ich badań wskazują, że zdecydowana większość grupy spożywała alkohol kilka razy w ciągu ostatnich miesięcy lub tylko raz. Można więc stwierdzić, że nasilenie spożywania alkoholu w ich badaniu było niewielkie, podobnie jak w niniejszej badanej próbie.

Inne badania, przeprowadzone przez Janusza Chodkiewicza (2006), dotyczące spożywania alkoholu i wiedzy na jego temat wśród studentów łódzkich szkół wyższych, wykazały nieco odmienne wyniki. Autor stwierdził, że większość badanych spożywała alkohol (piwo) co najmniej 3 razy w ciągu ostatnich 30 dni. Jest to większa częstotliwość niż ta ujawniona w niniejszym badaniu. Różnice te mogą wynikać z różnic w lokalizacji – badanie Chodkiewicza przeprowadzono na terenie województwa łódzkiego, podczas gdy niniejsze badanie objęło teren województwa mazowieckiego.

Kolejne badanie, przeprowadzone przez Aleksandrę Sidor i Martę Makarę-Studzińską (2012) wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, ujawniło, że co czwarty student spożywał alkohol w sposób ryzykowny, co wskazuje na dość powszechne ryzykowne picie w tej grupie. Podobne wyniki uzyskano w badaniu Janusza Bryla i współautorów (2020) dotyczącym spożywania alkoholu i radzenia sobie ze stresem wśród studentów kierunków medycznych, gdzie niemal 1/5 badanej grupy spożywała alkohol ryzykownie.

Kolejne badania, dotyczące spożywania alkoholu przez studentów Uniwersytetu Medycznego, przeprowadzone przez Małgorzatę Kurpas i współautorów (2013), wykazały, że niemal połowa badanych piła w sposób ryzykowny. Ponownie, jest to grupa studentów kierunków medycznych. W niniejszym badaniu nie oceniono, czy badani spożywają alkohol w sposób ryzykowny lub szkodliwy. Można jedynie przypuszczać, że rzadkie spożywanie alkoholu przez uczestników (między kilka razy do roku a raz w miesiącu) sugeruje, iż prawdopodobnie nie piją ryzykownie. Aby to jednak potwierdzić, warto byłoby w przyszłych badaniach zastosować Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych z Piciem Alkoholu (AUDIT), tak jak to uczyniono w przytoczonych badaniach.

W odniesieniu do związku między doświadczeniem nadużywania alkoholu w rodzinie pochodzenia a nadużywaniem alkoholu w życiu dorosłym, interesujące wyniki przedstawiła Anna Cichońska (2020). Jej badania dotyczące wpływu wychowywania się w rodzinie z problemem alkoholowym na funkcjonowanie w relacjach rodzinnych i społecznych ujawniły, że sześć z 16 osób badanych było w trakcie leczenia uzależnienia, co stanowi nieco ponad 1/3 próby. To znacząca liczba.

Anna Janik (2013) badała osoby dorosłych dzieci alkoholików (DDA) uczestniczące w grupach wsparcia oraz osoby niepochodzące z rodzin z problemem alkoholowym. Jej praca skupiała się na stylach przywiązania, wzorcach picia i kompetencjach społecznych wśród DDA. Wyniki wskazały, że osoby DDA nie różniły się istotnie od grupy kontrolnej pod względem wzorców picia, co jest zgodne z wynikami niniejszego badania.

W młodszy wieku tendencje do używania alkoholu ujawnili Piotr Skoczylas i Grzegorz Żebrowski (2009) w badaniu dotyczącym zagrożenia alkoholizmem wśród dzieci i młodzieży z rodzin dotkniętych patologiami społecznymi. Autorzy stwierdzili, że ponad 90% gimnazjalistów i ponad połowa uczniów szkół podstawowych z takich rodzin miało kontakt z alkoholem w ciągu ostatnich 12 miesięcy. W ciągu ostatnich 30 dni alkohol spożywał podobny odsetek gimnazjalistów i nieco mniejszy odsetek uczniów szkół podstawowych (nieco ponad 1/3 grupy). To sugeruje, że dzieci z rodzin dotkniętych patologią społeczną są szczególnie narażone na nadużywanie alkoholu. W niniejszym badaniu nie zaobserwowano takich wyników, co wskazuje na pewne rozbieżności.

Te rozbieżności mogą wynikać z różnic w doborze próby – opisywane badania dotyczyły dzieci i młodzieży, DDA z grup wsparcia lub obejmowały małe próby. W związku z tym wyniki mogły być mniej reprezentatywne i mogły wystąpić znaczne różnice w rezultatach.

Hipoteza 2a, że *Im częściej studenci stosują strategie radzenia sobie ze stresem, takie jak zażywanie substancji psychoaktywnych i unikanie problemów, tym częściej spożywają alkohol*, została częściowo potwierdzona – tylko w zakresie związku zażywania substancji psychoaktywnych z częstością spożywania alkoholu.

Hipoteza 2b, że *Im częściej studenci stosują aktywne strategie radzenia sobie ze stresem, tym rzadziej spożywają alkohol*, nie została potwierdzona. Nie zaobserwowano istotnych statystycznie korelacji między aktywnym radzeniem sobie a częstością spożywania alkoholu. Oznacza to, że strategie oparte na zadaniowym radzeniu sobie ze stresem nie chronią przed nadużywaniem alkoholu w badanej próbie.

Strategie unikowe wydają się najbardziej odpowiednie dla osób nadużywających alkoholu, ponieważ pozwalają na chwilowe zapomnienie o problemach, poprawę nastroju czy zajęcie się czymś innym. Te funkcje spożywania alkoholu mogą skłaniać osoby w stresujących sytuacjach do picia, gdy nie potrafią znaleźć wyjścia z problemów. Wynik częściowo potwierdzający hipotezę sugeruje, że im częściej studenci stosują strategię zażywania substancji psychoaktywnych, tym częściej spożywają alkohol. Ta zależność była najsilniejsza spośród wszystkich zidentyfikowanych korelacji. Wskazuje to, że badani często traktują picie alkoholu jako sposób radzenia sobie z problemami, co może oznaczać, że osoby nadużywające alkoholu preferują strategie unikowe. Stosowanie strategii unikowych może wskazywać, że badani nie potrafią w sposób zadaniowy radzić sobie z trudnymi sytuacjami i wybierają sposoby pozwalające zapomnieć o problemach, takie jak spożywanie alkoholu, co klasyfikuje się jako strategię radzenia sobie ze stresem skoncentrowaną na unikaniu.

Wyniki wskazały również na dwie dodatkowe korelacje statystycznie istotne, które nie były przewidziane w hipotezach. Korelacje te dotyczą związku między częstością spożywania alkoholu a pozytywnym przewartościowaniem oraz bezzadnością. Oba związki, choć bardzo słabe, okazały się statystycznie istotne. Oznacza to, że częstsze spożywanie alkoholu jest związane z częstszym odczuwaniem bezzadności w sytuacjach stresowych oraz częstszym

podejmowaniem pozytywnego przewartościowania. Jednakże ze względu na ich słabą moc, wyniki te należy traktować z dużą ostrożnością.

Korelacje te sugerują, że osoby częściej spożywające alkohol doświadczają bezradności w sytuacjach stresowych, ale jednocześnie częściej dokonują pozytywnego przewartościowania. Choć bezradność w tych wynikach nie jest zaskakująca, to pozytywne przewartościowanie może budzić zdziwienie. Jest ono uważane za aktywną strategię radzenia sobie ze stresem, która polega na postrzeganiu zdarzenia w bardziej pozytywnym świetle, jako okazji do rozwoju (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012). Mimo że jest to strategia aktywnego radzenia sobie, opiera się bardziej na zmianie nastawienia niż na rzeczywistym działaniu zmierzającym do rozwiązania problemu. Wyniki te są interesujące i warto byłoby w przyszłości kontynuować badania w celu replikacji lub wyjaśnienia tych związków.

Kolejnym nieprzewidzianym wynikiem była korelacja dotycząca bezradności. Ten czynnik obejmuje trzy strategie: zażywanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań oraz obwinianie siebie. Ponieważ tylko zażywanie substancji psychoaktywnych wykazywało istotną korelację z częstością spożywania alkoholu, wydaje się, że istotność statystyczna bezradności wynika właśnie z tej strategii.

Rezultaty badania mają częściowe odzwierciedlenie w literaturze. Na przykład, badanie Janusza Bryla i współautorów (2020) wykazało, że osoby nadużywające alkoholu często uzasadniają to radzeniem sobie ze stresem. Choć nie uzyskano istotnych wyników w tym zakresie, wartości procentowe wskazują na dużą popularność tego motywu. W niniejszym badaniu uzyskano istotną korelację między spożywaniem alkoholu a strategiami radzenia sobie ze stresem opartymi na spożywaniu alkoholu.

Inne badanie, przeprowadzone przez Monikę Szczyrbę-Maróń i Joannę Wons (2008), dotyczące używania substancji psychoaktywnych przez lekarzy jako sposobu radzenia sobie ze stresem, również przyniosło ważne wyniki. Autorki wykazały, że lekarze częściej doświadczający trudnych sytuacji częściej radzą sobie ze stresem poprzez spożywanie alkoholu lub narkotyków. Przytoczyły one dane wskazujące, że około 60% lekarzy używa narkotyków (Avery i in., 2000; za: Szczyrba-Maróń i Wons, 2008), co jest zatrważające. Wyniki te sugerują, że spożywanie alkoholu może być związane z radzeniem sobie ze stresem w ten sposób. Patrząc na wyniki innych autorów

z tej perspektywy, można powiedzieć, że wyniki niniejszego badania znajdują częściowe odzwierciedlenie w literaturze.

Hipoteza 3: *Im wyższy poziom postrzeganego stresu u studentów, tym częściej spożywają alkohol* nie została potwierdzona. Wyniki badania nie wykazały istotnych statystycznie korelacji między poziomem stresu a częstością spożywania alkoholu. Oznacza to, że zarówno wysoki poziom stresu nie prowadził do nadmiernego spożywania alkoholu, jak i niski poziom stresu nie stanowił czynnika ochronnego przed nadużywaniem alkoholu.

Podobne wyniki uzyskała Anna Buczek (2015), badając stres, poczucie koherencji i spożywanie alkoholu przez studentów. Jej wyniki również nie wykazały związku między stresem a spożywaniem alkoholu. Natomiast Jan Rasmus i współautorzy (2015) uzyskali odmienne wyniki w badaniu dotyczącym stresu i zachowań ryzykownych wśród ratowników medycznych, gdzie wyższy poziom stresu był związany z częstszymi zachowaniami ryzykownymi, w tym spożywaniem alkoholu. Anna Cichońska i współautorki (2022) również odnotowały istotny związek między stresem a spożywaniem alkoholu wśród pielęgniarek podczas pandemii COVID-19, gdzie stres prowadził do zwiększonego zmęczenia i bezsilności, co sprzyjało sięganiu po używki.

Wyniki niniejszego badania potwierdzają wnioski Anny Buczek, jednakże istnieje wiele badań wskazujących na istotny związek między stresem a spożywaniem alkoholu.

Hipoteza 4: *Im niższa samoocena u studentów, tym częściej spożywają alkohol* również nie została potwierdzona. Nie zaobserwowano istotnych statystycznie korelacji między samooceną a częstością spożywania alkoholu. Samoocena nie pełniła roli ani czynnika ryzyka, ani czynnika ochronnego przed nadużywaniem alkoholu w badanej próbie, co oznacza, że osoby zarówno z niską, jak i wysoką samooceną mogą nadużywać alkoholu.

Wyniki te są zgodne z badaniem Wojciecha Łosiaka (2008), który badał samoocenę, oczekiwania związane z alkoholem i spożywanie alkoholu wśród uczniów szkół średnich i również nie znalazł związku między samooceną a spożywaniem alkoholu. Natomiast badanie Natalii Maksymova (2020) na przykładzie jednej kobiety uzależnionej od alkoholu sugerowało, że niska samoocena może być czynnikiem ryzyka dla uzależnienia, a uzależnienie samo w sobie może dodatkowo obniżać samoocenę, tworząc sprzężenie zwrotne.

Przegląd badań Agnieszki Basisty (2019) dotyczący psychologicznych warunkowań picia alkoholu i palenia papierosów wśród młodzieży szkolnej wskazuje, że większość badań koncentruje się na stresie i depresji jako czynnikach ryzyka. Wyniki różnych badań zarówno potwierdzają brak zależności między samooceną a spożywaniem alkoholu, jak i wskazują na jej istnienie, co sugeruje potrzebę dalszych badań w tym zakresie.

Hipoteza 5, zakładająca: *Im większa nadzieja na sukces u studentów, tym rzadziej spożywają alkohol* nie została potwierdzona, ponieważ nie uzyskano istotnych statystycznie wyników w badanym zakresie. Oznacza to, że nadzieja na sukces nie wpływa ani na zwiększenie, ani na zmniejszenie częstości spożywania alkoholu. Przekonanie o umiejętności znajdowania rozwiązań oraz przekonanie o posiadaniu silnej woli nie okazały się czynnikami warunkującymi spożywanie alkoholu w badanej próbie.

Uzyskane wyniki można porównać z badaniem autorstwa Arthura Blume i współautorów (2009), które dotyczyło używania alkoholu, niepokoju, stresu traumatycznego i braku nadziei. Badanie to również nie ujawniło związku między samooceną a używaniem alkoholu, co jest zgodne z wynikami niniejszego badania. Natomiast badanie przeprowadzone przez Tahira Ilhana i współautorów (2007) dotyczące czynników psychospołecznych i problemów związanych z używaniem alkoholu u pracujących adolescentów, wykazało istotny związek między brakiem nadziei a problemami związanymi z używaniem alkoholu. Autorzy stwierdzili, że wyższy poziom beznadziejności wiązał się z większymi problemami alkoholowymi. Wyniki różnych badań zarówno potwierdzają, jak i zaprzeczają wynikom niniejszego badania.

Przeprowadzone badanie posiada pewne ograniczenia. Uzyskano wiele nieistotnych statystycznie wyników, co może wynikać z rozkładów wyników odbiegających od normalnego. Zwiększenie liczebności próby mogłoby pozwolić na uzyskanie bardziej normalnych rozkładów. Ponadto, badana próba była niejednorodna pod względem płci, co może wpływać na wyniki, które mogą być bardziej reprezentatywne dla grupy kobiet – studentek, niż dla całej populacji studentów. Badania Aleksandry Sidor i Marty Makary-Studzińskiej (2012) wykazały, że mężczyźni częściej angażują się w ryzykowne zachowania związane z alkoholem, mają większą intensywność picia i częściej doświadczają przerw w pamięci spowodowanych alkoholem. Według ich wyników, co trzeci mężczyzna pije alkohol w sposób ryzykowny, w porównaniu

do co piątej kobiety. Zatem, większy udział mężczyzn w badaniu mógłby prowadzić do bardziej adekwatnych wyników.

W przyszłości warto zastosować Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych z Piciem Alkoholu (AUDIT), aby dokładniej ocenić sposób spożywania alkoholu przez badanych – czy jest ono niskiego ryzyka, ryzykowne, szkodliwe, czy wskazuje na podejrzenie uzależnienia. Dodatkowo, warto przeanalizować wyniki wśród osób nie będących studentami – młodzieży, osób pracujących, bezrobotnych i emerytów. Może to ujawnić istotne różnice między tymi grupami w zakresie badanych zmiennych. Włączenie do badań osób uczestniczących w terapii lub grupach wsparcia dla DDA również mogłoby przynieść wartościowe informacje.

Kontynuowanie badań nad nadużywaniem alkoholu jest kluczowe, ze względu na brak jednoznacznych wyników w literaturze. Uzyskane wyniki mogą być użyteczne w pomocy osobom nadużywającym alkoholu oraz w edukacji na temat spożywania alkoholu. Pomoc osobom nadużywającym alkoholu może polegać na kształtowaniu adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem. Kluczowe wydaje się obniżenie częstości stosowania strategii opartych na zażywaniu substancji psychoaktywnych, które najsilniej korelowały z częstością picia alkoholu wśród badanych studentów. Ponadto, prowadzenie kampanii społecznych i edukacyjnych w różnych miejscach, takich jak uczelnie czy przychodnie, na temat ryzyka związanego z nadużywaniem alkoholu oraz możliwości sprawdzenia, czy podejmowane zachowania mieszczą się w definicji ryzykownego spożywania alkoholu, jest niezwykle ważne. Ważne jest również informowanie o dostępnych działaniach poradniczych i miejscach, gdzie można uzyskać pomoc dla osób uzależnionych.

ZAKOŃCZENIE

Celem przeprowadzonego badania było zidentyfikowanie korelatów nadużywania alkoholu wśród studentów niestacjonarnych, w kontekście wybranych czynników psychologicznych i społecznych. W szczególności badanie skupiło się na analizie wpływu takich zmiennych, jak nadużywanie alkoholu przez członków rodziny pochodzenia, strategie radzenia sobie ze stresem, poziom odczuwanego stresu, samoocena oraz nadzieja na sukces, na zachowania alkoholowe w tej grupie studentów. W związku z tym badanie miało na celu nie tylko identyfikację czynników ryzyka, ale również zrozumienie mechanizmów, które prowadzą do problemowego spożywania alkoholu przez studentów niestacjonarnych.

W badaniu zastosowano różnorodne narzędzia badawcze, które umożliwiły kompleksową ocenę badanych zmiennych. Wykorzystano ankietę własną do zbierania danych demograficznych i szczegółowych informacji o historii rodzinnej alkoholizmu. Skalę Odczuwanego Stresu (PSS-10) zastosowano do oceny poziomu stresu doświadczanego przez studentów niestacjonarnych, natomiast Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (Mini-COPE) pozwolił na analizę stosowanych przez nich strategii radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Samoocena studentów została oceniona za pomocą Skali Samooceny Morrisa Rosenberga (SES), a ich nadzieja na sukces – przy użyciu Kwestionariusza Nadziei na Sukces (KNS). Te narzędzia badawcze umożliwiły dokładną analizę powiązań między badanymi zmiennymi a problemowym spożywaniem alkoholu.

Na podstawie przeglądu literatury i wcześniejszych badań, sformułowano kilka hipotez badawczych, które miały na celu zrozumienie, w jaki sposób specyficzne czynniki mogą wpływać na zachowania alkoholowe studentów niestacjonarnych. Hipotezy te zakładały, że:

- Doświadczenie alkoholizmu w rodzinie pochodzenia zwiększa ryzyko częstszego spożywania alkoholu w dorosłym życiu studentów niestacjonarnych. W tej hipotezie odwołano się do koncepcji dziedziczenia

wzorców zachowań oraz do wpływu środowiska rodzinnego na kształtowanie się postaw i nawyków związanych z konsumpcją alkoholu.

- Stosowanie strategii radzenia sobie ze stresem opartych na zażywaniu substancji psychoaktywnych oraz unikanie problemów sprzyja częstszemu sięganiu po alkohol. Zakładano, że studenci, którzy w sytuacjach stresowych sięgają po alkohol lub inne substancje, są bardziej narażeni na rozwinięcie problematycznego wzorca spożycia alkoholu.
- Rzadsze stosowanie aktywnego radzenia sobie ze stresem jest powiązane z częstszym spożywaniem alkoholu. Hipoteza ta sugerowała, że studenci niestacjonarni, którzy nie potrafią efektywnie radzić sobie ze stresem poprzez aktywne działania, mogą częściej sięgać po alkohol jako sposób na ucieczkę od problemów.
- Większe poczucie stresu jest skorelowane z częstszym spożywaniem alkoholu. Przewidywano, że wyższy poziom stresu może skłaniać studentów do częstszego spożywania alkoholu jako mechanizmu obronnego.
- Niższa samoocena sprzyja problemowemu spożywaniu alkoholu, co zakładało, że studenci z niskim poczuciem własnej wartości mogą częściej sięgać po alkohol w celu złagodzenia negatywnych emocji i poprawy samopoczucia.
- Mniejsza nadzieja na sukces jest powiązana z częstszym spożywaniem alkoholu, co sugerowało, że studenci o niskim poziomie optymizmu i wiary w swoje możliwości mogą być bardziej podatni na rozwinięcie problematycznych wzorców spożycia alkoholu.

Wyniki badania dostarczyły interesujących i wartościowych informacji na temat zachowań alkoholowych studentów niestacjonarnych. Po pierwsze, okazało się, że doświadczenie nadużywania alkoholu w rodzinie pochodzenia nie miało istotnego wpływu na częstość spożywania alkoholu w dorosłym życiu badanych studentów. Wynik ten jest istotny, gdyż sugeruje, że inne czynniki, takie jak bieżące strategie radzenia sobie ze stresem i osobiste przekonania, mogą odgrywać większą rolę w kształtowaniu zachowań alkoholowych w tej grupie.

Po drugie, badanie wykazało, że strategie radzenia sobie ze stresem, takie jak zażywanie substancji psychoaktywnych, bezradność oraz pozytywne przewartościowanie, były skorelowane z częstszym spożywaniem alkoholu.

Wynik ten wskazuje na potrzebę interwencji, które skupiają się na rozwijaniu zdrowszych i bardziej adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem wśród studentów niestacjonarnych.

Natomiast poziom stresu, samoocena i nadzieja na sukces nie miały istotnego wpływu na częstość sięgania po alkohol przez studentów niestacjonarnych. Wynik ten może sugerować, że inne, bardziej specyficzne czynniki psychospołeczne mogą być bardziej istotne w kontekście problematycznego spożywania alkoholu w tej grupie.

Na podstawie uzyskanych wyników, sformułowano kilka praktycznych rekomendacji dotyczących wsparcia studentów niestacjonarnych nadużywających alkoholu. Przede wszystkim, interwencje powinny koncentrować się na redukcji tendencji do spożywania alkoholu jako sposobu radzenia sobie ze stresem. Istotne jest rozwijanie i promowanie bardziej adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem, takich jak aktywne poszukiwanie rozwiązań, wsparcie społeczne oraz techniki relaksacyjne.

Działania edukacyjne powinny być skierowane na zwiększanie świadomości studentów niestacjonarnych na temat negatywnych konsekwencji nadużywania alkoholu oraz dostępnych metod radzenia sobie ze stresem bez używania substancji psychoaktywnych. Wsparcie psychologiczne powinno być oferowane, aby umożliwić studentom rozwijanie zdrowszych mechanizmów radzenia sobie ze stresem, co w konsekwencji może prowadzić do zmniejszenia częstotliwości spożywania alkoholu.

Badanie podkreśla również znaczenie wieloaspektowego podejścia do problemu nadużywania alkoholu wśród studentów niestacjonarnych, uwzględniającego zarówno czynniki indywidualne, jak i społeczne. Przyszłe badania mogą skupić się na dalszym eksplorowaniu tych zmiennych oraz ich wzajemnych interakcji w kontekście różnych grup społecznych i demograficznych. Ważne jest, aby działania prewencyjne i interwencyjne były dostosowane do specyficznych potrzeb studentów niestacjonarnych, co pozwoli na skuteczniejsze przeciwdziałanie problemowi nadużywania alkoholu w tej grupie.

Niniejsze badania dostarczają wartościowych informacji, które mogą przyczynić się do lepszego zrozumienia i skuteczniejszego przeciwdziałania problemowi nadużywania alkoholu wśród studentów niestacjonarnych. Skupienie się na edukacji, wsparciu psychologicznym i promowaniu zdrowych strategii radzenia sobie ze stresem jest kluczowe dla zmniejszenia częstotliwości

spożywania alkoholu w tej grupie demograficznej. W przyszłości warto również rozważyć rozszerzenie badań na inne populacje studenckie, co mogłoby przyczynić się do opracowania bardziej uniwersalnych strategii przeciwdziałania nadużywaniu alkoholu w różnych kontekstach akademickich.

BIBLIOGRAFIA

- Adler, R., Rosenfeld, L., Proctor II, R. (2016). *Relacje interpersonalne. Proces porozumiewania się*. Poznań: REBIS.
- Anderson, D. (1993). Doświadczenie stanu Minnesota. W: A. Dodziuk (Red.), *Wybrane spojrzenia na alkoholizm i jego leczenie*, 7-31. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- Antonak, R. F., Livneh, H. (1995). *Direct and indirect methods to measure attitudes toward persons with disabilities, with an exegesis of the Error-Choice Test Method*. Washington: Rehabilitation Psycholog.
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington.
- Association, A. E. (2007). *American Psychological Association, National Council on Measurement in Education. Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Auleytner, J., Głabicka, K. (2000). *Polityka społeczna pomiędzy opiekunczością a pomocniczością*. Warszawa: Wydawnictwo WSPTWP.
- Barasch, M. (1994). *The healing Path: A soul Approach to illness*. New York: Tarcher/Putnam.
- Bartosz, B. (2006). Czy bycie twórcą oznacza wysoką jakość życia? W: B. Bartosz, J. Klebaniuk (Red.), *Wokół jakości życia. Studia psychologiczne*, 79-92. Wrocław.
- Basisty, K. (2019). *Psychologiczne uwarunkowania picia alkoholu i palenia papierosów wśród młodzieży szkolnej. Przegląd wybranych badań* [niepublikowana praca licencjacka]. Uniwersytet Jagielloński w Krakowie. <https://ruj.uj.edu.pl/entities/publication/7a37c203-27fe-40ce-a7e5-59b9bb697ca0>
- Baumann, K. (2005). Świadomość samego siebie. *Edukacja i Dialog*, 10, 27-31.
- Baumeister, R., Leary, M. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. *Advances in experimental social psychology*, 32, 1-62.
- Bąbała, O., Działo, J., Działo, W. (2011). Alkohol a zdrowie. *Kosmos*, 60(1-2), 189-194.
- Becerra-Garcia, J. A., Sanchez-Garcia, R. J., & Jimenez-Rodriguez, E. (2020). *Perceived stress, alcohol consumption and depressive symptoms among college students*. *Journal of American College Health*, 68(5), 477-484.

- Bera, R. (2008). *Aksjologiczny sens pracy a poczucie jakości życia młodych emigrantów polskich*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Berjot, S., Gillet, N. (2011). Stress and Coping with Discrimination and Stigmatization. *Frontiers in Psychology*, 2, 33-43.
- Besser, A., Zeigler-Hill, V. (2012). Positive Personality Features and Stress among First-Year University Students: Implications for Psychological Distress, Functional Impairment, and Self-Esteem. *Self and Identity*, 13, 24-44.
- Binkowska-Bury, M., Więch, P., Sałacińska, I. (2014). Alcohol consumption among of first year Rzeszow's universities students. *Problemy Pielęgniarstwa*, 22(3), 246-251.
- Blume, A. W., Resor, M. R., Villanueva, M. R., Braddy, L. D. (2009). Alcohol use and comorbid anxiety, traumatic stress, and hopelessness among Hispanics. *Addictive Behaviors*, 34(9), 709-713.
- Blom, V. (2012). Contingent Self-Esteem, Stressors and Burnout in Working Women and Men. *Work*, 43, 123-131.
- Borzyszkowska, H. (1997). *Izolacja społeczna rodzin mających dzieci upośledzone umysłowo w stopniu lekkim*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Böhner, G., Wänke, M. (2004). *Postawy i zmiana postaw*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bryl, N., Czarnecka-Iwańczuk, M., Romanowska, M., Staniścić, M.-G., Michalak, M., Posadzy-Małczyńska, A. (2020). Picie alkoholu jako sposób radzenia sobie ze stresem u studentów kierunków medycznych. *Psychiatr. Pol.*, 54(2), 265-277.
- Buczek, K. (2015). *Stres, poczucie koherencji a spożywanie alkoholu przez studentów* [niepublikowana praca magisterska]. Uniwersytet Jagielloński w Krakowie. <https://ruj.uj.edu.pl/entities/publication/6fe3bf51-0b51-4c0c-a45e-bb69bc12e7e8>
- Bujnowska, A. (2009). *Uwarunkowania postaw studentów pedagogiki wobec osób niepełnosprawnych*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Caldwell, K., Harrison, M., Adams, M., Quin, R., Greeson, J. (2010). Developing Mindfulness in College Students through Movement Based Courses: Effects on Self-Regulatory Self-Efficacy, Mood, Stress, and Sleep Quality. *Journal of American College Health*, 58, 433-442.
- Carr, A. (2009). *sychologia pozytywna. Nauka o szczęściu i ludzkich siłach*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Chmielik, J., Michałowicz, R., Michałowska-Mrozek, J., Mrozek, K. (1997). *Mózgowe porażenie dziecięce – wskazówki dla rodziców*. Warszawa: PZWL.
- Chodkiewicz, J. (2012). *Odbić się od dna? Rola jakości życia w przebiegu i efektach terapii osób uzależnionych od alkoholu*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Chodkiewicz, J. (2006). Picie alkoholu oraz wiedza o jego działaniu wśród studentów łódzkich szkół wyższych. *Alkoholizm i Narkomania*, 19(2), 107-119.
- Chrousos, G. (2009). Stress and Disorders of the Stress System. *Nature Reviews Endocrinology*, 5, 374-381.

- Cichońska, M., Stawiarska, M., Michalska, A., Cichońska, K., Maciąg, D., Borek, M. (2022). Radzenie sobie ze stresem przez pielęgniarki w czasie epidemii COVID-19. *Forum Zakazań*, 13(4), 121-128.
- Cichońska, M. (2020). *Związek pomiędzy wychowywaniem się w rodzinie z problemem alkoholowym a funkcjonowanie w relacjach rodzinnych i społecznych* [niepublikowana praca magisterska]. Uniwersytet Jagielloński w Krakowie. <https://ruj.uj.edu.pl/entities/publication/377f4d28-d802-4d8d-83a6-61c06af9acd1>
- Ciosek, M. (2011). Sekretny świat rodziny z problemem alkoholowym. *Wizje Rzeczywistości*, 8, 270-282.
- Cytowska, B. (2012). *Trudne drogi adaptacji*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Czajkowska-Kisil, M. (2000). Język migowy jako przedmiot nauczania w szkole. *Audiofonologia* (Tom XVI).
- Czapiński, J. (2004). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czechowski, J., Wilmonska-Pietruszyńska, A. (2016). O potrzebie rehabilitacji kompleksowej, *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania* (Tom XIX). Warszawa: PFRON.
- Czerwińska, K. (2010). Poczucie koherencji a poziom depresyjności u młodzieży z niepełnosprawnością wzrokową. W: T. Żółkowska, I. Ramik-Mażewska (Red.), *Wielowymiarowość edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością. Pedagogika specjalna - koncepcje i rzeczywistość*. Szczecin: Uniwersytet Szczeciński.
- Czerwińska, K. (2009). Depresyjność młodzieży z niepełnosprawnością wzrokową – komunikat z badań. W: C. Kosakowski, A. Krause, M. Wójcik (Red.), *Relacje i doświadczenia społeczne osób z niepełnosprawnością. Dyskursy pedagogiki specjalnej*. Toruń-Olsztyn: Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT.
- Davidson, R., McEwen, B. (2012). Social influences on neuroplasticity: stress and interventions to promote well-being. *Nature Neuroscience*, 15 (5), 689–695.
- Diener, E., Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653-663.
- Domagała-Zyśk, E. (2004). Definicja niepełnosprawności intelektualnej formą społecznego wsparcia. *Kwartalnik Pedagogiczno-Terapeutyczny*, 3-4 (15-16), 34-42.
- Dubuc, M., Aubertin-Leheudre, M., Karelis, A. (2017). Relationship between academic performance with physical, psychosocial, lifestyle, and sociodemographic factors in female undergraduate students. *Prev Med*, 8(22), 1–7.
- Dycik, W. (2001). *Pedagogika specjalna*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Dyr, W. (2006). Efekty działania alkoholu w okresie prenatalnym w modelu zwierzęcym. *Alkohol Narkom* 2006, 4, 395-406.
- Dzwonkowska, I., Lachowicz-Tabaczek, K., Łaguna, M. (2008). *SES Samoocena i jej pomiar: Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga*. Pracownia Testów Psychologicznych. *Encyklopedia Powszechna PWN*. (1985). Warszawa: PWN.
- Falewicz, J. (1993). *ABC problemów alkoholowych*. Warszawa: PARPA.

- Frąckowiak, M., Motyka, M. (2015). Alcohol dependence syndrome: characteristics, phases of addiction, methods of diagnosis. *Problemy Higieny Epidemiologii*, 96 (2), 315-320.
- Frąckowiak, M., Motyka, M. (2015). Characteristics of social problems associated with alcohol abuse. *Hygeia Public Health*, 50(2), 314-322.
- Głąz, S. (1998). *Sens życia*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Galanakis, M., Palaologou, A., Patsi, G., Velegraki, J., Darviri, C. (2016). A Literature Review on the Connection between Stress and Self-Esteem. *Psychology*, 7, 687-694.
- Gałkowski, T., Kossewska, A. (1989). Ekologiczne podejście do rehabilitacji dzieci z wadą słuchu. *Biuletyn Audiofonologii*, I nr 1, 7-12.
- Gałkowski, T., Kiwerski, J., Dziedzic, J. (1986). *Encyklopedyczny Słownik Rehabilitacji*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
- Gazdulska, M. (2008). *Postawy społeczeństwa wobec osób z niepełnosprawnościami w ujęciu historycznym i współczesnym. Seminare. Poszukiwania naukowe* (Tom 25).
- Gąstoł, A. (2010). Model pracy z uczniem z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją. *Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, 97-131. Warszawa: Ministerstwo Edukacji Narodowej.
- Giełda, M. (2015). Pojęcie niepełnosprawności. W: M. Giełda, R. Raszevska-Skałicka (Red.), *Prawno-administracyjne aspekty sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce*, 17-32. Wrocław: E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa. Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Gillberg, C. (1995). *Clinical child neuropsychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gomez, P., & Spirito, A. (2021). *Social anxiety, alcohol-related negative consequences, and protective behavioral strategies in college students*. *Psychology of Addictive Behaviors*, 35(1), 62-72.
- Goleman, D. (1997). *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Media Rodzina.
- Gontkovicova, L., Scharmüller, W., Finster, K., & Laireiter, A. R. (2022). *Psychosocial predictors of alcohol use in university students: A systematic review*. *Journal of Substance Use*, 27(4), 345-357.
- Grant, J., Chamberlain, S. (2016). Expanding the Definition of Addiction: DSM-5 vs. ICD-11. *CNS Spectrums*, 21 (4), 300-303.
- Hobfoll, S. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Holmes, T. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 10, 121-132.
- Hryniewicz, L. (1972). *Człowiek - alkohol - alkoholizm*. Warszawa: Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy.
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. (2018), 11-12. Pobrano z lokalizacji <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- ICF. (2012). *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*. Warszawa: CSI OZ.

- Ilhan, I. O., Demirbas, H., Dogan, Y. B. (2007). Psychosocial Factors in Alcohol Use-Related Problems of Working Youth. *Substance Use & Misuse*, 42, 1537–1544.
- Jakubczyk, A. (2017). Uzależnienie, picie szkodliwe i ryzykowne - podstawowe definicje w świetle najważniejszych systemów klasyfikacyjnych. W: M. Wojnar (Red.), *Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu*, 9-19. Warszawa: PARPA.
- Janicka, M. (2013). *Style przywiązania, wzorce picia i kompetencje społeczne Dorosłych Dzieci Alkoholików* [niepublikowana praca magisterska]. Uniwersytet Jagielloński w Krakowie. <https://ruj.uj.edu.pl/entities/publication/9b0015bf-fb3c-498c-9e1b-f7f5c7e70c74>
- Janis, I. (1958). *Psychological stress: Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients*. New York: Wiley.
- Jankowska, M. (2015, 4/24). Osobowościowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania postaw wobec niepełnosprawnych. Badania młodzieży trzecich klas gimnazjalnych. *Wokół kultury*, 202-227.
- Jopp, D., Schmitt, M. (2010). Dealing with negative life events: differential effects of personal resources, coping strategies, and control beliefs. *National Library of Medicine*, 7 (3).
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2012). *Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Kanar, M. (2021). Postawy studentów wobec osób z niepełnosprawnością ruchową oraz osób z niepełnosprawnością intelektualną. Warszawa: Ogrody Nauk i Sztuk.
- Kandemir, M., Iihan, T., Ozpolat, A., Palanci, M. (2014). Analysis of Academic Self-Efficacy, Self-Esteem and Coping with Stress Skills Predictive Power of Academic Procrastination. *Educational Research and Reviews*, 9, 146-152.
- Kawczyńska-Butrym, Z. (1998). *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*. Katowice: Wydawnictwo Śląsk.
- Kawula, S., Brągiel, J., Janke, A. (2005). *Pedagogika rodziny*. Toruń: Adam Marszałek.
- Kazanowski, Z. (2011). *Przemiany pokoleniowe postaw wobec osób upośledzonych umysłowo*. Lublin: Wydawnictwo Oświatowe FOSZE.
- Kiejna, A., Piotrowski, P., Adamowski, T., Moskalewicz, J., Wciórka, J., Stokwiszewski, J., Rabczenko, D., Kessler, R.C. (2015). The prevalence of common mental disorders in the population of adult Poles by sex and age structure– an EZOP Poland study. *Psychiatr. Pol.*, 49(1), 15–27.
- Kirejczyk, K. (1981). *Upośledzenie umysłowe. Pedagogika*. Warszawa: PWN.
- Kirenko, J. (1998). *Psychologiczne determinanty funkcjonowania seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kiwerski, J. (Red.). (2013). *Słownik rehabilitacji*. Warszawa: Wyższa Szkoła Rehabilitacji.
- Klimkiewicz, A., Serafin, P., Wojnar, M. (2011). Czynniki ryzyka zachowań samobójczych u osób uzależnionych od alkoholu. *Psychiatra*, 1, 7-17.

- Kokot, K. (2010). *Determinanty samodzielności osób niepełnosprawnych ruchowo w latach 1945-2001 w Polsce na przykładzie Dolnego Śląska*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Komorowska, M. (2000). *Sytuacja dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w społeczeństwie polskim*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Komorowska, K. (1995). *Biologiczne podstawy rozwoju i wychowania*. Olsztyn: Wydawnictwo Akademickie ŻAK.
- Konarska, J. (2012). *Rozwój i wychowanie rehabilitujące dziecko niewidzącego w okresie wczesnego i średniego dzieciństwa*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Konstantares, M., Blackstock, E. B., Webster, C. D. (1992). *Autyzm*. Warszawa: Krajowe Towarzystwo Autyzmu.
- Koprowicz, V. (2012). Alkoholizm, prostytutka, zakażenia HiV i AIDS, narkomania jako formy wykluczenia społecznego w świetle badań. *Kwartal Kolegium Ekonomiczno-Społeczne Studia i Prace*, 3, 93-112.
- Kostrzewski, J. (2006). Niepełnosprawność umysłowa: poglądy, metody diagnozy i wsparcia. W: A. Czapięga (Red.), *Psychologiczne wspomaganie rozwoju psychicznego dziecka. Teoria i badania*. Wrocław: Wydawnictwo WTN.
- Kostrzewski, J., Wald, I. (1981). Podstawowe wiadomości o upośledzeniu umysłowym. W: K. Kirejczyk (Red.), *Upośledzenie umysłowe – pedagogika*. Warszawa.
- Kościeliska, M. (1984). *Upośledzenie umysłowe, a rozwój społeczny. Badania uczniów szkół specjalnych*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Kruk-Lasocka, J. (2000). Autyzm czy zespół Aspergera? Wpływ rozbieżności diagnostycznych na oddziaływania terapeutyczne. W: T. Gałkowski, J. Kossewska (Red.), *Autyzm wyzwaniem naszych czasów*, 24-33. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Kulas, H. (1986). *Samoocena młodzieży*. Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiczna.
- Kulisiewicz, T. (1982). *Uzależnienia alkoholowe*. Warszawa: PZWL.
- Kułąk, A., Shpakov, A., Kułąk, P. (2011). Wstępna analiza problemu nikotynizmu, alkoholizmu i narkomanii w populacji studentów. *Probl Hig Epidemiol*, 92(1), 137-145.
- Kurcz, I. (2001). Zmiana stereotypów: jej mechanizm i granice. W M. Kofta, K. Jasińska-Kania (Red.), *Stereotypy i upośledzenia. Uwarunkowania psychologiczne i kulturowe*, 3-43. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

- Kurpas, D., Mroczek, B., Bielska, D., Wojtal, M., Grata-Borkowska, U., Hans-Wytrychowska, A., Grad, I., Kowacki, M., Szpakow, A. (2013). Poziom spożycia alkoholu i palenia tytoniu wśród studentów Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. *Probl Hig Epidemiol*, 94(4), 757-761.
- Kuska, N. (2014). Dlaczego niektórzy pacjenci uzależnieni od alkoholu nie mogą przestać pić – perspektywa neuropsychologiczna. *Terapia Uzależnień i Współuzależnień*, 6, 15-17.
- Larkowa, H. (1987). *Człowiek niepełnosprawny: problemy psychologiczne*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Lazarus, R., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer-Verlag.
- Lindemeyer, J. (2007). *Ile możesz wypić? O nałogach i ich leczeniu*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Linowski, K., Jędrzejko, M. (2012). *Trzeźwość i uzależnienia jako wyzwanie duszpasterskie i pedagogiczne*. Radom: Wydawnictwo Diecezji Radomskiej.
- Lopez-Quintero, C., & Cerda, M. (2021). *The role of stress and social support in problematic alcohol use among college students: A longitudinal study*. *Addictive Behaviors*, 114, 106748.
- Loska, M., Myślińska, D. (2005). *Uczeń z niepełnosprawnością ruchową w szkole ogólnodostępnej*. Warszawa: MENiS.
- Luckasson, R. (1992). *Mental Retardation. Definition, Classification and Systems of Supports. 9-th Edition* Washington D.C. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Łaguna, M., Lachowicz-Tabaczek, K., Dzwonkowska, I. (2007). Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. *Psychologia Społeczna*, 2(4), 164-176.
- Łaguna, M., Trzebiński, J., Zięba, M. (2005). *KNS Kwestionariusz Nadziei na Sukces*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Łosiak, W. (2008). Samoocena i oczekiwania związane z alkoholem a spożywanie alkoholu przez uczniów szkół średnich. *Psychiatria Polska*, 42(3), 431-441.
- Maksymova, M. (2020). *Poczucie własnej wartości osoby uzależnionej od alkoholu* [niepublikowana praca licencjacka]. Uniwersytet Jagielloński w Krakowie. <https://ruj.uj.edu.pl/entities/publication/e727421e-44c6-44f9-b432-6535b7c743a4>
- Mellibruda, J., Sobolewska-Mellibruda, Z. (2006). *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Mellibruda, J. (2003). *Tajemnice ETOH*. Warszawa: Fundacja Rozwoju Profilaktyki, Edukacji i Terapii Problemów Alkoholowych.
- Mellibruda, J. (1996). *Ludzie z problemami alkoholowymi*. Warszawa: Centrum Rozwoju Służb Społecznych.
- Michałowicz, R. (2001). *Mózgowe porażenie dziecięce*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
- Minczakiewicz, E. (1989). Z badań nad zaburzeniami mowy u dzieci upośledzonych umysłowo. W: J. Speck (Red.), *Niepełnosprawni w społeczeństwie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne.

- Nowa Encyklopedia Powszechna*. (2004). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Nowak-Adamczyk, D., Perdeus-Białek, M., Szczocarz, U. (2011). *Wyrównywanie szans. Osoby niepełnosprawne na studiach przyrodniczych*. Kraków: Materiały dla nauczycieli akademickich.
- Nowicka, A. (2005). Postrzeganie przez niepełnosprawnych studentów postaw wobec ich osoby koleżanek i kolegów z roku. W: H. Ochoczenko, G. Miłkowska (Red.), *Osoba niepełnosprawna w społeczności akademickiej*, 225-240. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- O'Connor, N., Hermelin, B. (1988). Low intelligence and special abilities. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 29 (4), 391–396.
- Ossowski, R. (1999). *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*. Bydgoszcz: Wydawnictwo WSP.
- Ostrowska, A., Sikorska, J. (1996). *Syndrom niepełnosprawności w Polsce: bariery integracji*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Otrębski, W., Wiącek, G., Mariańczyk, K. (2021). *Diagnoza psychologiczna w procesie rehabilitacji kompleksowej osób z niepełnosprawnością*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM.
- Otrębski, W., Rożnowski, B. (2008). *Sytuacja osób z niepełnosprawnością na rynku pracy*. Lublin: Instytut Rynku Pracy.
- Otrębski, W., Wiącek, G. (2014). *Przepis na rehabilitację. Metodologie oraz metody w badaniach i transdyscyplinarnej praktyce rehabilitacyjnej*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Otrębski, W. (2004). Strategie radzenia sobie z obciążeniem psychicznym w sytuacji pracy niepełnosprawnych mężczyzn zatrudnionych w ZPCH. W: M. Kościelska, B. Aouila (Red.), *Człowiek niepełnosprawny rodzina i praca*, 203-220. Bydgoszcz: Wydawnictwo AB.
- Otrębski, W., Piasecki, M., Rutkowska, E., Stępiak, M., Śliwak, J. (2004). Coping strategies of people with disability as an indicator of their success in teleworking. W: I. D. Karwat (Red.), *Epidemiological analysis of selected medical and social problems connected with non-infectious diseases in Poland*, 297-307. Lublin: Wydawnictwo Liber.
- Otrębski, W. (1999). *System wsparcia aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych. Założenia, elementy, zasady organizacji*. Lublin: Fundacja Między Nami.
- Płaszewski, M. (2014). Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia: jej znaczenie dla praktyki opartej na danych naukowych. W: E. Rutkowska, W. Otrębski (Red.), *Aktywizacja osób z niepełnosprawnością – wybrane problemy psycho-społeczne*, 302–329. Biała Podlaska: Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Wydział Wychowania Fizycznego i Sportu w Białej Podlaskiej.
- Pilecki, W., Pilecka, A. (1996). *Jak wspomagać psychospołeczny rozwój dzieci niepełnosprawnych somatycznie*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.

- Pużyński, S. (Red.). (1993). *Leksykon psychiatrii*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Rasmus, P., Kozłowska, E., Sudra, S., Machała, W., Sobów, T. (2015). Czy poziom doświadczanego stresu wpływa na wystąpienie zachowań ryzykownych w grupie pracowników zespołów ratownictwa medycznego? *Anestezjologia i Ratownictwo*, 9, 159-167.
- Reilly, E., Dhingra, K., Boduszek, D. (2014). Teachers' Self-Efficacy Beliefs, Self-Esteem, and Job Stress as Determinants of Job Satisfaction. *International Journal of Educational Management*, 28, 365-378.
- Rial, A., Golpe, S., Isorna, M., & Varela, J. (2021). Risk factors for problematic alcohol use among university students: The role of impulsivity and family history of alcohol abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 125, 108301.
- Reykowski, J. (1966). *Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego*. Warszawa 1966: Wydawnictwo PWN.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Sadowska, S. (2005). *Ku edukacji zorientowanej na zmianę społecznego obrazu osób niepełnosprawnych intelektualnie*. Toruń: Wydawnictwo Akapit.
- Schramla, K., Perskia, A., Grossia, G., Simonsson-Sarnecki, M. (2011). Stress Symptoms among Adolescents: The Role of Subjective Psychosocial Conditions, Lifestyle, and Self-Esteem. *Journal of Adolescence*, 34, 987-996.
- Seligman, M., Walker, E., Rosenhan, D. (2017). *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo ZYSK i S-ka.
- Selye, H. (1960). *Stres życia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Sethi, J., Nagendra, H., Ganpat, T. (2013). Yoga Improves Attention and Self-Esteem in Underprivileged Girl Student. *Journal of Education and Health Promotion*, 2, 45-56.
- Sierosławski, J. (2007). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2007 roku*. Warszawa: ESPAD.
- Sękowski, A., Witkowska, B. (2002). W kierunku typologii uwarunkowań postaw wobec osób niepełnosprawnych wobec osób niepełnosprawnych. *Roczniki Psychologiczne*, 5, 129-144.
- Sękowski, T. (2001). *Psychologiczne aspekty rehabilitacji zawodowej osób niewidomych zatrudnionych w warunkach pełnej i częściowej integracji*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Sękowski, A. (1994). Psychospołeczne determinanty postaw wobec inwalidów. W: M. Chodakowska (Red.), *Człowiek niepełnosprawny. Problemy autorealizacji i społecznego funkcjonowania*, 97-111. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Sękowski, A. (1991). *Osobowościowe uwarunkowania postaw wobec ludzi niepełnosprawnych*. Lublin: Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Sidor, K., Makara-Studzińska, M. (2012). Profil studentów pijących ryzykownie w grupie studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. *Hygeia Public Health*, 47(1), 85-88.

- Skoczylas, E. (2013). Wspieranie rodzin dzieci z dysfunkcją wzroku. W: B. Sidor-Piekarska (Red.), *Kompetentne wspieranie osób z niepełnosprawnościami*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Skoczylas, P., Żebrowski, M. R. (2009). Ocena stopnia zagrożenia alkoholizmem wśród dzieci i młodzieży ze środowisk wielkomiejskich dotkniętych patologiami społecznymi. *Probl Hig Epidemiol*, 90(2), 271-275.
- Soborski, W. (1987). *Postawy, ich badanie i kształtowanie*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Stieger, S., Formann, A., Burger, C. (2011). Humor Styles and Their Relationship to Explicit and Implicit Self-Esteem. *Personality and Individual Differences*, 50, 747-750.
- Strelau, J. (2000). *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom I*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Strelau, J. (1996). Temperament a stres: Temperament jako czynnik moderujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (Red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*, 88-130. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Szatmari, P. (1992). *Asperger's syndrome: Diagnosis, treatment and outcome*. Medline: Psych. Clinics of North America.
- Szczyrba-Maróń, B., Wons, A. (2008). Używanie substancji psychoaktywnych wśród lekarzy jako niekonstruktywny sposób radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. *Alkoholizm i Narkomania*, 21(1), 9-20.
- Szewczuk, W. (1985). *Słownik psychologiczny*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Szpitalak, M., Polczyk, R. (2015). *Somoocena. Geneza, struktura, funkcje i metody pomiaru*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Sztabiński, P. (1994). *Niepełnoprawni jako specjalna kategoria w badaniach socjologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- Tantam, D. (1996a, b). *Czyjś niezależny umysł, cz. I i cz. II, Dziecko Aurtystyczne*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Tomaszewski, T. (1963). *Wstęp do psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Trębicka-Postrzygacz, B. (2017). *O niepełnosprawności w definicjach i regulacjach prawnych w perspektywie inkluzji społecznej, Student Niepełnosprawny. Szkice i Rozprawy*. Siedlce: Wydawnictwo Naukowe UPH.
- Urbańczak-Psuj, A. (2003). Integracja społeczna w rozwoju dzieci niewidomych i słabowidzących. *Laski*, 4/5.
- Varela-Mato, V., Cancela, J., Ayan, C. (2012). Lifestyle and Health among Spanish University Students. *Differences by Gender and Academic Discipline*, 9, 27-41.
- Wald, I. (1986). Spożycie alkoholu na tle uwarunkowań kulturowych. W: I. Wald (Red.), *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*. Warszawa: PWN.
- Walter, N. (2007). *Nowe media dla niewidomych i słabowidzących*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
- Wątorska, M., Otrębski, W. (1994). *Wokół Osób Niepełnosprawnych*. Lublin: Wydawnictwo KPREh.

- Wilczewska, A. (2013). Samoocena i poziom depresji studentów kierunków pedagogicznych i niepedagogicznych. *Rozprawy Społeczne*, 1 (VII), 109-124.
- Wilmowska-Pietruszyńska, A., Bilski, D. (2013). *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania* (Tom 2 (7)). Warszawa: Polskie Towarzystwo Orzecznictwa Lekarskiego.
- Witkowski, T. (1997). Niepełnosprawność – terminologia pojęcia. W: A. Juros, W. Otrębski (Red.), *Integracja osób niepełnosprawnych w społeczności lokalnej*. Lublin: Fundacja Środkowoeuropejskie.
- Wojciszke, B. (2011). *Psychologia społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo naukowe Scholar.
- Wojcieszke, B. (2003). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Scholar.
- Woronowicz, B. (2009). *Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia.
- Woronowicz, B. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Poznań: Media Rodzina.
- Woronowicz, T. (1998). *Alkoholizm jest chorobą*. Warszawa: PARPA.
- Wyczesany, J. (2004). *Pedagogika upośledzonych umysłowo*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Żuraw, H. (2008). *Udział osób niepełnosprawnych w życiu społecznym*. Warszawa: Żak.

SPIS TABEL

Tabela 1. Charakterystyka czterech typów alkoholików według E. M. Jellinka	38
Tabela 2. Klasyfikacja symptomów uzależnienia wg J. Mellibrudy i M. Dziewieckiego. .	42
Tabela 3. Charakterystyka socjodemograficzna próby	55
Tabela 4. Charakterystyka próby w zakresie doświadczeń spożywania alkoholu	57
Tabela 5. Statystyki opisowe i rozkład wyników	60
Tabela 6. Doświadczenie alkoholizmu w rodzinie pochodzenia a nadużywanie alkoholu w dorosłości – test U Manna-Whitney’a	61
Tabela 7. Radzenie sobie ze stresem a częstość sięgania po alkohol – współczynniki korelacji rho Spearmana	62
Tabela 8. Spostrzegany poziom stresu a częstość sięgania po alkohol – współczynniki korelacji rho Spearmana	63
Tabela 9. Poziom samooceny a częstość sięgania po alkohol – współczynniki korelacji rho Spearmana	64
Tabela 10. Nadzieja na sukces a częstość sięgania po alkohol – współczynniki korelacji rho Spearmana	65

ZAŁĄCZNIKI

KWESTIONARIUSZ BADANIA

SAMOOCENA, RADZENIE SOBIE ZE STRESEM A SKŁONNOŚĆ DO SPOŻYWANIA ALKOHOLU WŚRÓD STUDENTÓW

Dziękujemy za udział w badaniu. Twoje odpowiedzi są dla nas bardzo cenne. Badanie jest anonimowe i dobrowolne. Możesz zrezygnować z udziału w każdej chwili, bez podawania przyczyny. Wyniki będą analizowane wyłącznie zbiorczo, w celu realizacji pracy magisterskiej.

Prosimy o szczere odpowiedzi, nie ma tu dobrych ani złych odpowiedzi.

METRYCZKA

Prosimy o udzielenie podstawowych informacji o sobie, wybierając odpowiednią opcję lub wpisując właściwą odpowiedź w wolne pole.

1. Płeć:

- kobieta
- mężczyzna
- inna

2. Wiek:

- _____

3. Wykształcenie:

- średnie
- wyższe - licencjat
- wyższe - magister
- wyższe - doktor

4. Miejsce zamieszkania:

- wieś
- miasto do 10 tys. mieszkańców
- miasto 10 tys. - 100 tys. mieszkańców
- miasto 100 - 500 tys. mieszkańców
- miasto pow. 500 tys. mieszkańców

5. Stan cywilny:

- wolny/a
- w związku nieformalnym
- w związku małżeńskim
- po rozwodzie
- wdowa/wdowiec

ANKIETA

Prosimy o wybranie jednej z dostępnych opcji odpowiedzi przy każdym pytaniu.

1. Czy zdarza Ci się sięgać po alkohol?

- tak
- nie

2. Jak często sięgasz po alkohol?

- wcale
- kilka razy do roku
- raz w miesiącu
- kilka razy w miesiącu
- kilka razy w tygodniu
- codziennie

3. Z jakiego powodu najczęściej sięgasz po alkohol?

- presja rówieśnicza
- problemy osobiste
- jako sposób na odprężenie
- jako sposób na nudę, by się rozerwać
- na poprawę nastroju, samopoczucia
- jako sposób na radzenie sobie z negatywnymi emocjami jak strach, lęk, smutek, stres
- rodzic/opiekun nadużywał alkoholu/innych używek
- Inne: _____

4. Czy w okresie Twojego dzieciństwa/młodości ktoś z Twojej najbliższej rodziny, mieszkającej w tym samym domu, nadużywał alkoholu? Jeśli tak, to kto?

- matka
- ojciec
- babcia
- dziadek
- rodzeństwo
- nie dotyczy

