

PSYCHOSPOŁECZNE KORELATY CZĘSTEGO SPOŻYWANIA ALKOHOLU WŚRÓD STUDENTÓW NIESTACJONARNYCH

GRZEGORZ ŚWIECARZ

Józefów 2025

PSYCHOSPOŁECZNE KORELATY
CZĘSTEGO SPOŻYWANIA ALKOHOLU
WŚRÓD STUDENTÓW NIESTACJONARNYCH



PSYCHOSPOŁECZNE KORELATY CZĘSTEGO SPOŻYWANIA ALKOHOLU WŚRÓD STUDENTÓW NIESTACJONARNYCH

Grzegorz Świecarz



Józefów 2025

**PSYCHOSPOŁECZNE KORELATY CZĘSTEGO 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	10
--	----

1. Definicja i teoretyczne podstawy samooceny na podstawie przeglądu literatury 13
2. Analiza etiologii stresu oraz jego wpływu na funkcjonowanie studentów niestacjonarnych 18
3. Strategie zarządzania stresem stosowane przez studentów niestacjonarnych 23
4. Badania nad związkiem między poziomem samooceny a podatnością na stres w populacji studenckiej 26

ROZDZIAŁ 2

SPOŻYWANIE ALKOHOŁU W KONTEKŚCIE ŻYCIA STUDENCKIEGO . . .	29
---	----

1. Złożoność terminologii i diagnostyki zaburzeń związanych z alkoholem 31
2. Typologie uzależnienia od alkoholu i konsekwencje jego nadmiernego spożycia 33
3. Psychologiczne, społeczne i zdrowotne skutki nadmiernego spożywania alkoholu 36

ROZDZIAŁ 3

METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH	42
--------------------------------------	----

1. Określenie celów badania oraz sformułowanie pytań i hipotez . . . 42
2. Zmienne uwzględnione w badaniach 45
3. Narzędzia badawcze 46

SPIS TREŚCI

3.1. Ankieta własnego autorstwa	46
3.2. Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10) autorstwa S. Cohena, T. Kamarcka, R. Mermelstein	46
3.3. Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (Mini-COPE) autorstwa C.S. Carvera	47
3.4. Skala Samooceny (SES) autorstwa M. Rosenberga.	48
3.5. Kwestionariusz Nadziei na Sukces (KNS) autorstwa C.R. Snydera .48	
4. Charakterystyka respondentów.	49
5. Przebieg badania: procedury i etapy	52

ROZDZIAŁ 4

WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH	54
1. Wprowadzenie do analizy wyników badań empirycznych.	54
2. Analiza związku między historią alkoholizmu w rodzinie a własnym spożyciem alkoholu w dorosłości	56
3. Strategie radzenia sobie ze stresem a konsumpcja alkoholu	56
4. Relacja między poziomem odczuwanego stresu a konsumpcją alkoholu.	58
5. Zależność między samooceną a spożywaniem alkoholu	59
6. Związek między poziomem nadziei na sukces a używaniem alkoholu .	60
7. Interpretacja wyników badań i dyskusja	61
ZAKOŃCZENIE	70
BIBLIOGRAFIA	74
SPIS TABEL	84
ZAŁĄCZNIKI	84
Kwestionariusz badania	84
<i>Samoocena, radzenie sobie ze stresem a skłonność do spożywania alkoholu wśród studentów niestacjonarnych</i>	<i>84</i>
<i>Metryczka</i>	<i>85</i>
Ankieta.	86

WSTĘP

Psychospołeczne korelaty częstego 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 opracowaniu 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 stanowi rezultat pogłębionych obserwacji autora, dokonanych w trakcie studiów z zakresu psychologii klinicznej i osobowości. W toku badań szczególną uwagę zwrócono na znaczenie relacji międzyludzkich w życiu studentów niestacjonarnych oraz wpływ postaw społecznych na ich kształtowanie. Istotnym aspektem analizowanych zagadnień jest problematyka związana z konsumpcją alkoholu, która może mieć znaczący wpływ na zdrowie psychiczne, funkcjonowanie społeczne oraz wyniki akademickie studentów. Zjawisko to zostało przeanalizowane z perspektywy psychologicznej i społecznej, z uwzględnieniem mechanizmów warunkujących zarówno indywidualne, jak i grupowe wzorce zachowań w środowisku akademickim. Różnorodne postawy społeczne, w tym stereotypy i uprzedzenia, odgrywają istotną rolę w kształtowaniu jakości oraz dynamiki relacji interpersonalnych w grupie akademickiej. Negatywne postawy mogą prowadzić do procesów marginalizacji i wykluczenia społecznego, co z kolei zwiększa ryzyko występowania trudności natury psychicznej, takich jak lęk, depresja czy przewlekły stres. W rezultacie doświadczane obciążenia emocjonalne mogą sprzyjać podejmowaniu ryzykownych zachowań, w tym nadmiernej konsumpcji alkoholu, stanowiącej formę nieadaptacyjnej strategii radzenia sobie z napięciem psychologicznym i trudnościami społecznymi.

Zjawisko konsumpcji alkoholu w środowisku akademickim jest istotnym zagadnieniem, które ma wymiar nie tylko zdrowotny, lecz także psychospołeczny. Problem ten ma wieloczynnikowe podłoże, obejmujące zarówno

aspekty indywidualne, jak i społeczne. Wśród istotnych czynników indywidualnych znajdują się poziom samooceny, odczuwany stres oraz sposoby radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, natomiast w kontekście społecznym ważne są normy kulturowe, presja grupy rówieśniczej oraz doświadczenia rodzinne związane z alkoholem. Interakcja tych czynników może zwiększać ryzyko rozwoju problemowego spożywania alkoholu.

Tematyka spożywania alkoholu wśród studentów niestacjonarnych zyskuje coraz większą uwagę w literaturze naukowej. Badania sugerują, że alkohol bywa stosowany jako sposób radzenia sobie ze stresem akademickim i osobistym oraz trudnościami w adaptacji do środowiska studenckiego. Ponadto osoby z historią alkoholizmu w rodzinie mogą być bardziej narażone na wykształcenie problemowego wzorca spożycia alkoholu w dorosłości (Styles, 1993).

Celem niniejszej publikacji jest pogłębiona analiza psychospołecznych korelatów spożywania alkoholu wśród studentów niestacjonarnych, ze szczególnym uwzględnieniem czynników takich jak samoocena, poziom stresu oraz strategii radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Dodatkowo w opracowaniu uwzględniono związek między historią alkoholizmu w rodzinie a obecnym spożyciem alkoholu przez studentów.

Aby odpowiedzieć na postawione pytania badawcze, zastosowano różne narzędzia pomiarowe, w tym Skalę Odczuwanego Stresu (PSS-10), Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (Mini-COPE), Skalę Samooceny (SES) oraz Kwestionariusz Nadziei na Sukces (KNS). Badanie przeprowadzono na grupie 203 studentów niestacjonarnych Akademii Nauk Stosowanych WSGE im. A. De Gasperi w Józefowie, co pozwoliło na uzyskanie rzetelnych danych.

Monografia składa się z czterech zasadniczych części. Pierwszy rozdział stanowi analizę pojęcia samooceny oraz strategii radzenia sobie ze stresem, z uwzględnieniem różnorodnych perspektyw teoretycznych. Obejmuje on również przegląd literatury dotyczącej wpływu samooceny na zdrowie psychiczne i funkcjonowanie emocjonalne studentów niestacjonarnych. Szczególną uwagę zwrócono na takie czynniki, jak presja akademicka, relacje z rówieśnikami oraz wpływ życia studenckiego na poczucie własnej wartości.

Drugi rozdział koncentruje się na problematyce spożywania alkoholu wśród studentów niestacjonarnych oraz analizuje jego konsekwencje w wymiarach akademickim, społecznym i zdrowotnym. Przedstawiono w nim terminologię związaną z uzależnieniem, kryteria diagnostyczne oraz szczegółowy opis

skutków zdrowotnych, psychospołecznych i edukacyjnych wynikających ze spożywania alkoholu. Dodatkowo omówiono współwystępujące trudności, takie jak depresja, zaburzenia lękowe, izolacja społeczna oraz problemy w relacjach interpersonalnych, które często korelują z nadmiernym spożyciem alkoholu.

Trzeci rozdział poświęcony jest metodologii badań empirycznych, w tym procedurze doboru próby, zastosowanym narzędziom badawczym oraz opisowi procesu badawczego. Został on przeprowadzony zgodnie z rygorystycznymi standardami metodologicznymi, co zapewnia jego wysoką jakość oraz wiarygodność uzyskanych wyników. Ponadto rozdział ten zawiera szczegółową charakterystykę respondentów, co pozwala na lepsze zrozumienie kontekstu badawczego.

Czwarty rozdział obejmuje analizę wyników badań, w tym szczegółową statystykę umożliwiającą empiryczną weryfikację postawionych hipotez. Przedstawiono tu również dyskusję dotyczącą wyników, w której odniesiono je do istniejącej literatury przedmiotu, wskazując na ich znaczenie teoretyczne i praktyczne. Dyskusja uwzględnia również porównanie uzyskanych wyników z rezultatami wcześniejszych badań, identyfikując obszary zgodności oraz potencjalne rozbieżności. Na tej podstawie sformułowano wnioski dotyczące kierunków przyszłych badań oraz możliwych zastosowań praktycznych uzyskanych rezultatów.

Niniejsza monografia stanowi istotny przyczynek do pogłębienia wiedzy na temat psychospołecznych mechanizmów związanych ze spożywaniem alkoholu wśród studentów niestacjonarnych. Analiza tego zagadnienia pozwala na lepsze zrozumienie czynników sprzyjających podejmowaniu ryzykownych zachowań oraz konsekwencji wynikających z ich obecności w środowisku akademickim. Uzyskane wyniki mogą stanowić podstawę do opracowania skutecznych strategii profilaktycznych i interwencyjnych, ukierunkowanych na minimalizowanie negatywnych skutków spożycia alkoholu, wspieranie zdrowia psychicznego studentów oraz wzmacnianie ich zasobów społecznych i indywidualnych mechanizmów radzenia sobie ze stresem.

ROZDZIAŁ 1

SAMOOCENA I STRES WŚRÓD STUDENTÓW NIESTACJONARNYCH

W kontekście współczesnych przemian cywilizacyjnych i kulturowych studenci mierzą się z coraz bardziej złożonymi wyzwaniem, które w istotny sposób oddziałują na ich samoocenę, samopoczucie oraz kondycję psychiczną (Wilczewska, 2013). Wzrost wymagań akademickich, zmiany w strukturze społecznej oraz dynamiczne przeobrażenia na rynku pracy stanowią istotne źródła presji, które mogą prowadzić do wzrostu poziomu stresu i trudności w adaptacji do nowych realiów. W konsekwencji mogą one przyczyniać się do rozwoju problemów psychicznych, takich jak lęk, depresja czy wypalenie akademickie, a także skłaniać do podejmowania nieadaptacyjnych strategii radzenia sobie z emocjami, w tym niekiedy ryzykownych zachowań, takich jak nadmierne spożywanie alkoholu.

Henryk Kulas (1986) definiuje samoocenę jako zbiór przekonań i opinii jednostki na własny temat, obejmujących wymiary psychiczne, emocjonalne, fizyczne oraz społeczne. Oceny dotyczące wyglądu zewnętrznego zaliczane są do samooceny fizycznej, natomiast aspekty psychiczne koncentrują się na cechach osobowości i charakteru. Wymiar społeczny odnosi się do zdolności nawiązywania i utrzymywania relacji interpersonalnych. H. Kulas zaznacza, że procesy samoświadomości i samowiedzy stanowią podstawę samooceny, umożliwiając jednostce ocenę siebie poprzez porównanie *ja idealnego* z *ja realnym* oraz analizę własnych zachowań, cech i działań w odniesieniu do zachowań, cech i działań innych osób.

Klaus Baumann (2005) wskazuje, że samoocena opiera się na refleksyjnej analizie własnej osoby, co umożliwia jednostce określenie swojej tożsamości oraz wyróżnienie się na tle otoczenia. Obraz samego siebie stanowi istotny składnik osobowości oraz odgrywa rolę czynnika wartościującego własne kompetencje i znaczenie w społeczeństwie. Samoocena kształtuje subiektywne poczucie wartości jednostki, zwłaszcza w kontekście zdolności, osiągnięć oraz pozycji

społecznej. K. Baumann podkreśla, że samoocena jest strukturą dynamiczną, rozwijającą się w interakcji z innymi ludźmi, a jej poziom jest determinowany przez stopień samoświadomości oraz posiadane zdolności i kompetencje.

W kontekście funkcjonowania studentów samoocena odgrywa kluczową rolę w procesie radzenia sobie ze stresem, wpływając zarówno na zdrowie psychiczne, jak i ogólne samopoczucie. Zrozumienie mechanizmów kształtujących samoocenę oraz jej oddziaływanie na reakcje jednostki wobec współczesnych wyzwań jest niezbędne dla efektywnego wspierania rozwoju osobistego oraz akademickiego studentów (Wilczewska, 2013).

Analogicznie Klaus Baumann (2005) podkreśla, że samoocena bazuje na refleksyjnej i krytycznej analizie własnej osoby, umożliwiając jednostce określenie swojej tożsamości oraz wyróżnienie się na tle otoczenia. Obraz samego siebie stanowi nieodłączny element osobowości i pełni funkcję czynnika wartościującego. Samoocena kształtuje subiektywnie postrzeganą wartość jednostki, szczególnie w odniesieniu do kompetencji, osiągnięć oraz roli społecznej. K. Baumann zauważa, że samoocena ma charakter dynamiczny, rozwija się w procesie interakcji interpersonalnych, a jej poziom zależy od stopnia samoświadomości oraz posiadanych zdolności i kompetencji.

Według psychologów samoocena kształtuje się pod wpływem czynników anatomiczno-fizjologicznych oraz psychospołecznych. Do pierwszej grupy należą takie aspekty, jak wygląd zewnętrzny, sprawność fizyczna oraz ogólne funkcjonowanie organizmu. Natomiast czynniki psychospołeczne obejmują kulturę rodzinną, doświadczenia życiowe oraz pochodzenie społeczne (Wilczewska, 2013).

William Herbert Fitts wyróżnia trzy poziomy koncepcji siebie: tożsamość, zachowanie i zadowolenie z siebie, na których opiera się pięć powiązanych ze sobą sfer *ja*. Sfera fizyczna dotyczy percepcji własnego ciała, stanu zdrowia, wyglądu zewnętrznego, sprawności fizycznej oraz seksualności. Sfera moralno-etyczna odnosi się do wartości moralnych i etycznych, obejmując stosunek do Boga, poczucie bycia dobrym lub złym człowiekiem oraz poziom satysfakcji z wyznawanej religii. Sfera osobista odzwierciedla poczucie własnej wartości, natomiast sfera rodzinna wiąże się z poczuciem istotności i znaczenia w ramach relacji rodzinnych. Ostatnia sfera, społeczna, podkreśla subiektywnie postrzeganą wartość jednostki w relacjach interpersonalnych (Baumann, 2005).

Samooocena może przybierać zarówno zawyżoną, jak i zaniżoną formę. W przypadku zawyżonej samooceny jednostka przypisuje sobie kompetencje i umiejętności, które nie znajdują odzwierciedlenia w rzeczywistości. Osoby o takim profilu często przeceniają własne zdolności, co prowadzi do podejmowania działań przekraczających ich faktyczne możliwości. W rezultacie nierzadko nie osiągają zamierzonych celów, co skutkuje rozczarowaniem, frustracją oraz wzrostem poziomu stresu.

W środowisku akademickim studenci charakteryzujący się zawyżoną samooceną mogą mieć skłonność do przenoszenia odpowiedzialności za własne niepowodzenia na czynniki zewnętrzne lub innych ludzi, co negatywnie wpływa na ich relacje interpersonalne. Ponadto obniżona odporność emocjonalna sprawia, że w sytuacjach wymagających dostosowania się do nieprzewidywalnych okoliczności wykazują wyższy poziom napięcia i lęku (Kulas, 1986). Badania wskazują, że studenci doświadczają różnorodnych stresorów związanych z procesem edukacyjnym, obejmujących intensywne obciążenie akademickie, presję czasu, trudności w zarządzaniu finansami oraz konieczność adaptacji do nowego środowiska. Czynniki te mogą wpływać na subiektywne postrzeganie czasu, co w konsekwencji oddziałuje na poziom samooceny studentów (Jopp, Schmitt, 2010). Ponadto wysoka samoocena często wiąże się z większą efektywnością w radzeniu sobie ze stresem, natomiast jej niski poziom może przyczyniać się do problemów ze zdrowiem psychicznym, takich jak stany lękowe czy depresja.

Zrozumienie czynników kształtujących samoocenę odgrywa kluczową rolę w opracowywaniu skutecznych strategii wsparcia psychologicznego skierowanych do studentów. Odpowiednio zaprojektowane interwencje mogą nie tylko wspierać ich w radzeniu sobie z wyzwaniami współczesnej rzeczywistości, lecz także przyczyniać się do rozwoju stabilnego i adaptacyjnego poczucia własnej wartości. Wdrażanie takich strategii pozwala na minimalizowanie negatywnych skutków stresu akademickiego i społecznego oraz wzmacnianie kompetencji emocjonalnych i społecznych, które odgrywają istotną rolę zarówno w funkcjonowaniu jednostki w środowisku akademickim, jak i w jej przyszłej aktywności zawodowej.

1. DEFINICJA I TEORETYCZNE PODSTAWY SAMOOCENY NA PODSTAWIE PRZEGLĄDU LITERATURY

Samoocena stanowi jeden z fundamentalnych konstruktów psychologicznych, odgrywając kluczową rolę w analizie ludzkich procesów poznawczych i behawioralnych. Szczególne znaczenie przypisuje się jej w ramach psychologii społecznej oraz psychologii osobowości, gdzie pozostaje przedmiotem licznych badań naukowych i debat teoretycznych.

Analiza literatury przedmiotu ujawnia wieloaspektowe podejścia do problematyki samooceny, co świadczy o dynamicznym rozwoju tego pojęcia. W badaniach Marka Leary'ego i Timothy'ego MacDonalda (2003) samoocena została określona jako jeden z kluczowych elementów w psychologii społecznej i osobowości. Jest to jeden z najczęściej podejmowanych tematów badawczych w psychologii, ustępujący jedynie analizie negatywnych emocji oraz zagadnieniom związanym z płcią (Bushman, Moeller i Crocker, 2011). Wzrost zainteresowania tym obszarem znajduje odzwierciedlenie w licznych badaniach, podkreślających jego znaczenie dla zrozumienia funkcjonowania jednostki (Kernis, 2003).

W polskiej literaturze termin *self-esteem* tłumaczony jest jako samoocena, poczucie własnej wartości lub globalne samowartościowanie (Dymkowski, 1993). Jednakże, jak zauważa Waldemar Dymkowski, nie istnieje pełna zgodność co do możliwości stosowania tych określeń zamiennie. Część badaczy, takich jak D. Geoffrey Dutton i Samantha W. Cook (2001), Jennifer Crocker i Lora Park (2004), Robert E. Franken (2006) oraz Gordon B. Moskowitz (2009), traktuje te terminy synonimicznie, podczas gdy inni wskazują na subtelne różnice znaczeniowe.

Samoocena stanowi złożony konstrukt obejmujący zarówno ocenę siebie w odniesieniu do określonych cech i umiejętności, jak i globalne poczucie własnej wartości. Jest ona ściśle powiązana z wieloma aspektami funkcjonowania psychicznego, w tym z motywacją, regulacją emocji, relacjami interpersonalnymi oraz zdolnością do radzenia sobie ze stresem. Wysoka samoocena zazwyczaj koreluje z pozytywnymi wynikami w życiu osobistym i zawodowym, podczas gdy jej niski poziom może zwiększać ryzyko wystąpienia trudności psychicznych.

Pomimo szerokiego zainteresowania problematyką samooceny wśród teoretyków psychologii, nie udało się dotychczas wypracować jednolitej

i powszechnie akceptowanej definicji tego pojęcia. Analizy przeprowadzone przez badaczy, takich jak Roy F. Baumeister, Deborah A. Smart i Joseph M. Boden (1996), Johanton D. Brown i Margaret M. Marshall (2001) oraz Christopher J. Mruk (2013), wskazują na jego wieloaspektowy i niejednoznaczny charakter. W związku z tym w niniejszym opracowaniu zostaną przedstawione najistotniejsze koncepcje dotyczące samooceny, które pozwalają uchwycić jej złożoność i znaczenie w funkcjonowaniu jednostki (Szpitalak, Polczyk, 2015).

William James był jednym z prekursorów badań nad samooceną, formułując teorię, według której ocena samego siebie wynika z porównania osiągnięć jednostki z jej aspiracjami. Określał samoocenę jako relację pomiędzy rzeczywistymi sukcesami a oczekiwaniami jednostki, podkreślając, że sposób, w jaki dana osoba interpretuje swoje osiągnięcia w odniesieniu do zamierzonych celów, kształtuje jej postrzeganie siebie oraz związane z tym emocje (*self-feelings*). Zgodnie z tym ujęciem im mniejsza rozbieżność między aspiracjami a faktycznymi rezultatami, tym wyższy poziom samooceny oraz bardziej pozytywne nastawienie do własnej osoby (Szpitalak, Polczyk, 2015).

W badaniach Kennetha Pope'a, Johna McHale'a i Wayne'a Craigheada (1988) samoocena analizowana jest w kontekście różnic pomiędzy *ja idealnym* a *ja realnym*. Model ten zakłada, że poziom samooceny jest determinowany stopniem rozbieżności między tymi dwoma aspektami tożsamości. W sytuacji gdy *ja realne* i *ja idealne* pozostają w harmonii, a ich relacja zbliża się do proporcji 1:1, jednostka doświadcza wysokiej samooceny. Natomiast im większa rozbieżność pomiędzy tymi konstruktami, tym niższy poziom samooceny oraz większa skłonność do odczuwania negatywnych emocji, takich jak frustracja czy niezadowolenie (Higgins, 1987).

Morris Rosenberg (1965), jeden z czołowych badaczy zajmujących się problematyką samooceny, koncentrował się na postawie jednostki wobec samej siebie. Wskazywał, że wysoka samoocena wynika z przekonania o własnej wartości i kompetencjach, nie zaś z potrzeby odczuwania wyższości nad innymi. Podobne stanowisko przyjął Stanley Coopersmith (1967), który podkreślał znaczenie pozytywnej postawy wobec siebie, szacunku do własnej osoby oraz wiary we własne możliwości jako kluczowych elementów kształtujących stabilną ocenę siebie.

Lawrence Wells i Norman Marwell (1976) podjęli próbę sklasyfikowania różnorodnych definicji samooceny, koncentrując się na identyfikacji

wspólnych elementów w różnych podejściach teoretycznych. Ich praca stanowiła istotny krok w kierunku głębszego zrozumienia złożoności tego pojęcia oraz jego znaczenia w psychologii. Analizując różne koncepcje, badacze wyodrębnili uniwersalne aspekty samooceny, co umożliwiło lepsze porównanie oraz kontrastowanie istniejących teorii.

Podobne podejście zastosował Neil Smelser (1989), który dążył do identyfikacji wspólnych cech różnych definicji samooceny. Jego analiza koncentrowała się na poszukiwaniu elementów spójnych dla rozmaitych ujęć teoretycznych, co miało na celu stworzenie bardziej jednolitego i uniwersalnego modelu rozumienia tego pojęcia. Smelser badał zarówno perspektywy psychologiczne, jak i socjologiczne, wyodrębniając kluczowe komponenty samooceny, takie jak świadomość własnej wartości, poczucie kompetencji oraz znaczenie ocen społecznych.

Na gruncie polskiej psychologii Bogdan Wojciszke (2002) definiuje samoocenę jako emocjonalną relację jednostki do samej siebie, kładąc szczególnie nacisk na jej afektywne komponenty. Podkreśla, że samoocena jest w dużej mierze determinowana przez emocje, jakie jednostka odczuwa względem siebie, oraz że ma charakter dynamiczny, podlegając zmianom w zależności od doświadczeń i sytuacji życiowych. Z kolei Bogdan Niebrzydowski (1976) ujmuje samoocenę jako zbiór sądów i opinii, które jednostka formułuje na swój temat, obejmujący zarówno aktualne, jak i potencjalne cechy fizyczne oraz psychiczne. Zwraca uwagę na wielowymiarowy charakter tego konstruktu, wskazując, że samoocena nie tylko odnosi się do cech już posiadanych, ale także obejmuje te, które mogą się rozwinąć w przyszłości. Jego podejście sugeruje, że samoocena może być analizowana w kontekście różnych aspektów życia jednostki, co sprawia, że ma ona szeroki zakres znaczeniowy.

Samoocena jest wielowymiarowym konstruktem, obejmującym różne aspekty postrzegania siebie zarówno w odniesieniu do osiągnięć i aspiracji, jak i relacji między poszczególnymi elementami *ja*. Odgrywa kluczową rolę w psychologii, ponieważ wpływa na różne obszary funkcjonowania człowieka, w tym na zdrowie psychiczne, relacje interpersonalne oraz zdolność radzenia sobie ze stresem.

Dogłębna analiza struktury samooceny jest istotnym elementem 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 Tafarodi i Man Ho (2006) wskazują

na istnienie samooceny jawnej i utajonej. Zgodnie z teorią Greenwalda i Banaji (1995) samoocena utajona nie podlega bezpośredniej introspekcji i odnosi się do nieświadomej, automatycznej oceny własnej osoby, która kształtuje spontaniczne reakcje na osobiste bodźce (Doliński, 2002).

Seymour Epstein i Brian Morling (1975) w swoich badaniach wskazują, że ludzka psychika składa się z dwóch wzajemnie powiązanych, lecz odrębnych systemów: poznawczego (racjonalnego) i doświadczeniowego. System poznawczy funkcjonuje na poziomie świadomym, opierając się na logice, analizie i prze-myślanych decyzjach, natomiast system doświadczeniowy działa na poziomie nieświadomym i jest silnie związany z samooceną utajoną, która wpływa na nieświadome uczucia wobec siebie, myśli, emocje oraz zachowania. Model ten podkreśla, że samoocena utajona kształtuje się w sposób automatyczny i poza kontrolą jednostki, co może prowadzić do rozbieżności między świadomą oceną własnej osoby a reakcjami emocjonalnymi w różnych sytuacjach życiowych.

Dalsze badania, takie jak te przeprowadzone przez Jeffreya Spaldinga i Curtisa Hardina (1999), wykazują, że samoocena jawna i utajona pełnią odmienne funkcje jako wskaźniki zachowań. Samoocena utajona jest ściśle po-wiązana z reakcjami emocjonalnymi i spontanicznymi, natomiast samoocena jawna wiąże się z działaniami opartymi na racjonalnej analizie i świadomych przekonaniach o sobie.

W kontekście metod pomiaru samooceny utajonej istotne znaczenie miały badania oparte na założeniu, że jednostki przypisują wartość obiektom zwią-zanym ze swoim *ja*, a ich postawy wobec tych obiektów są automatycznie akty-wowane w momencie kontaktu z nimi. Na podstawie tych założeń opracowano nowe narzędzia badawcze, w tym test preferencji inicjałów, stworzony przez Leona Nuttina (1985), który pozwala na ocenę nieświadomych skłonności do pozytywnego wartościowania własnej osoby.

Współczesne rozumienie samooceny odnosi się do globalnej oceny siebie, uwzględniającej subiektywne poczucie własnej wartości i kompetencji, które kształtują się na podstawie różnych teorii i czynników psychologicznych. Istotnymi elementami samooceny są atrakcyjność fizyczna, umiejętności interpersonalne, poczucie humoru oraz inne cechy i zdolności, które wpływają na sposób postrzegania siebie. Należy przy tym odróżnić samoocenę od poczucia własnej wartości, gdyż stanowią one odrębne, choć powiązane obszary funkcjonowania jednostki (Strelau, 2000).

Jednym z kluczowych ujęć teoretycznych jest teoria socjometru, opracowana przez Roya Baumeistera i Marka Leary'ego (2000). Zakłada ona, że samoocena pełni funkcję wskaźnika pozycji społecznej, odzwierciedlając stopień akceptacji i przynależności do grupy. Doświadczenie odrzucenia lub wykluczenia może prowadzić do obniżenia samooceny i negatywnych myśli o sobie, co skłania jednostkę do podejmowania działań mających na celu odbudowanie relacji społecznych. Poszukiwanie akceptacji i pozytywnych interakcji z innymi przyczynia się do wzrostu samooceny, wzmacniając jednocześnie poczucie przynależności i bezpieczeństwa w grupie.

Jedna z definicji samooceny podkreśla jej ścisły związek z postawą jednostki wobec siebie, zwłaszcza w kontekście wartości społecznych. W tym ujęciu samoocena może być uzależniona od sposobu, w jaki inni oceniają nas pod względem cech wysoko cenionych przez społeczeństwo, takich jak inteligencja, kompetencje zawodowe czy atrakcyjność fizyczna. Posiadanie tych pozytywnych atrybutów często prowadzi do wyższej samooceny, ponieważ jednostka odbiera pozytywne sygnały zwrotne z otoczenia, co wzmacnia jej poczucie własnej wartości (Szewczuk, 1985).

Z kolei Allan Carr (2009) twierdzi, że samoocena jest powiązana zarówno z poczuciem własnej wartości, jak i poczuciem skuteczności. Poczucie własnej wartości wynika z pewności siebie opartej na osiągnięciach, które są zgodne z indywidualnymi aspiracjami, natomiast poczucie skuteczności odnosi się do przekonania o zdolności do realizacji zamierzonych celów. Wysoka samoocena kształtuje się więc jako efekt zarówno subiektywnej oceny własnej wartości, jak i wiary we własną efektywność w działaniu, co ma istotne znaczenie dla dobrostanu psychicznego oraz motywacji do podejmowania wyzwań.

Osoby o wysokiej samoocenie zazwyczaj doświadczają lepszej jakości życia, rzadziej cierpią na zaburzenia psychosomatyczne oraz odczuwają większą satysfakcję z codziennego funkcjonowania. Charakteryzują się większą skłonnością do podejmowania wyzwań, lepszą koncentracją na realizowanych zadaniach oraz wyższą wytrwałością w dążeniu do celu. Wysoka samoocena wykazuje pozytywną korelację z ogólnym poczuciem satysfakcji i zadowolenia z życia, co potwierdzają badania Dienera i Dienera (1995).

Z kolei osoby o niskiej samoocenie częściej zmagają się z zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi, przejawiają ograniczoną wiarę w swoje możliwości oraz skłonność do negatywnego postrzegania zarówno siebie,

jak i otaczającego świata. Cechuje je także niższy poziom ekstrawersji i optymizmu w porównaniu z osobami z wyższą samooceną, co może negatywnie wpływać na ich funkcjonowanie społeczne i emocjonalne (Rosenberg, 1965).

Samoocena odnosi się do subiektywnej oceny własnej osoby, która może przybierać zarówno pozytywną (wysoką), jak i negatywną (niską) formę. Wysoka samoocena wiąże się z licznymi korzyściami, takimi jak poprawa samopoczucia, większa motywacja do działania oraz lepsza jakość relacji interpersonalnych. Osoby o wysokiej samoocenie częściej podejmują wyzwania, wykazują większą odporność na stres i łatwiej adaptują się do nowych sytuacji. Z kolei niska samoocena może prowadzić do problemów emocjonalnych i społecznych, w tym depresji, stanów lękowych oraz trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji interpersonalnych. Jednostki o niskim poczuciu własnej wartości często cechuje poczucie niepewności, nadmierna samokrytyka oraz skłonność do unikania sytuacji wymagających pewności siebie, co może negatywnie wpływać na ich funkcjonowanie zarówno w życiu osobistym, jak i zawodowym.

Samoocena stanowi kluczowy aspekt psychologii, mający istotny wpływ na różne obszary życia, w tym relacje międzyludzkie, aktywność zawodową oraz rozwój osobisty. Wysoka samoocena sprzyja większej pewności siebie, co ułatwia podejmowanie wyzwań, dążenie do wyznaczonych celów oraz skuteczne radzenie sobie z przeciwnościami.

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

Stres stanowi nieodłączny element życia człowieka, a nieefektywne zarządzanie nim może prowadzić do różnorodnych zaburzeń fizycznych i psychicznych. Psychologiczne mechanizmy radzenia sobie ze stresem odgrywają kluczową rolę w utrzymaniu zdrowia jednostki, determinując zarówno pozytywne, jak i negatywne konsekwencje jego oddziaływania (Barasch, 1994).

W latach 50. XX w. Hans Selye wprowadził termin *stres*, definiując go jako proces, w którym czynniki środowiskowe zagrażają lub zaburzają homeostazę organizmu, wywołując złożone reakcje fizjologiczne i psychologiczne (Selye, 1960). Koncepcja stresu stała się przedmiotem obszernych badań interdyscyplinarnych, a liczne modele teoretyczne w psychologii i medycynie podejmują

próbę wyjaśnienia jego natury oraz mechanizmów adaptacyjnych, które pozwalają jednostce na skuteczne radzenie sobie z wymaganiami otoczenia.

W psychologii stres może być postrzegany w trzech perspektywach: jako bodziec zewnętrzny, jako wewnętrzna reakcja jednostki oraz jako interakcja między tymi dwoma elementami (Janis, 1958). Badania nad stresem wskazują, że jego podstawą jest zewnętrzna sytuacja lub bodziec, który wywołuje wysoki poziom napięcia emocjonalnego, utrudniając jednostce prawidłowe funkcjonowanie oraz adaptację do warunków otoczenia. Koncepcję tę potwierdziły badania T. Holmesa i R. Rahe'a, którzy opracowali skalę stresujących wydarzeń życiowych, ukazującą związek między intensywnością doświadczanego stresu a zdrowiem psychicznym i fizycznym jednostki (Holmes, 1967). Ich teoria podkreśla, że stres może prowadzić do istotnych konsekwencji zdrowotnych, szczególnie w sytuacjach, gdy jednostka nie dysponuje efektywnymi mechanizmami radzenia sobie z nim.

David Mechanic (1962) definiuje stres jako wewnętrzną reakcję emocjonalną, przejawiającą się poczuciem dyskomfortu w określonej sytuacji, co podkreśla psychologiczny wymiar tego zjawiska. Współczesne podejście do stresu uwzględnia interakcje między czynnikami zewnętrznymi i wewnętrznymi, co znajduje potwierdzenie w teoriach Andrzeja Tomaszewskiego i Janusza Reykowskiego (Tomaszewski, 1963), a także w badaniach Juliana Strelaua (Strelau, 1996). Istotne znaczenie w tej dziedzinie mają również koncepcje Richarda S. Lazarusa i Susan Folkman (1984), którzy podkreślali rolę oceny poznawczej i strategii radzenia sobie ze stresem, oraz teoria zachowania zasobów Susan Hobfoll (1989), wskazująca, że stres pojawia się, gdy jednostka postrzega utratę lub zagrożenie utraty istotnych zasobów, takich jak zdrowie, status społeczny czy wsparcie emocjonalne.

Współczesne rozumienie samooceny odnosi się do globalnej oceny własnej osoby, obejmującej subiektywne poczucie wartości i kompetencji, kształtowane na podstawie różnych teorii psychologicznych oraz indywidualnych doświadczeń. Kluczowe elementy samooceny to m.in. atrakcyjność fizyczna, umiejętności interpersonalne, poczucie humoru oraz inne cechy i zdolności, które wpływają na sposób postrzegania siebie i funkcjonowania w społeczeństwie. Warto podkreślić, że samoocena i poczucie własnej wartości są odrębnymi pojęciami, choć często bywają używane zamiennie. Podczas gdy samoocena odnosi się do ogólnej oceny siebie, poczucie własnej

wartości koncentruje się na wewnętrznym przekonaniu o swojej istotności i godności (Strelau, 2000).

Teoria socjometru, opracowana przez Marka R. Leary'ego i Roya F. Baumeistera (2000), zakłada, że samoocena odgrywa rolę wskaźnika statusu społecznego jednostki, odzwierciedlając poziom jej akceptacji w grupie. W sytuacjach odrzucenia lub wykluczenia społecznego samoocena ulega obniżeniu, co może prowadzić do negatywnych przekonań na temat własnej wartości oraz doświadczania emocji takich jak lęk czy niepewność.

W odpowiedzi na te sygnały jednostka podejmuje działania ukierunkowane na odbudowanie relacji interpersonalnych i zwiększenie poziomu akceptacji społecznej. Proces ten przyczynia się do wzrostu samooceny, wzmacniając jednocześnie motywację do utrzymywania pozytywnych interakcji międzyludzkich. Teoria socjometru podkreśla zatem, że samoocena nie jest stałą cechą jednostki, lecz dynamicznym mechanizmem regulacyjnym, który dostosowuje się do społecznych doświadczeń osoby, umożliwiając jej efektywniejsze funkcjonowanie w grupie.

Władysław Szewczuk (1985) definiuje samoocenę jako postawę jednostki wobec samej siebie, szczególnie w kontekście wartości społecznych. Zgodnie z jego koncepcją poziom samooceny może być uzależniony od sposobu, w jaki jesteśmy postrzegani przez innych w odniesieniu do społecznie cenionych cech, takich jak inteligencja, kompetencje zawodowe czy atrakcyjność fizyczna. Posiadanie tych pozytywnych atrybutów często prowadzi do wyższej samooceny, ponieważ pozytywne sygnały zwrotne ze strony otoczenia wzmacniają subiektywne poczucie własnej wartości.

Allan Carr (2009) wskazuje, że samoocena jest ściśle powiązana zarówno z poczuciem własnej wartości, jak i poczuciem skuteczności. Poczucie własnej wartości odnosi się do pewności siebie wynikającej z osiągniętych sukcesów w kontekście indywidualnych aspiracji, natomiast poczucie skuteczności dotyczy przekonania o zdolności do realizacji celów. Osoby o wysokiej samoocenie zazwyczaj cieszą się lepszą jakością życia, rzadziej doświadczają zaburzeń psychosomatycznych i odczuwają większą satysfakcję z codziennego funkcjonowania. Cechuje je także większa zdolność do podejmowania trudnych zadań, lepsza koncentracja na ich realizacji oraz wyższa wytrwałość. Badania wskazują, że wysoka samoocena koreluje pozytywnie z ogólnym poczuciem satysfakcji i zadowolenia z życia (Diener, Diener, 1995).

Z kolei osoby o niskiej samoocenie częściej doświadczają zaburzeń depresyjnych i lękowych, wykazują ograniczoną wiarę we własne możliwości oraz skłonność do negatywnego postrzegania siebie, świata i innych ludzi. Charakteryzują się również mniejszym poziomem ekstrawersji i optymizmu w porównaniu z osobami o wyższej samoocenie, co może negatywnie wpływać na ich funkcjonowanie społeczne i emocjonalne (Rosenberg, 1965).

Richard Lazarus i Susan Folkman (1984) podkreślają, że kluczowym aspektem psychologicznego podejścia do stresu jest sposób, w jaki jednostka ocenia stresujące wydarzenie oraz klasyfikuje je jako zagrożenie. Według ich teorii stres pojawia się, gdy jednostka postrzega wymagania sytuacyjne jako przewyższające jej zdolności adaptacyjne i zasoby radzenia sobie z nimi.

Psychologiczny stres wynika z subiektywnej oceny jednostki w kontekście interakcji ze środowiskiem, a także z percepcji skuteczności posiadanych strategii radzenia sobie. Jeśli jednostka uznaje, że nie dysponuje wystarczającymi zasobami do poradzenia sobie z danym wydarzeniem, może to prowadzić do odczuwania lęku, napięcia emocjonalnego oraz obniżonego poczucia kontroli. Teoria Lazarusa i Folkman zwraca uwagę na dynamikę procesu oceny poznawczej, w której jednostka nie tylko analizuje stresujące wydarzenie, lecz także modyfikuje swoje strategie radzenia sobie w zależności od sytuacji.

W Polsce badania nad stresem psychologicznym zaczęły rozwijać się w latach 60. XX w. Janusz Reykowski (1966) definiuje stres jako relację między czynnikami zewnętrznymi a cechami osobowości oraz reakcjami jednostki na te czynniki. Tomasz Tomaszewski (1963) podkreśla znaczenie zakłócenia równowagi między tymi elementami jako kluczowego warunku powstawania stresu. Julian Strelau (2005) wskazuje, że stres pojawia się w wyniku dysharmonii między możliwościami jednostki a wymaganiami stawianymi przez otoczenie, ale tylko w sytuacji, gdy jednostka jest zmotywowana do stawiania czoła tym wymaganiom.

Na poziomie światowym teoria zachowania zasobów, opracowana przez Susan Hobfoll (1989), odgrywa kluczową rolę w relacyjnym podejściu do stresu. Zakłada ona, że ludzie dążą do utrzymania, zdobywania i ochrony cenionych zasobów, a sytuacja stresowa występuje wówczas, gdy te zasoby są zagrożone utratą, zostały utracone lub gdy ich inwestycja nie przynosi oczekiwanego wzrostu. Hobfoll wyróżnia cztery podstawowe rodzaje zasobów: materialne, obejmujące pieniądze i dobra materialne, sytuacyjne, związane

ze stabilnością zatrudnienia i wsparciem społecznym, osobiste, odnoszące się do poczucia własnej wartości i odporności psychicznej, oraz energetyczne, obejmujące czas, siły fizyczne i psychiczne. Teoria ta podkreśla, że utrata zasobów jest bardziej stresująca niż ich brak, co oznacza, że osoby, które tracą swoje zasoby, doświadczają silniejszego stresu niż te, które ich nigdy nie miały. W praktyce teoria ta znajduje zastosowanie w badaniach nad stresem zawodowym, wypaleniem emocjonalnym i zdrowiem psychicznym.

Nowoczesne badania podkreślają istotny wpływ stresu na neuroplastyczność mózgu oraz funkcjonowanie systemu immunologicznego. Wyniki wskazują, że przewlekły stres może prowadzić do zmian w strukturze i aktywności mózgu, wpływając na procesy poznawcze, emocjonalne oraz regulację zachowania. Długotrwała ekspozycja na stres osłabia również odporność organizmu, zwiększając podatność na choroby somatyczne oraz zaburzenia psychiczne. Współczesna psychologia zwraca uwagę na znaczenie indywidualnych strategii radzenia sobie ze stresem, uwzględniając złożoność mechanizmów reakcji stresowej oraz jej wpływ na codzienne funkcjonowanie jednostki. Podejścia te obejmują techniki poznawczo-behawioralne, interwencje oparte na uważności oraz strategie oparte na regulacji emocji i aktywności fizycznej (Davidson, McEwen, 2012).

Stres stanowi nieodłączny element życia człowieka, wpływając zarówno krótkoterminowo, jak i długoterminowo na zdrowie psychiczne oraz ogólne funkcjonowanie jednostki. Jego konsekwencje są uzależnione od intensywności, czasu trwania oraz indywidualnych zdolności adaptacyjnych, które determinują skuteczność strategii radzenia sobie z obciążeniami i ich wpływ na dobrostan psychofizyczny.

W zależności od tych czynników stres może działać zarówno mobilizująco, wzmacniając mechanizmy adaptacyjne, jak i destrukcyjnie, prowadząc do negatywnych skutków zdrowotnych i psychologicznych. Efektywne strategie zarządzania stresem odgrywają kluczową rolę w minimalizowaniu jego negatywnych konsekwencji oraz wspieraniu zdolności jednostki do radzenia sobie z wyzwaniami codziennego życia.

3. STRATEGIE ZARZĄDZANIA STRESEM STOSOWANE PRZEZ STUDENTÓW NIESTACJONARNYCH

Studenci o wysokiej samoocenie zazwyczaj doświadczają mniejszego poziomu stresu w porównaniu z tymi, którzy mają niską samoocenę i wysoki poziom stresu, co zostało potwierdzone w badaniach Reilly, Dhingry i Boduszka (2014). Wysoka samoocena może pełnić funkcję czynnika ochronnego, pomagając jednostkom lepiej radzić sobie z wyzwaniami akademickimi i społecznymi, co w konsekwencji prowadzi do redukcji doświadczanego stresu.

Badania przeprowadzone przez Karin Schraml i współpracowników (Schraml, Perski, Grossi, Simonsson-Sarnecki, 2011) wyróżniły trzy główne grupy czynników związanych ze stresem wśród młodzieży: subiektywne warunki psychospołeczne, styl życia oraz samoocenę. Wyniki badań wskazują, że studenci doświadczają stresu z powodu wielu czynników, w tym presji społecznej, wysokich wymagań akademickich oraz problemów związanych z własną tożsamością i poziomem samooceny.

Wyniki badań Schraml (2011) i jej współpracowników podkreślają, że znaczna część studentów, szczególnie kobiet, odczuwa wysoki poziom stresu oraz psychiczne obciążenie. Osoby doświadczające silnego stresu są bardziej narażone na złe samopoczucie, problemy ze snem oraz pogorszenie zdrowia psychicznego. Zjawisko to jest szczególnie widoczne u osób, które budują swoją samoocenę na osiągnięciach, co może prowadzić do zwiększonego poziomu stresu w sytuacjach, gdy nie są w stanie sprostać własnym oczekiwaniom lub standardom.

Dalsze badania przeprowadzone przez Kandemira, Ilhana, Ozpolata i Palanci (2014) wskazują, że kobiety w porównaniu z mężczyznami częściej zgłaszają objawy stresu, charakteryzując się niższą ogólną samooceną oraz wyższą samooceną opartą na wynikach. Ponadto kobiety odczuwają większe wymagania oraz częściej doświadczają trudności ze snem, co może być konsekwencją wyższej wrażliwości emocjonalnej oraz silniejszej presji społecznej.

Wyższy poziom stresu wśród kobiet może wynikać z większych oczekiwań społecznych, którym muszą sprostać zarówno w obszarze akademickim, jak i w kontekście ról społecznych. Presja ta często prowadzi do zwiększonego napięcia emocjonalnego, które wpływa na funkcjonowanie psychiczne i fizyczne, a także może mieć konsekwencje dla zdolności radzenia sobie z wyzwaniami edukacyjnymi i zawodowymi.

Prokrastynacja akademicka jest ściśle powiązana z samooceną, akademicką samoskutecznością, strategiami radzenia sobie ze stresem oraz mechanizmami unikania napięcia emocjonalnego. Badania wskazują, że studenci o niższej samoocenie i mniejszym poczuciu akademickiej skuteczności częściej odkładają realizację obowiązków akademickich na później, co może prowadzić do zwiększenia poziomu stresu oraz dalszego obniżenia samooceny. W konsekwencji prokrastynacja akademicka może działać jako negatywna spirala, w której stres i niska samoocena wzajemnie się wzmacniają, prowadząc do spadku motywacji, obniżonej efektywności oraz nasilonego unikania sytuacji wymagających wysiłku intelektualnego.

Przejsie na studia stanowi znaczące wyzwanie adaptacyjne, często prowadząc do wzrostu poziomu stresu i obniżenia samooceny. Okres przejściowy, zwłaszcza pierwszy rok studiów, jest szczególnie wymagający, ponieważ studenci muszą zmierzyć się z nowym środowiskiem akademickim, zmianą ról społecznych oraz koniecznością zwiększonej autonomii i odpowiedzialności. Badania Bessera i Zeigler-Hill (2012) wskazują, że wysoki poziom stresu w tym okresie może prowadzić do obniżenia samooceny, zwłaszcza jeśli jednostka nie dysponuje skutecznymi strategiami radzenia sobie ze stresem.

Stresory związane z przejściami życiowymi, takie jak rozpoczęcie studiów, mogą negatywnie wpływać na samoocenę, szczególnie w sytuacji, gdy studenci nie mają odpowiednich zasobów psychologicznych oraz mechanizmów adaptacyjnych. Brak skutecznych strategii radzenia sobie z trudnościami może prowadzić do erozji samooceny, obniżonego poczucia kompetencji oraz wzrostu niepewności co do własnych możliwości akademickich i społecznych.

Warto jednak zauważyć, że większość dostępnych badań koncentruje się na studentach studiów dziennych, podczas gdy problematyka stresu wśród studentów studiów niestacjonarnych pozostaje stosunkowo słabo zbadana. Studenci uczący się w trybie niestacjonarnym często muszą łączyć obowiązki akademickie z pracą zawodową oraz życiem rodzinnym, co może generować odmienny zestaw stresorów oraz specyficzne wyzwania adaptacyjne (Besser, Zeigler-Hill, 2012).

Pozytywne cechy osobowości, takie jak optymizm, wysoka samoocena i odporność psychiczna, wykazują istotne pozytywne korelacje z poziomem samooceny oraz negatywne związki z objawami stresu psychicznego i upośledzeniem funkcjonalnym. W okresach długotrwałego stresu cechy te mogą

pełnić funkcję ochronną, zapobiegając eskalacji napięcia psychicznego oraz minimalizując ryzyko spadku funkcjonalności i obniżenia samooceny.

Pozytywne cechy osobowości działają jako bufor, który łagodzi negatywne skutki stresu, umożliwiając studentom lepszą adaptację do wyzwań akademickich oraz życiowych. Osoby charakteryzujące się wysoką odpornością psychiczną i optymizmem częściej angażują się w skuteczne strategie radzenia sobie ze stresem, co wspiera utrzymanie zdrowia psychicznego oraz stabilnej samooceny pomimo presji i trudności związanych z edukacją oraz codziennym funkcjonowaniem.

Te obserwacje są zgodne z *modelem blizny* samooceny, który sugeruje, że niska samoocena może być skutkiem stresu psychicznego, a nie jego pierwotną przyczyną (Besser, Zeigler-Hill, 2012). Model ten zakłada, że długotrwały stres i negatywne doświadczenia mogą pozostawiać *blizny* na samoocenie, prowadząc do jej obniżenia oraz zwiększając podatność jednostki na przyszłe stresory. W tym ujęciu stres psychiczny działa jako czynnik erodujący samoocenę, wywołując długoterminowe konsekwencje dla zdrowia psychicznego i ogólnego funkcjonowania jednostki.

Dodatkowo 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 kluczowych obszarów mózgu, takich jak hipokamp, kora przedczołowa i ciało migdałowe, które są odpowiedzialne za pamięć, procesy uczenia się oraz regulację emocji. Zmiany te mogą skutkować trudnościami w koncentracji, zaburzeniami nastroju oraz obniżoną zdolnością adaptacji do nowych wyzwań, co dodatkowo może wzmacniać negatywne skutki stresu i pogłębiać problem obniżonej samooceny.

Stres towarzyszy człowiekowi przez całe życie, wpływając zarówno krótkoterminowo, jak i długoterminowo na zdrowie psychiczne oraz ogólne funkcjonowanie jednostki. Jego konsekwencje zależą od intensywności, czasu trwania oraz indywidualnych zdolności adaptacyjnych, które determinują sposób radzenia sobie z obciążeniami i ich wpływ na dobrostan psychofizyczny. Krótkoterminowy stres może pełnić funkcję mobilizującą, poprawiając wydajność, koncentrację oraz zdolność do podejmowania decyzji, co może być korzystne w sytuacjach wymagających szybkiego działania. Natomiast przewlekły stres prowadzi do kumulacji negatywnych efektów, takich jak

wypalenie zawodowe, depresja, zaburzenia lękowe oraz inne problemy zdrowotne, zarówno na poziomie psychicznym, jak i somatycznym.

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, stanowiąc istotny obszar badań nad funkcjonowaniem jednostki. Samoocena odnosi się do subiektywnej oceny własnej wartości, kompetencji oraz ogólnego postrzegania siebie, będąc fundamentalnym aspektem tożsamości. Wpływa ona na różne obszary życia, w tym na zdolność radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Wysoka samoocena sprzyja pozytywnemu postrzeganiu siebie, co może zwiększać zdolność jednostki do efektywnego pokonywania trudności, natomiast niska samoocena może prowadzić do większej podatności na stres i negatywnych konsekwencji związanych z jego oddziaływaniem.

Badania Sethi, Nagendry i Ganpata (2013) analizowały wpływ różnych aspektów jogi, obejmujących techniki oczyszczające, pozycje fizyczne, praktyki oddechowe, techniki relaksacyjne oraz medytację, na poziom uwagi i samooceny. Wyniki potwierdziły pozytywny wpływ tych praktyk, wskazując na ich potencjalne zastosowanie w redukcji stresu oraz wzmacnianiu zdolności adaptacyjnych jednostki. Regularne stosowanie tych metod może stanowić skuteczne narzędzie wsparcia dla osób doświadczających chronicznego stresu, przyczyniając się do wzrostu samooceny, odporności psychicznej oraz poprawy ogólnego funkcjonowania emocjonalnego i poznawczego.

Medytacja uważności stanowi skuteczne narzędzie wspierające poprawę samooceny u studentów. Osoby praktykujące medytację postrzegają ją jako pomocną w zwiększaniu samoregulacji, uspokajaniu się, łagodzeniu stresu, poprawie relaksacji oraz skuteczniejszym radzeniu sobie z emocjami. Badania Jacoba Caldwella, Michaela Harrisona, Sarah Adams, Emily Quin i Thomasa Greesona (2010) wskazują, że medytacja sprzyja samopoznaniu, zwiększa zdolność koncentracji oraz umożliwia lepszą kontrolę nad myślami i emocjami. Jest to skuteczna metoda samoopieki, która może znacząco redukować stres, jednocześnie zwiększając samoocenę poprzez rozwijanie

pozytywnego obrazu siebie oraz wzmacnianie świadomości własnych procesów myślowych i emocjonalnych.

Współczesna psychologia kładzie szczególny nacisk na indywidualne strategie radzenia sobie ze stresem, uwzględniając złożoność mechanizmów reakcji stresowej oraz jej wpływ na ogólne funkcjonowanie człowieka. W podejściu tym kluczowe jest nie tylko stosowanie technik redukcji stresu, ale również strategii wzmacniających i utrzymujących wysoką samoocenę, co ma istotne znaczenie dla długoterminowego dobrostanu psychicznego.

Instytucje akademickie powinny szczególnie uwzględniać poziom stresu towarzyszący studentom w początkowym okresie ich edukacji, niezależnie od wybranego trybu studiów. Chociaż większość badań koncentruje się na studentach studiów dziennych, istotne jest zauważenie, że osoby studiujące w trybie niestacjonarnym mierzą się z odmiennymi wyzwaniami, takimi jak godzenie obowiązków zawodowych, rodzinnych i edukacyjnych, co może dodatkowo zwiększać poziom stresu.

Studenci, którzy nie dysponują zasobami ochronnymi wynikającymi z pozytywnych cech osobowości, mogą szczególnie potrzebować wsparcia w zakresie wzmacniania samooceny i radzenia sobie ze stresem. Uczelnie mogą odgrywać kluczową rolę, oferując im usługi doradcze, warsztaty psychologiczne oraz programy rozwojowe, które pomogą rozwijać optymizm, nadzieję, poczucie szczęścia oraz budować stabilną samoocenę. Cechy te są szczególnie korzystne dla studentów zmagających się z różnorodnymi sytuacjami stresowymi, zwłaszcza w okresie adaptacji do życia akademickiego (Galanakis, Palaiologou, Patsi, Velegraki, Darviri, 2016).

Współczesne badania podkreślają znaczący wpływ stresu na neuroplastyczność mózgu oraz funkcjonowanie układu odpornościowego. Przewlekły stres może prowadzić do zmian w strukturze i aktywności mózgu, zwłaszcza w obszarach odpowiedzialnych za pamięć, uczenie się i regulację emocji, a także osłabiać odporność organizmu, zwiększając podatność na choroby psychosomatyczne. John Davidson i Laura McEwen (2012) wskazują na konieczność integracji różnorodnych technik zarządzania stresem, aby zapobiegać jego negatywnym konsekwencjom 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 jednostki.

Samoocena oparta na wydajności akademickiej może działać jako samodzielny stresor lub wzmacniać negatywne skutki stresujących wydarzeń, prowadząc do wypalenia akademickiego. Badania pokazują, że samoocena oparta na wynikach częściowo pośredniczy między stresorami a wypaleniem, a jej wpływ może przewyższać stresory pochodzące z życia prywatnego. Blom (2012) wskazuje, że kobiety doświadczają większego poziomu stresu akademickiego niż mężczyźni, podczas gdy mężczyźni wykazują silniejsze związki między stresorami akademickimi a wypaleniem. U kobiet natomiast silniejsze okazują się zależności między samooceną opartą na wynikach a wypaleniem, co sugeruje, że ich emocjonalne zaangażowanie w sukcesy akademickie może być kluczowym czynnikiem ryzyka.

Stres wykazuje negatywną korelację z samooceną oraz poczuciem własnej skuteczności. James Reilly zauważa, że studenci o wysokiej samoocenie i silnym przekonaniu o własnych kompetencjach doświadczają niższego poziomu napięcia akademickiego. Stres akademicki można definiować jako stan emocjonalny charakteryzujący się odczuwaniem nieprzyjemnych doznań, takich jak gniew, lęk, napięcie, frustracja czy depresja, wynikających z rozbieżności między stawianymi wymaganiami a zdolnością jednostki do ich spełnienia. Stres akademicki staje się coraz bardziej powszechnym i narastającym problemem, który można kształtować zarówno na poziomie indywidualnym, jak i instytucjonalnym. Otwiera to możliwość wdrażania strategii mających na celu poprawę dobrostanu psychicznego oraz zwiększenie satysfakcji ze studiowania (Blom, 2012).

Samoocena odgrywa kluczową rolę w poziomie doświadczanego stresu. Studenci o wysokiej samoocenie skuteczniej radzą sobie ze stresem, co przekłada się na lepsze wyniki akademickie oraz ogólną wydajność. Istnieje również silny związek między samooceną a stresem zawodowym, wydajnością w pracy oraz satysfakcją zawodową. Wyższy poziom stresu w miejscu pracy koreluje z niższą samooceną oraz większym ryzykiem wypalenia zawodowego.

ROZDZIAŁ 2

SPOŻYWANIE ALKOHOLU W KONTEKŚCIE ŻYCIA STUDENCKIEGO

Spożywanie alkoholu w środowisku akademickim odgrywa istotną rolę w funkcjonowaniu psychospołecznym studentów, a jego nadmierne spożycie może prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych, w tym depresji, zaburzeń lękowych oraz innych zaburzeń nastroju. Literatura naukowa identyfikuje liczne czynniki ryzyka, które sprzyjają nadmiernej konsumpcji alkoholu w tej grupie społecznej. Do najważniejszych zalicza się presję rówieśniczą, stres akademicki, brak skutecznych strategii radzenia sobie z trudnościami oraz wzorce picia wyniesione z domu rodzinnego. Te elementy mogą przyczyniać się do rozwoju problemowych wzorców spożycia alkoholu, co z kolei może negatywnie wpływać na wyniki akademickie, relacje interpersonalne oraz ogólny dobrostan psychiczny studentów. Adler, Rosenfeld i Proctor II (2016) podkreślają, że nadmierna konsumpcja alkoholu może prowadzić do zaburzeń samokontroli, obniżonej motywacji do nauki oraz trudności w funkcjonowaniu społecznym, co w dłuższej perspektywie może zwiększać podatność na problemy psychiczne i akademickie.

Nadmierne spożycie alkoholu wśród studentów negatywnie wpływa na ich relacje interpersonalne oraz funkcjonowanie akademickie, prowadząc do poważnych konsekwencji zarówno w sferze społecznej, jak i edukacyjnej. Studenci używający alkoholu często napotykają trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu zdrowych relacji interpersonalnych, co może skutkować izolacją społeczną oraz uczuciem osamotnienia. Problemy te wynikają z niestabilności emocjonalnej, obniżonej kontroli impulsów oraz konfliktów interpersonalnych, które często są następstwem niewłaściwych zachowań pod wpływem alkoholu. Mogą one obejmować konflikty z przyjaciółmi, rodziną czy współlokatorami, co dodatkowo pogłębia poczucie odrzucenia i alienacji społecznej (Bartosz, 2006).

Spożywanie alkoholu ma również istotny negatywny wpływ na wydajność akademicką. Alkohol osłabia zdolność koncentracji, upośledza pamięć oraz zmniejsza efektywność przyswajania wiedzy, co może prowadzić do pogorszenia wyników edukacyjnych. Studenci często opuszczają zajęcia, wykazują brak zaangażowania w naukę i uzyskują niższe wyniki na egzaminach, co wpływa na ich ogólną motywację i zdolność do adaptacji do wymagań akademickich. Badania wskazują na silną korelację między intensywnym spożyciem alkoholu a obniżoną motywacją do nauki oraz trudnościami w przystosowaniu do środowiska akademickiego (Bera, 2008).

Nadmierna konsumpcja alkoholu niesie ze sobą poważne konsekwencje zdrowotne, które mogą znacząco wpłynąć na długoterminowe funkcjonowanie jednostki. Regularne spożywanie alkoholu zwiększa ryzyko rozwoju chorób wątroby, takich jak marskość, a także prowadzi do problemów sercowo-naczyniowych oraz uszkodzeń układu nerwowego. Szczególną uwagę zwraca się na zaburzenia funkcjonowania poznawczego, osłabienie odporności organizmu oraz zwiększone ryzyko depresji i zaburzeń lękowych (Czapiński, 2004). Alkohol może również prowadzić do deficytów pamięci, trudności w koncentracji oraz pogorszenia zdolności podejmowania decyzji, co ma negatywne konsekwencje zarówno w życiu akademickim, jak i społecznym.

Nadmierne spożywanie alkoholu wiąże się także z istotnymi obciążeniami finansowymi. Studenci, którzy regularnie sięgają po alkohol, często napotykają trudności finansowe związane z kosztami jego zakupu, co może prowadzić do konieczności rezygnacji z niektórych aktywności edukacyjnych lub zawodowych (Falewicz, 1993).

Spożywanie alkoholu wśród studentów często wynika z dążenia do redukcji napięcia oraz poszukiwania strategii radzenia sobie z lękiem. Badania wskazują na istotny związek między intensywną konsumpcją alkoholu a podwyższonym poziomem stresu akademickiego oraz trudnościami w regulacji emocji (Seligman, Walker, Rosenhan, 2017). Alkohol bywa postrzegany jako mechanizm ucieczkowy, jednak w dłuższej perspektywie może pogłębiać problemy emocjonalne i zwiększać podatność na stres.

Wyniki badań wskazują także na wyraźną korelację między wzorcami spożycia alkoholu a ogólną jakością życia. Nadmierne spożycie może prowadzić do jej obniżenia, co sprzyja dalszemu utrwalaniu niekorzystnych nawyków związanych z alkoholem (Chodkiewicz, 2012). W konsekwencji studenci,

zamiast rozwijać adaptacyjne strategie radzenia sobie z trudnościami, coraz częściej sięgają po alkohol, co prowadzi do zamkniętego cyklu negatywnych konsekwencji zdrowotnych, akademickich i społecznych.

1. ZŁOŻONOŚĆ TERMINOLOGII I DIAGNOSTYKI ZABURZEŃ ZWIĄZANYCH Z ALKOHOLEM

Precyzyjne określenie wskaźników diagnostycznych oraz terminologii dotyczącej spożywania alkoholu stanowi wyzwanie ze względu na wielowymiarowy charakter tego zjawiska. W literaturze naukowej funkcjonuje wiele terminów, które są używane zamiennie, choć nie zawsze precyzyjnie oddają istotę problemu. Wśród nich znajdują się uzależnienie od alkoholu, nałóg alkoholowy oraz alkoholizm (Keller, 1993).

W kontekście środowiska akademickiego kluczowe jest rozróżnienie pomiędzy uzależnieniem od alkoholu a nadmiernym spożyciem alkoholu, które nie musi wiązać się z rozwiniętą zależnością fizyczną i psychiczną. Wśród studentów częściej występują epizodyczne wzorce picia, określane jako *binge drinking*, które mogą prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych i społecznych, mimo że nie spełniają klinicznych kryteriów uzależnienia.

Alkohol jest jednym z najczęściej spożywanych dóbr konsumpcyjnych, które jednocześnie wiąże się z potencjalnymi negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi i społecznymi, wynikającymi z jego funkcji psychoaktywnej. Jego działanie wpływa na układ nerwowy, powodując zmiany w percepcji, zachowaniu oraz funkcjach poznawczych.

W niemal każdej kulturze istnieje substancja o właściwościach psychoaktywnych, której spożywanie jest powszechnie akceptowane, lecz jednocześnie podlega określonym normom społecznym i kulturowym. Studenci często funkcjonują w środowisku o dużym społecznym przyzwoleniu na konsumpcję alkoholu, co wpływa na ich nawyki i wzorce spożycia. Społeczne normy akademickie mogą sprzyjać ryzykownemu spożyciu alkoholu, co wymaga odpowiedniego podejścia prewencyjnego i edukacyjnego.

W naszej kulturze substancją, która odgrywa kluczową rolę w kontekście norm społecznych, jest alkohol. Przestrzeganie tych norm zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych konsekwencji zdrowotnych i społecznych, podczas gdy ich przekroczenie może znacznie zwiększyć to ryzyko.

Gotowość jednostki do przestrzegania ustalonych norm dotyczących spożycia alkoholu jest w dużej mierze uzależniona od społecznego klimatu dotyczącego picia alkoholu. W szczególności, w kontekście kulturowym, środowisko społeczne ma znaczący wpływ na kształtowanie postaw wobec konsumpcji alkoholu, co może determinować zachowania jednostki w tej sferze (Linowski, Jędrzejko, 2012).

W ostatnich latach w Polsce zaobserwowano obniżenie wieku inicjacji alkoholowej oraz wzrost spożycia alkoholu wśród młodych ludzi, co budzi szczególne obawy ze względu na większą podatność ich organizmów oraz kształtujących się osobowości na negatywne skutki alkoholu. Wczesna ekspozycja na alkohol może zwiększać ryzyko problemowego picia w dorosłości, a także negatywnie wpływać na zdrowie fizyczne, psychiczne oraz rozwój społeczny młodych osób. Charakterystycznym wzorcem spożycia alkoholu w tej grupie wiekowej jest jednorazowe przyjmowanie dużych ilości alkoholu, często prowadzące do szybkiego stanu nietrzeźwości (Linowski, Jędrzejko, 2012).

Alkohol wpływa na ośrodkowy układ nerwowy, zwłaszcza na mózg, powodując szkodliwe zmiany w składzie chemicznym krwi oraz w systemie neuroprzekątnictwa na poziomie neuronów. Szczególnie niebezpieczne jest uszkodzenie struktur mózgowych, które może prowadzić do trwałych zmian w funkcjonowaniu poznawczym i emocjonalnym jednostki. Zniszczenie nawet 30% neuronów w płacie czołowym skutkuje upośledzeniem wyższych funkcji mózgu, takich jak przewidywanie, planowanie oraz hamowanie zachowań instynktownych, w tym agresywnych.

Jak podaje Kazimierz Falewicz (1993), nadmierne spożywanie alkoholu może prowadzić do poważnych powikłań psychiatrycznych i neurologicznych, takich jak padaczka alkoholowa, otępienie alkoholowe, halucynozą alkoholową, obłąd alkoholowy, a także uszkodzenia narządów wewnętrznych, w tym wątroby, trzustki, układu oddechowego oraz naczyń krwionośnych. Długotrwała ekspozycja na alkohol może również powodować zmiany skórne, przewlekłe zapalenie spojówek oraz inne poważne konsekwencje zdrowotne.

W piątej edycji amerykańskiej klasyfikacji diagnostycznej DSM-5 zrezygnowano z wcześniejszych kategorii diagnostycznych, takich jak *nadużywanie alkoholu* i *uzależnienie od alkoholu*. W ich miejsce wprowadzono nową jednostkę diagnostyczną – *zaburzenia związane z używaniem alkoholu* (*Alcohol Use Disorder* – AUD). Zaburzenie to klasyfikuje się według stopnia ciężkości, który określany

jest na podstawie liczby spełnionych kryteriów diagnostycznych, obejmujących m.in. utratę kontroli nad spożyciem, objawy abstynencyjne, negatywne skutki zdrowotne i społeczne oraz silny głód alkoholowy (Jakubczyk, 2017).

W odniesieniu do zaburzeń związanych z używaniem substancji, klasyfikacja ICD-11 zachowała odrębne, wzajemnie wykluczające się diagnozy, takie jak szkodliwe używanie alkoholu oraz zaburzenie związane z używaniem alkoholu. Wprowadza również hierarchizację tych zaburzeń, dzieląc je na kategorie uwzględniające bieżące używanie alkoholu, odnoszące się do jego natychmiastowych efektów (np. pojedynczy epizod lub powtarzający się wzorzec spożycia), oraz zaburzenia wynikające z długoterminowych konsekwencji zdrowotnych i społecznych.

Istotną zmianą w ICD-11 jest rezygnacja z terminu *uzależnienie*, który został zastąpiony bardziej precyzyjnymi kategoriami diagnostycznymi. Nowa klasyfikacja kładzie nacisk na dokładniejsze określenie stopnia nasilenia zaburzenia oraz jego wpływu na funkcjonowanie jednostki, co pozwala na lepsze dostosowanie strategii terapeutycznych (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, 2018).

Współczesne systemy klasyfikacji diagnostycznej, takie jak ICD-11 i DSM-5, uwzględniają różne stopnie nasilenia zaburzenia oraz jego wpływ na funkcjonowanie jednostki. Kluczowym elementem diagnozy jest utrata kontroli nad ilością i częstotliwością spożywania alkoholu, co prowadzi do trudności w życiu codziennym, problemów w relacjach interpersonalnych oraz pogorszenia zdrowia fizycznego i psychicznego.

2. TYPOLOGIE UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU I KONSEKWENCJE JEGO NADMIERNEGO SPOŻYCIA

Interpretacja i analiza problematyki związanej ze spożywaniem alkoholu przeszły znaczącą ewolucję na przestrzeni ostatnich 150 lat. Józef Samochwaniec wskazuje na trzy kluczowe etapy tego procesu. Pierwszy z nich obejmuje okres przednaukowych spekulacji, w którym dominowały teorie oparte na obserwacjach i przekonaniach, a nie na systematycznych badaniach naukowych. Przykładami takich prac są opracowania Carpentera (1850), Hussa (1852), Kerra (1883) oraz Crothera (1911), które kształtowały ówczesne rozumienie problematyki alkoholizmu. Kolejnym etapem był okres naukowy,

zapooczątkowany przez Jellinka w 1941 r., który wprowadził systematyczne podejście do badań nad alkoholem, uwzględniając metody empiryczne i klasyfikacyjne. Jego prace stanowiły przełom w diagnostyce oraz analizie mechanizmów uzależnienia. Współczesna faza, określana jako okres pojellinkowski, obejmuje badania prowadzone od lat 60. XX w. do czasów obecnych. W tym okresie naukowcy zaczęli stosować jeszcze bardziej zaawansowane techniki badawcze, koncentrując się na biologicznych, psychologicznych i społecznych aspektach spożywania alkoholu. Rozwój neurobiologii, psychologii klinicznej i epidemiologii pozwolił na lepsze zrozumienie mechanizmów uzależnienia oraz skuteczniejszych metod jego diagnozowania i leczenia.

Elvin M. Jellinek w 1960 r. przedstawił pierwszą naukową typologię osób spożywających alkohol, opartą na analizie wzorców jego używania oraz konsekwencji zdrowotnych i społecznych. Wyróżnił pięć podstawowych typów szkodliwego spożywania alkoholu, spośród których typ Gamma oraz typ Delta uznał za ściśle powiązane z chorobą alkoholową. Ich charakterystyka wskazuje na postępujące mechanizmy uzależnienia, prowadzące do nasilania się nieadaptacyjnych zachowań w obszarach psychologicznych, społecznych i zdrowotnych.

Pierwszym z wyróżnionych typów jest typ Alfa, charakteryzujący się psychologiczną zależnością od alkoholu, który pełni funkcję mechanizmu radzenia sobie ze stresem. Osoby należące do tej grupy nie wykazują objawów fizycznej zależności, jednak ich funkcjonowanie społeczne i zawodowe może ulegać znaczącemu pogorszeniu. Typ Beta obejmuje osoby spożywające duże ilości alkoholu, które nie rozwijają klasycznych objawów uzależnienia, lecz są narażone na poważne problemy zdrowotne, takie jak schorzenia wątroby czy układu sercowo-naczyniowego.

Do najpoważniejszych form uzależnienia zalicza się typ Gamma, który obejmuje osoby tracące kontrolę nad ilością spożywanego alkoholu i rozwijające zarówno fizyczną, jak i psychiczną zależność. Skutkiem tego jest stopniowa degradacja zdrowotna, społeczna i psychologiczna jednostki. Z kolei typ Delta charakteryzuje osoby, które nie tracą kontroli nad ilością spożywanego alkoholu, lecz nie są w stanie całkowicie powstrzymać się od picia. Ich uzależnienie objawia się koniecznością regularnego spożywania alkoholu w celu uniknięcia objawów abstynencyjnych.

Ostatnią wyróżnioną grupą jest typ Epsilon, określany mianem *pijaństwa okresowego*. Osoby należące do tej kategorii wykazują epizodyczne spożycie

bardzo dużych ilości alkoholu, po których następują długie okresy abstynencji. Ten wzorec picia może prowadzić do nagłych i skrajnych konsekwencji zdrowotnych oraz społecznych (Jellinek, 1960).

Zaburzenie związane z używaniem alkoholu jest jedną z najczęściej występujących i najbardziej destrukcyjnych dysfunkcji zdrowotnych, określaną jako stan przewlekły, co oznacza, że jego skutki mogą utrzymywać się przez całe życie. Nadmierne spożycie alkoholu wpływa negatywnie na wszystkie aspekty funkcjonowania jednostki, obejmując konsekwencje psychologiczne, społeczne, moralne oraz duchowe. Stopniowo prowadzi do ograniczenia zdolności do podejmowania świadomych decyzji, osłabienia poczucia odpowiedzialności oraz zaburzenia relacji interpersonalnych, co w istotny sposób zakłóca funkcjonowanie w rodzinie i społeczeństwie (Woronowicz, 2009).

W literaturze przedmiotu wyróżnia się różne klasyfikacje objawów nadmiernego spożywania alkoholu. Do najczęściej cytowanych należą symptomy uzależnienia według Jerzego Mellibrudy i Marka Dziewieckiego (Mellibruda, 2003). Alkohol prowadzi do stopniowej utraty kontroli nad codziennym funkcjonowaniem, ograniczając zdolność jednostki do prawidłowego uczestnictwa w życiu rodzinnym i społecznym. Nadmierna konsumpcja wiąże się z silnym przymusem spożycia alkoholu, co wpływa na mechanizmy podejmowania decyzji, redukując zdolność do racjonalnej oceny sytuacji.

W miarę nasilania się uzależnienia alkohol zaczyna dominować nad innymi potrzebami i wartościami, stopniowo wypierając dotychczasowe priorytety życiowe. Osoby intensywnie spożywające alkohol często wykazują trudności w prawidłowej ocenie skutków swoich działań, co prowadzi do zaburzeń poznawczych, zniekształcenia myślenia i stopniowej izolacji emocjonalnej. Długotrwałe uzależnienie skutkuje postępującą degradacją życia społecznego, utratą relacji interpersonalnych oraz pogorszeniem zdrowia psychicznego i fizycznego, co wymaga kompleksowego podejścia terapeutycznego.

3. PSYCHOLOGICZNE, SPOŁECZNE I ZDROWOTNE SKUTKI NADMIERNEGO SPOŻYWANIA ALKOHOLU

Współczesna rzeczywistość cechuje się dynamicznymi zmianami we wszystkich aspektach funkcjonowania człowieka. Ciągły brak czasu, napięcie wynikające z konieczności godzenia wielu ról społecznych oraz lęk przed niepowodzeniem skłaniają jednostki do poszukiwania skutecznych sposobów redukcji doświadczanego stresu. Jednym z powszechnie stosowanych środków łagodzących napięcie emocjonalne jest alkohol, który przez wielu postrzegany jest jako narzędzie umożliwiające chwilową ulgę i oderwanie się od rzeczywistości.

Jerzy Mellibruda zwraca uwagę na mechanizm uzależnienia jako efekt błędnego poszukiwania wolności i autonomii osobistej. Zjawisko to prowadzi do wzrostu lęku, cierpienia i poczucia osamotnienia. Autor podkreśla, że jednostki, sięgając po substancje psychoaktywne w celu uzyskania kontroli nad swoimi emocjami, w rzeczywistości wpadają w mechanizm uzależnienia, który stopniowo odbiera im nie tylko kontrolę nad własnym życiem, lecz także złudzenie wolności. W rezultacie uzależnienie staje się współczesną formą zniewolenia, które ogranicza jednostkę w jej zdolności do samostanowienia i funkcjonowania w społeczeństwie (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006).

Wielu badaczy podejmowało próby wyjaśnienia przyczyn spożywania alkoholu oraz mechanizmów prowadzących do uzależnienia. Mimo licznych badań nie udało się jednoznacznie określić, dlaczego niektóre osoby uzależniają się od alkoholu, podczas gdy inne, mimo podobnych wzorców konsumpcji, nie rozwijają zależności. Analizy te koncentrowały się na identyfikacji motywacji do picia, czynników sprzyjających uzależnieniu oraz społecznych i biologicznych uwarunkowań tego zjawiska.

Władysław Dybowski (1883–1930) zwracał uwagę na rolę skłonności dziedzicznych oraz społecznych przekonań sprzyjających konsumpcji alkoholu, w tym powszechne mity dotyczące nieszkodliwości napojów niskoprocentowych. Jego zdaniem alkohol jest łatwo dostępnym środkiem przynoszącym szybkie poczucie przyjemności i pozwalającym na chwilowe oderwanie się od codziennych problemów. Z kolei Antoni Kępiński (1918–1972) podkreślał, że spożywanie alkoholu prowadzi do obniżenia napięcia emocjonalnego, zmniejszenia zmęczenia, ułatwienia interakcji społecznych oraz uzyskania

chwilowego poczucia mocy. Alkohol działa również jako środek pozwalający doświadczyć stanu przyjemnego oszołomienia i oderwania od rzeczywistości, co może sprzyjać powtarzaniu tego zachowania (Woronowicz, 2009).

Elvin M. Jellinek zaproponował model wyjaśniający uzależnienie, identyfikując trzy kluczowe grupy czynników wpływających na rozwój nałogu: biologiczne, psychologiczne oraz społeczne. Jego koncepcja podkreśla wieloaspektowość mechanizmów uzależnienia, wskazując na interakcję między indywidualnymi predyspozycjami organizmu, cechami osobowościowymi oraz warunkami społecznymi sprzyjającymi konsumpcji alkoholu.

Motywy spożywania alkoholu są zróżnicowane i wynikają zarówno z indywidualnych potrzeb jednostki, jak i uwarunkowań społeczno-kulturowych. Jan Szczepański (za: Wald, 1986) wyróżnia kilka podstawowych przyczyn sięgania po alkohol, wśród których znajdują się: ucieczka od rzeczywistości, spożywanie alkoholu w celach ceremonialnych, picie dla zabawy, w celu zwiększenia pewności siebie oraz spożywanie nałogowe. Każdy z tych powodów wiąże się z określonymi mechanizmami psychologicznymi i społecznymi, które determinują wzorce konsumpcji alkoholu.

Z kolei Bohdan Woronowicz (1998) klasyfikuje motywy spożywania alkoholu w trzech głównych kategoriach. Motywy ucieczkowe odnoszą się do picia jako sposobu redukcji napięcia, poprawy nastroju, oderwania się od problemów oraz osiągnięcia stanu odprężenia. Motywy społeczne wynikają z chęci uczestniczenia w wydarzeniach towarzyskich, spożywania alkoholu podczas uroczystości oraz wyrażania uprzejmości wobec innych. Motywy hedonistyczne, określane jako *w poszukiwaniu przyjemności*, odnoszą się do spożywania alkoholu ze względu na jego walory smakowe lub przekonanie o jego korzystnym wpływie na zdrowie.

W Polsce populacja osób spożywających alkohol w sposób ryzykowny i szkodliwy szacowana jest na ok. 2,5–4 mln. Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) alkohol stanowi trzeci najważniejszy czynnik ryzyka zdrowotnego, przyczyniając się do rozwoju ponad 60 różnych chorób i urazów. W skali kraju każdego roku z przyczyn bezpośrednio związanych ze spożywaniem alkoholu umiera kilkanaście tysięcy osób, z czego ok. połowa zgonów ma bezpośredni związek z konsumpcją alkoholu (Sierosławski, 2007).

Sz szczególnie niebezpieczne konsekwencje zdrowotne dotyczą spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży, co może prowadzić do alkoholowego zespołu

płodowego (*Fetal Alcohol Syndrome* – FAS). Jest to zaburzenie o charakterze nieodwracalnym, którego objawy obejmują niską masę urodzeniową, opóźniony wzrost, osłabioną odporność oraz uszkodzenia układu nerwowego. Najpoważniejsze skutki FAS to upośledzenie intelektualne oraz zaburzenia zachowania, które mogą znacząco utrudniać funkcjonowanie dziecka w życiu codziennym (Dyr, 2006).

Nadmierne spożywanie alkoholu jest zaburzeniem o charakterze biopsychospołecznym, prowadzącym do istotnych zmian fizjologicznych, psychologicznych i poznawczych. Może przyczyniać się do rozwoju poważnych chorób oraz powodować dezorganizację życia społecznego zarówno osób spożywających alkohol, jak i ich rodzin. Istnieje także korelacja między intensywnym spożywaniem alkoholu a bezrobociem, niższym statusem ekonomicznym oraz zwiększonym ryzykiem wypadków (Koprowicz, 2012).

U osób regularnie spożywających alkohol mogą występować znaczące organiczne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, co sprawia, że utrzymanie długotrwałej abstynencji staje się wyzwaniem. Niektórzy mogą mieć trudności ze zmianą utrwalonych wzorców radzenia sobie w trudnych sytuacjach bez sięgania po alkohol (Kuska, 2014). Dodatkowo osoby intensywnie spożywające alkohol są bardziej narażone na ryzyko podjęcia próby samobójczej (Klimkiewicz, Serafin, Wojnar, 2011).

Nadmierne spożywanie alkoholu przez jednego z członków rodziny negatywnie wpływa na pozostałych jej członków – zarówno dorosłych, jak i dzieci – powodując różnorodne problemy psychologiczne, zdrowotne, społeczne i materialne. Jednym z najpoważniejszych skutków może być współzależność emocjonalna, która przejawia się w utrwalonych wzorcach zachowań utrudniających realną ocenę sytuacji oraz podejmowanie skutecznych działań w celu rozwiązania problemu. U osób dotkniętych współzależnością często obserwuje się choroby psychosomatyczne oraz zaburzenia emocjonalne, takie jak depresja i lęk (Ciosek, 2011).

Przemoc w rodzinie jest zjawiskiem ściśle związanym z nadmiernym spożywaniem 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. Chociaż przemoc może występować w różnych rodzinach, badania wskazują, że w rodzinach, w których występuje problem nadużywania alkoholu, zjawisko

to pojawia się częściej. W takich środowiskach przemoc jest zazwyczaj skrzętnie ukrywana, a powszechne jest przekonanie, że spożycie alkoholu zwalnia od odpowiedzialności za swoje zachowanie (Woronowicz, 2009).

Życie w rodzinie, w której występuje problem nadmiernego spożycia alkoholu, zaburza prawidłowy rozwój dziecka, wpływając negatywnie na jego sfery emocjonalną, poznawczą i społeczną. Dzieci z takich rodzin często doświadczają sytuacji zagrażających ich bezpieczeństwu oraz zdrowiu. Przewlekły stres oddziałuje destrukcyjnie na ich rozwój fizyczny. Niektóre z tych dzieci przejmują z domu rodzinnego utrwalone schematy zachowań i reakcji emocjonalnych, co określa się mianem Syndromu DDA (Dorośle Dzieci Alkoholików) (Ciosek, 2011).

Spożywanie alkoholu przez studentów jest związane z faktem, że część z nich rozpoczęła konsumpcję już w wieku młodzieńczym, preferując głównie piwo i wódkę. Znaczący odsetek studentów pije alkohol w sposób mogący powodować szkody zdrowotne (Chodkiewicz, 2006). Częściej upijają się do nieprzytomności studentki niż studenci, natomiast mężczyźni spożywają alkohol częściej, a kobiety bardziej intensywnie (Varela-Mato, Cancela, Ayan, 2012). Badania pokazują zależność między sposobem spożywania alkoholu a wybranymi kategoriami chorób. Ryzyko zachorowania na nowotwory wzrasta wraz ze wzrostem średniej ilości spożywanego alkoholu, natomiast ryzyko choroby niedokrwiennej serca zwiększa się w wyniku intensywnych sesji picia (Bąbała, Działo, Działo, 2011).

Spożywanie napojów alkoholowych przez młodych ludzi stanowi istotny czynnik ryzyka podejmowania zachowań problemowych. Wzrost konsumpcji alkoholu koreluje z częstszym używaniem innych substancji psychoaktywnych, prowadzeniem pojazdów pod wpływem alkoholu, zwiększoną urazowością, ryzykownymi kontaktami seksualnymi oraz łamaniem norm społecznych i prawnych. Okres studiów często wiąże się ze zmianą miejsca zamieszkania oraz ograniczeniem kontroli ze strony rodziny. Poszukiwanie nowych znajomości i adaptacja do nowego środowiska akademickiego mogą być źródłem stresu, a alkohol bywa wykorzystywany jako strategia jego redukcji (Binkowska-Bury, Więch, Sałacińska, 2014).

Spożywanie alkoholu we wczesnym okresie życia może przyczyniać się do wykształcenia trwałych wzorców konsumpcji w dorosłości. Część studentów jest świadoma potencjalnych konsekwencji nadmiernego picia.

Wskazuje się również na wpływ przekonań religijnych na poziom spożycia alkoholu – osoby o silnym zaangażowaniu religijnym częściej deklarują ograniczenie lub całkowitą abstynencję. Motywacja do spożywania alkoholu często wynika z potrzeby relaksu, odprężenia oraz integracji społecznej (Dubuc, Aubertin-Leheudre, Karelis, 2017).

Według Jerzego Mellibrudy i Zofii Sobolewskiej-Mellibrudy można wyróżnić następujące czynniki aktywizujące mechanizmy kompulsywnego spożywania alkoholu: – uszkodzenia organizmu;

- choroby psychiczne i somatyczne;
- deficyty w zakresie umiejętności życiowych;
- destrukcyjną orientację życiową;
- problemy osobiste;
- kryzys życiowy;
- stresujące sytuacje;
- zaburzenia w relacjach społecznych;
- negatywne konsekwencje społeczne związane z nadmiernym spożywaniem alkoholu. Czynniki te przyczyniają się do utrwalenia i pogłębiania nieadaptacyjnych wzorców picia (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006).

Mechanizm regulacji emocji odnosi się do przekształcania stanów emocjonalnych wywołujących napięcie w silną potrzebę spożycia alkoholu. Skłonność do szybkiego łagodzenia negatywnych emocji, redukcji stresu oraz niski poziom odporności na cierpienie sprawiają, że alkohol zaczyna odgrywać rolę głównego źródła pozytywnych doznań (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006).

Mechanizm iluzji i zaprzeczania obejmuje selektywną percepcję rzeczywistości, irracjonalne i fałszywe przekonania, nałogowe schematy myślenia oraz błędne wyobrażenia dotyczące przeszłości, teraźniejszości i przyszłości. W konsekwencji dochodzi do zniekształceń poznawczych, które wzmacniają przekonanie o atrakcyjności alkoholu oraz konieczności jego spożycia. Mechanizm ten prowadzi do utrwalenia destrukcyjnych wzorców zachowań i utrudnia proces zmiany (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006).

Mechanizm rozpraszania i rozdawiania *ja* prowadzi do osłabienia zdolności do kierowania własnym postępowaniem oraz podejmowania świadomych decyzji u osób nadmiernie spożywających alkohol. Zaburza również poczucie

tożsamości i indywidualności, utrudniając realistyczną ocenę własnych działań oraz generując złudne poczucie kontroli i mocy.

Te trzy mechanizmy stanowią trwałe struktury psychologiczne, które oddziałują na kluczowe obszary funkcjonowania jednostki, wzmacniając swoje negatywne skutki (Frąckowiak, Motyka, 2015). Są one głęboko zakorzenione w psychice, wpływając na procesy emocjonalne, poznawcze i behawioralne w sposób, który często prowadzi do destrukcyjnych konsekwencji. W literaturze naukowej podkreśla się ich istotną rolę w kształtowaniu wzorców spożywania alkoholu oraz ich wpływ na funkcjonowanie społeczne i emocjonalne osób dotkniętych tym problemem.

Nadmierne spożywanie alkoholu niesie za sobą wiele negatywnych konsekwencji zarówno dla jednostki, jak i jej otoczenia. Obejmują one szeroki zakres zaburzeń zdrowotnych, w tym uszkodzenia narządów wewnętrznych, takich jak wątroba, serce czy układ nerwowy oraz zwiększone ryzyko występowania chorób przewlekłych. Na poziomie psychicznym częste spożywanie alkoholu może prowadzić do rozwoju zaburzeń nastroju, stanów lękowych, a także objawów psychotycznych, które znacząco pogarszają jakość życia i funkcjonowanie społeczne jednostki.

Przywrócenie prawidłowego funkcjonowania oraz umożliwienie pełnienia adekwatnych funkcji społecznych osobom doświadczającym zaburzeń związanych z używaniem alkoholu stanowi istotny element ich reintegracji społecznej. Wsparcie ze strony otoczenia, w tym rodziny, przyjaciół oraz specjalistów, odgrywa kluczową rolę w procesie poprawy jakości życia i adaptacji społecznej. Edukacja zdrowotna, skierowana zarówno do osób zmagających się z konsekwencjami nadmiernej konsumpcji alkoholu, jak i do ich najbliższego środowiska, może przyczynić się do zwiększenia świadomości w zakresie skutków zdrowotnych i społecznych, redukcji stygmatyzacji oraz promowania prozdrowotnych wzorców zachowań (Frąckowiak, Motyka, 2015).

ROZDZIAŁ 3

METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

1. OKREŚLENIE CELÓW BADANIA ORAZ SFORMUŁOWANIE PYTAŃ I HIPOTEZ

Celem badania było zidentyfikowanie czynników ryzyka związanych z nadmiernym spożywaniem alkoholu wśród studentów. Przeprowadzono szczegółową analizę wielowymiarowych determinant, które mogą przyczyniać się do rozwoju problematycznych wzorców konsumpcji alkoholu w tej grupie wiekowej. Skupiono się na wielu zmiennych, które w literaturze naukowej zostały zidentyfikowane jako potencjalne korelaty niekontrolowanego używania substancji psychoaktywnych w populacji studenckiej (Styles, 1993).

Jednym z analizowanych czynników było doświadczenie alkoholizmu w rodzinie, które, zgodnie z licznymi badaniami, może zwiększać prawdopodobieństwo nadużywania alkoholu przez potomstwo. Zjawisko to wynika z interakcji czynników genetycznych, środowiskowych oraz behawioralnych. Osoby wychowywane w rodzinach, w których występował problem alkoholowy, często doświadczają wysokiego poziomu stresu, niestabilności emocjonalnej oraz nieadaptacyjnych wzorców radzenia sobie, co może prowadzić do zwiększonej podatności na sięganie po alkohol w dorosłości.

Drugą analizowaną zmienną był poziom postrzeganego stresu, który stanowi jeden z kluczowych czynników sprzyjających nadużywaniu alkoholu jako strategii radzenia sobie. Wyniki badań wskazują, że osoby odczuwające wysoki poziom stresu akademickiego, presję rówieśniczą oraz trudności osobiste są bardziej skłonne do sięgania po alkohol w celu redukcji napięcia emocjonalnego oraz łagodzenia negatywnych stanów psychicznych. Analiza koncentrowała się na identyfikacji wpływu różnych poziomów postrzeganego stresu na ryzyko nadużywania alkoholu w populacji studentów, co pozwala na lepsze zrozumienie mechanizmów warunkujących rozwój nieadaptacyjnych strategii regulacji emocji.

Kolejną istotną zmienną były strategie radzenia sobie ze stresem, które odgrywają kluczową rolę w determinowaniu sposobu reagowania studentów na sytuacje stresowe. Badanie koncentrowało się na identyfikacji strategii, które mogą zmniejszać lub zwiększać ryzyko nadmiernego spożywania alkoholu jako metody regulacji emocji. Analizowano różne sposoby radzenia sobie ze stresem, takie jak strategia unikania, poszukiwanie wsparcia społecznego oraz angażowanie się w aktywności zastępcze, w celu określenia ich związku z poziomem konsumpcji alkoholu w badanej grupie. Wyniki miały na celu wskazanie, które mechanizmy adaptacyjne mogą ograniczać ryzyko nadużywania alkoholu, a które sprzyjają jego nadmiernemu spożywaniu jako strategii radzenia sobie z napięciem i trudnościami emocjonalnymi.

Samoocena została również uwzględniona jako istotny czynnik ryzyka. Niska samoocena często koreluje z większą podatnością na szkodliwe wzorce spożywania alkoholu, ponieważ osoby o obniżonym poczuciu własnej wartości mogą traktować alkohol jako sposób na poprawę nastroju i chwilowe wzmocnienie pewności siebie. Przeprowadzone badanie analizowało wpływ różnych poziomów samooceny na skłonność studentów do nadmiernego spożywania alkoholu.

Ostatnią analizowaną zmienną była nadzieja na sukces, definiowana jako przekonanie jednostki o możliwościach osiągnięcia pozytywnych efektów w przyszłości. Wysoki poziom tej cechy może pełnić funkcję czynnika ochronnego, ograniczając ryzyko nadmiernego spożywania alkoholu poprzez promowanie zdrowych strategii radzenia sobie oraz pozytywnego myślenia. Osoby o wysokiej nadziei na sukces częściej podejmują działania ukierunkowane na konstruktywne rozwiązywanie problemów, co może zmniejszać skłonność do stosowania alkoholu jako mechanizmu regulacji emocji. Badanie miało na celu określenie, w jaki sposób poziom nadziei na sukces wpływa na prawdopodobieństwo rozwinięcia problemowych wzorców spożywania alkoholu w populacji studentów oraz jakie mechanizmy psychologiczne mogą pośredniczyć w tej relacji.

Na tej podstawie sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy doświadczenie alkoholizmu w dzieciństwie lub młodości członka rodziny ma wpływ na częstotliwość spożywania alkoholu w dorosłości?
2. Czy istnieje związek między częstotliwością spożywania alkoholu a 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?

Na podstawie powyższych pytań badawczych 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 o charakterze unikania, w tym zażywanie substancji psychoaktywnych, 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 oni alkohol.
4. Im niższa samoocena u studentów, tym częściej spożywają oni alkohol.
5. Im większa nadzieja na sukces u studentów, tym rzadziej spożywają oni alkohol.

Przeprowadzone badanie umożliwiło identyfikację kluczowych korelatów nadużywania alkoholu, co stanowi istotny krok w lepszym zrozumieniu mechanizmów regulujących to zjawisko. Uzyskane wyniki wskazują na istnienie określonych doświadczeń życiowych oraz czynników psychologicznych, które w istotny sposób wpływają na częstotliwość spożywania alkoholu. Analiza ujawniła, że zarówno uwarunkowania środowiskowe, poziom stresu, strategie radzenia sobie z trudnościami, jak i indywidualne cechy osobowościowe mogą odgrywać kluczową rolę w kształtowaniu wzorców konsumpcji alkoholu.

2. ZMIENNE UWZGLĘDNIONE W BADANIACH

W badaniu uwzględniono zmienne zależne, niezależne oraz pośredniczące, co pozwoliło na kompleksową analizę czynników związanych ze spożywaniem alkoholu wśród studentów.

Zmienne zależne obejmowały strategie radzenia sobie ze stresem, które mierzono za pomocą kwestionariusza Mini-COPE. W analizie uwzględniono pojedyncze strategie, takie jak aktywne radzenie sobie, planowanie, pozytywne przewartościowanie, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego, zajmowanie się czymś innym, zaprzeczanie, wyładowanie emocji, zażywanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań oraz obwinianie siebie. Ponadto wyodrębniono czynniki strategii radzenia sobie, obejmujące aktywne radzenie sobie, bezradność, poszukiwanie wsparcia, zachowania unikowe, zwrot ku religii, akceptację oraz poczucie humoru.

Zmienne niezależne obejmowały spostrzegany poziom stresu, który mierzono za pomocą kwestionariusza PSS-10, ogólny poziom samooceny, oceniany na podstawie kwestionariusza SES, oraz nadzieję na sukces, mierzoną przy użyciu kwestionariusza KNS, który uwzględniał przekonanie o umiejętnościach znajdowania rozwiązań, przekonanie o posiadaniu silnej woli oraz wynik ogólny nadziei na sukces.

W analizie uwzględniono również zmienne pośredniczące, takie jak wiek i płeć. Istotnym czynnikiem była także historia nadużywania alkoholu w rodzinie pochodzenia, określona na podstawie autorskiej ankiety. Zmienna ta miała charakter dwuwartościowy (tak/nie), gdzie do grupy *tak* przypisano osoby, które wskazały przynajmniej jednego członka rodziny pochodzenia nadużywającego alkoholu w dzieciństwie, natomiast do grupy *nie* zaliczono jednostki, które takiej osoby nie wskazały. Kolejną analizowaną zmienną była częstotliwość spożywania alkoholu, mierzona na podstawie autorskiej ankiety. Wskaźnik ten przyjmował sześć poziomów: wcale, kilka razy w roku, raz w miesiącu, kilka razy w miesiącu, kilka razy w tygodniu oraz codziennie.

3. NARZĘDZIA BADAWCZE

3.1. ANKIETA WŁASNEGO AUTORSTWA

Aby zgromadzić szczegółowe informacje o respondentach, opracowano specjalnie przygotowaną ankietę podzieloną na dwie części. Pierwsza część koncentrowała się na danych demograficznych i zawierała pięć pytań dotyczących płci, wieku, poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania oraz stanu cywilnego. Jej celem było uzyskanie podstawowych informacji o uczestnikach badania, co pozwalało na dokładniejszą analizę struktury badanej grupy oraz identyfikację ewentualnych zależności między zmiennymi demograficznymi a wzorcami spożywania alkoholu.

Druga część ankiety dotyczyła doświadczeń związanych z konsumpcją alkoholu i obejmowała cztery pytania dotyczące częstotliwości spożywania alkoholu, motywów picia oraz doświadczeń związanych z nadużywaniem alkoholu w rodzinie pochodzenia. Celem tej części było zgromadzenie szczegółowych danych na temat nawyków i motywacji związanych ze spożywaniem alkoholu, co pozwalało na identyfikację potencjalnych czynników ryzyka. Dodatkowo analiza kontekstu rodzinnego umożliwiała ocenę wpływu środowiska na zachowania alkoholowe respondentów.

Zebrane dane stanowiły istotny materiał badawczy, pozwalający na identyfikację wzorców spożywania alkoholu oraz czynników wpływających na ich kształtowanie. Wyniki ankiety mogły posłużyć jako podstawa do dalszych badań naukowych oraz działań profilaktycznych i edukacyjnych, ukierunkowanych na ograniczenie ryzykownych zachowań związanych z konsumpcją alkoholu.

3.2. SKALA ODCZUWANEGO STRESU (PSS-10) AUTORSTWA S. COHENA, T. KAMARCKA, R. MERMELSTEIN

Do pomiaru poziomu stresu wykorzystano Skalę Odczuwanego Stresu (PSS-10), opracowaną przez Sheldona Cohena, Toma Kamarcka i Robin Mermelstein, w polskiej adaptacji Zygryda Juczyńskiego oraz Niny Ogińskiej-Bulik (2012). Narzędzie to składa się z 10 pytań, na które respondenci udzielali odpowiedzi, posługując się pięciostopniową skalą, mierzącą częstotliwość

doświadczenia różnych myśli i emocji związanych ze stresem. Skala odpowiedzi obejmowała następujące kategorie: 0 – nigdy, 1 – prawie nigdy, 2 – czasem, 3 – dość często, 4 – bardzo często.

Uzyskane wyniki były obliczane poprzez sumowanie punktów, przy czym niektóre pozycje podlegały odwróceniu zgodnie z zasadami skali. Wyższy wynik oznaczał wyższy poziom odczuwanego stresu. Narzędzie charakteryzuje się wysoką rzetelnością, co potwierdza współczynnik alfa Cronbacha na poziomie 0,86, uzyskany w badaniach przeprowadzonych przez autorów polskiej adaptacji (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2012).

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

W badaniu zastosowano Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (Mini-COPE), opracowany przez Charlesa S. Carvera, w polskiej adaptacji Zygryda Juczyńskiego i Niny Ogińskiej-Bulik (2012), w celu oceny częstotliwości stosowania różnych strategii radzenia sobie ze stresem przez uczestników. Narzędzie składa się z 28 stwierdzeń, do których respondenci odnosili się na czterostopniowej skali, obejmującej następujące opcje odpowiedzi: 0 – prawie nigdy tak nie postępuję, 1 – rzadko tak postępuję, 2 – często tak postępuję, 3 – prawie zawsze tak postępuję.

Stwierdzenia zostały podzielone na 14 strategii radzenia sobie ze stresem, obejmujących: aktywne radzenie sobie, planowanie, pozytywne przewartościowanie, akceptację, 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. Ponadto strategie te zostały pogrupowane w sześć głównych czynników, którymi są: aktywne radzenie sobie, bezradność, poszukiwanie wsparcia, zachowania unikowe, zwrot ku religii oraz akceptacja i poczucie humoru.

Wyniki każdej strategii obliczano poprzez sumowanie punktów z dwóch odpowiadających jej stwierdzeń i podzielenie przez 2. Wyniki dla poszczególnych czynników uzyskiwano poprzez sumowanie punktów przypisanych do danej kategorii i podzielenie przez liczbę składających się na nią strategii. Ostateczny wynik mieścił się w przedziale od 0 do 3, gdzie wyższa wartość

wskazywała na częstsze stosowanie danej strategii lub czynnika. Narzędzie cechuje się wysoką rzetelnością, co potwierdza współczynnik alfa Cronbacha na poziomie 0,86, uzyskany w badaniach przeprowadzonych przez autorów polskiej adaptacji (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2012).

3.4. SKALA SAMOOCENY (SES) AUTORSTWA M. ROSENBERGA

W celu pomiaru poziomu samooceny badanych osób zastosowano Skalę Samooceny (SES) autorstwa Morrisa Rosenberga, w polskiej adaptacji Ireny Dzwonkowskiej, Kingi Lachowicz-Tabaczek i Marioli Łaguny (2008). Narzędzie to składa się z 10 stwierdzeń, do których uczestnicy odnosili się na czterostopniowej skali, obejmującej następujące opcje odpowiedzi: 1 – zdecydowanie się zgadzam, 2 – zgadzam się, 3 – nie zgadzam się, 4 – zdecydowanie się nie zgadzam. Każde stwierdzenie odnosiło się do przekonań respondentów na temat własnej wartości oraz ogólnej samooceny.

Na podstawie udzielonych odpowiedzi obliczany był wynik ogólny, który stanowił wskaźnik globalnej samooceny jednostki. Wyższy wynik oznaczał wyższy poziom samooceny, wskazując na bardziej pozytywne postrzeganie siebie. Wskaźnik rzetelności narzędzia, oceniony za pomocą współczynnika alfa Cronbacha, wahał się w granicach 0,81–0,83 w badaniach przeprowadzonych przez autorów adaptacji (Dzwonkowska i in., 2008). Uzyskane wyniki potwierdzają wysoką wiarygodność i trafność skali, co czyni ją skutecznym narzędziem do pomiaru poziomu samooceny w badaniach psychologicznych.

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

W celu pomiaru poziomu nadziei na sukces wśród uczestników badania zastosowano Kwestionariusz Nadziei na Sukces (KNS) opracowany przez Charlesa R. Snydera, w polskiej adaptacji Marioli Łaguny, Jerzego Trzebińskiego i Tomasza Zięby (2005). Narzędzie składa się z 12 twierdzeń, z których cztery pełnią funkcję buforową. Respondenci oceniali każde twierdzenie na ośmiostopniowej skali, obejmującej następujące opcje odpowiedzi: 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.

Kwestionariusz umożliwia obliczenie dwóch kluczowych wymiarów nadziei na sukces: przekonania o posiadaniu silnej woli oraz przekonania o umiejętności znajdowania rozwiązań. Wynik ogólny stanowi globalny wskaźnik nadziei na sukces, przy czym wyższy wynik wskazuje na wyższy poziom nadziei na sukces.

Rzetelność narzędzia, oceniona za pomocą współczynnika alfa Cronbacha, wyniosła 0,82 w badaniu przeprowadzonym przez autorów adaptacji (Łąguna i in., 2005), co świadczy o wysokiej wiarygodności kwestionariusza. Jego zastosowanie pozwala na dokładną ocenę poziomu nadziei na sukces, co czyni go przydatnym narzędziem w badaniach psychologicznych dotyczących motywacji, wytrwałości oraz zdolności do radzenia sobie z wyzwaniami.

4. CHARAKTERYSTYKA RESPONDENTÓW

W badaniu uczestniczyło 203 studentów Akademii Nauk Stosowanych im. A. De Gasperi w Józefowie. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy została przedstawiona w tabeli 1, natomiast doświadczenia związane ze spożywaniem alkoholu zaprezentowano w tabeli 2. Analiza tych danych umożliwia lepsze zrozumienie profilu badanej populacji, jej nawyków związanych z konsumpcją alkoholu, a także potencjalnych czynników ryzyka i ochronnych. Wyniki te mogą stanowić punkt wyjścia do dalszych analiz, ukierunkowanych na ocenę wpływu wzorców spożywania alkoholu na funkcjonowanie akademickie, zdrowie psychofizyczne oraz strategie radzenia sobie ze stresem wśród studentów.

Respondenci byli w wieku od 18 do 57 lat, ze średnią wieku wynoszącą 33 lata ($M = 33,496$; $SD = 8,56$). Jak przedstawiono w tabeli 1, największa grupa badanych (36%) mieściła się w przedziale wiekowym 36–45 lat. Większość uczestników miała wykształcenie wyższe magisterskie (42,9%) lub średnie (42,4%).

Przeważającą część respondentów mieszkła 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 tys. do 100 tys. mieszkańców. Ponadto większość respondentów była w związku małżeńskim (48,8%) (tabela 1).

ROZDZIAŁ 3

Tabela 1. *Profil socjodemograficzny badanej grupy*

Profil badanej 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 tys. – 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

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.

ROZDZIAŁ 3

Tabela 2. Profil badanej próby w kontekście doświadczeń związanych ze spożywaniem alkoholu

Charakterystyka próby w zakresie doświadczeń życiowych związanych ze spożywaniem 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 rozerwać	27	13,3
	na poprawę nastroju, samopoczucia	32	15,8
	jako sposób na radzenie sobie z negatywnymi emocjami, takimi 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

Jak wynika z tabeli 2, 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.

5. PRZEBIEG BADANIA: PROCEDURY I ETAPY

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od maja do czerwca 2024 r. 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. Dbłość 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 ANALIZY WYNIKÓW BADAŃ EMPIRYCZNYCH

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

W tabeli 3 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.

Większość badanych zmiennych nie wykazała rozkładu zbliżonego do normalnego, z wyjątkiem zmiennych dotyczących zachowań unikowych (czynniki 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-Whitneya, natomiast do analiz korelacyjnych zastosowano współczynnik korelacji rho Spearmana.

Wszystkie analizy przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS Statistics, przyjmując standardowy poziom istotności $\alpha = 0,05$.

ROZDZIAŁ 4

Takie podejście zapewniało adekwatność metod statystycznych do charakterystyki danych, umożliwiając wiarygodne i precyzyjne wnioskowanie na temat badanych zależności.

Tabela 3. Analiza statystyk opisowych i rozkładu 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	<0,001
Planowanie	2,10	0,74	-0,63	-0,01	0,00	3,00	0,90	<0,001
Pozytywne przewartościowanie	1,94	0,79	-0,31	-0,57	0,00	3,00	0,93	<0,001
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	1,99	0,87	-0,63	-0,39	0,00	3,00	0,90	<0,001
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	1,89	0,84	-0,33	-0,69	0,00	3,00	0,93	<0,001
Zajmowanie się czymś innym	1,69	0,81	-0,18	-0,57	0,00	3,00	0,95	<0,001
Zaprzeczanie	0,73	0,69	0,62	-0,33	0,00	3,00	0,87	<0,001
Wyładowanie	1,39	0,71	0,05	-0,36	0,00	3,00	0,95	<0,001
Zażywanie substancji psychoaktywnych	0,36	0,60	1,84	3,24	0,00	3,00	0,65	<0,001
Zaprzestanie działań	0,65	0,66	0,86	0,28	0,00	3,00	0,85	<0,001
Obwinianie siebie	1,32	0,87	0,31	-0,74	0,00	3,00	0,93	<0,001
Aktywne radzenie sobie (czynnik 1)	2,08	0,60	-0,53	0,20	0,17	3,00	0,96	<0,001
Bezradność (czynnik 2)	1,16	0,79	0,70	0,23	0,00	3,75	0,95	<0,001
Poszukiwanie wsparcia (czynnik 3)	1,94	0,80	-0,43	-0,60	0,00	3,00	0,94	<0,001
Zachowania unikowe (czynnik 4)	1,27	0,50	0,02	-0,15	0,00	2,67	0,99	0,053
Zwrot ku religii (czynnik 5)	1,20	1,04	0,41	-1,06	0,00	3,00	0,88	<0,001
Akceptacja (czynnik 6)	1,95	0,72	-0,31	-0,40	0,00	3,00	0,93	<0,001
Poczucie humoru (czynnik 7)	0,97	0,67	0,31	-0,49	0,00	3,00	0,93	<0,001
Spostrzegany stres	18,39	6,47	0,12	0,05	1,00	37,00	0,99	0,316
Ogólny poziom samooceny	30,27	5,93	-0,21	-0,63	16,00	40,00	0,97	0,001
Przekonanie o umiejętności znajdowania rozwiązań	24,51	5,77	-0,89	1,05	4,00	32,00	0,93	<0,001
Przekonanie o posiadaniu silnej woli	23,57	5,87	-0,76	0,34	4,00	32,00	0,95	<0,001
Nadzieja na sukces (wynik ogólny)	48,08	11,09	-0,87	0,89	8,00	64,00	0,95	<0,001

2. ANALIZA ZWIĄZKU MIĘDZY HISTORIĄ ALKOHOLOWIZMU W RODZINIE A WŁASNYM SPOŻYCIEM ALKOHOŁU 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-Whitneya. Zmienną zależną była częstość spożywania alkoholu, natomiast czynnikiem – doświadczenie nadużywania alkoholu w rodzinie pochodzenia. Wyniki tej analizy przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Analiza związku między doświadczeniem alkoholizmu w rodzinie pochodzenia a nadużywaniem alkoholu w dorosłości – test U Manna-Whitneya

U Manna-Whitneya	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 4, 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 ALKOHOŁU

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 5.

ROZDZIAŁ 4

Tabela 5. 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 5 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 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 przeprowadzono analizę korelacji rho Spearmana, obejmującą zmienne dotyczące postrzeganego stresu oraz częstości spożywania alkoholu. Wyniki tej analizy zostały przedstawione w tabeli 6.

Jak przedstawiono w tabeli 6, 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.

Tabela 6. *Spostrzegany poziom stresu a częstość sięgania po alkohol – współczynniki korelacji rho Spearmana*

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

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

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 aktywność fizyczną 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 przeprowadzono analizę korelacji rho Spearmana, obejmującą zmienne dotyczące ogólnego poziomu samooceny oraz częstości spożywania alkoholu. Wyniki tej analizy zostały przedstawione w tabeli 7.

Tabela 7. *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 7, 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 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 8.

Tabela 8. *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 8, 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. INTERPRETACJA WYNIKÓW BADAŃ I DISKUSJA

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 mające w dzieciństwie lub młodości doświadczenia związane z nadużywaniem alkoholu przez członka rodziny częściej spożywają alkohol w dorosłości, nie znalazła potwierdzenia w przeprowadzonym badaniu. Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic pomiędzy grupami, co sugeruje, że ekspozycja na nadużywanie alkoholu w środowisku rodzinnym nie stanowi czynnika warunkującego częstotliwość jego spożywania w późniejszym okresie życia. W związku z tym można wnioskować, że prawdopodobieństwo nadmiernej konsumpcji alkoholu w dorosłości pozostaje na podobnym poziomie zarówno u osób, które miały tego rodzaju doświadczenia rodzinne, jak i u tych, które nie były na nie narażone.

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 wyników można stwierdzić, że spożywanie alkoholu wśród uczestników badania charakteryzuje się stosunkowo niską częstotliwością. Średnie wartości odpowiedzi wskazują, że większość badanych

deklarowała spożycie alkoholu na poziomie mieszczącym się pomiędzy *kilka razy do roku* a *raz w miesiącu*, co sugeruje umiarkowaną konsumpcję. Niewielki odsetek respondentów, stanowiący ok. 6% próby, deklarował spożywanie alkoholu kilka razy w tygodniu. Jednakże, z uwagi na brak szczegółowych danych dotyczących ilości spożywanego alkoholu, nie jest możliwe jednoznaczne określenie, czy konsumpcja ta przekraczała poziom uznawany za umiarkowany, czy też mieściła się w granicach bezpiecznego spożycia.

Uzyskane wyniki można zestawić z rezultatami innych badań. Przykładem jest analiza przeprowadzona przez Andrzeja Kiejnę i współautorów (2015) dotycząca populacji dorosłych Polaków, obejmująca występowanie zaburzeń psychicznych. W badaniu tym stwierdzono, że 10,9% respondentów wykazywało wzorec spożywania alkoholu kwalifikowany jako szkodliwy, a 2,2% spełniało kryteria zaburzeń związanych z jego używaniem. Wyniki te są istotne, zwłaszcza w kontekście dużej próby badawczej, obejmującej ponad 10 000 osób, co oznacza, że ponad 1000 badanych doświadczało problemowego używania alkoholu.

Interesujące badanie przeprowadzili także Anton Kułak, Volodymyr Shpakov i Arkadiusz Kułak (2011). Dotyczyło ono 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 trzy razy w ciągu ostatnich 30 dni. Jest to większa częstotliwość niż ta ujawniona w przytoczonym badaniu. Różnice te mogą wynikać z różnic w lokalizacji – badanie Chodkiewicza przeprowadzono na terenie woj. łódzkiego, podczas gdy omówione badanie objęło teren woj. 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 przedstawionym 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 szkodliwego spożywania alkoholu w rodzinie pochodzenia a wzorcami konsumpcji 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 wykazały, że sześć z 16 badanych osób uczestniczyło w procesie terapeutycznym z powodu trudności związanych z używaniem alkoholu, co stanowi nieco ponad 1/3 próby. Wynik ten podkreśla potencjalny wpływ środowiska rodzinnego na wzorce spożywania alkoholu w dorosłości.

Anna Janik (2013) badała dorosłe 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 DDA nie różniły się istotnie od grupy kontrolnej pod względem wzorców picia, co jest zgodne z wynikami niniejszego badania.

Piotr Skoczylas i Grzegorz Żebrowski (2009) w badaniu dotyczącym zagrożenia alkoholizmem wśród dzieci i młodzieży z rodzin dotkniętych patologiami społecznymi ujawnili tendencje do używania alkoholu przez osoby w młodszym wieku. Autorzy stwierdzili, że ponad 90% gimnazjalistów i ponad 50% uczniów szkół podstawowych z takich rodzin miało kontakt z alkoholem w ciągu ostatnich 12 miesięcy. W ciągu ostatnich 30 dni alkohol był spożywany

przez 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 przytoczonym 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, sugerująca, że im częściej studenci stosują strategie radzenia sobie ze stresem, takie jak zażywanie substancji psychoaktywnych i zajmowanie się czynnościami zastępczymi, tym częściej sięgają po alkohol, została potwierdzona jedynie częściowo. Związek ten okazał się istotny jedynie w zakresie zażywania substancji psychoaktywnych, natomiast zajmowanie się innymi aktywnościami nie wykazało statystycznie istotnej korelacji z częstością spożywania alkoholu.

Hipoteza 2b, zakładająca, że częstsze stosowanie strategii opartych na aktywnym radzeniu sobie ze stresem wiąże się z rzadszym spożywaniem alkoholu, nie znalazła potwierdzenia. W przeprowadzonym badaniu nie ujawniono istotnych statystycznie korelacji między aktywnym radzeniem sobie a częstością spożywania alkoholu. Wyniki te sugerują, że strategie zadaniowego radzenia sobie ze stresem nie pełnią funkcji ochronnej przed nadmiernym spożyciem alkoholu w badanej grupie.

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 powody 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 bezradnością. Oba związki, choć bardzo słabe, okazały się statystycznie istotne. Oznacza to, że częstsze spożywanie alkoholu jest związane z częstszym odczuwaniem bezradności 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 okazję do rozwoju (Juczyński, 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 Bryła 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 przytoczonym 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. Przeczyły one dane wskazujące, że ok. 60% lekarzy używa narkotyków (Avery i in., 2000; za: Szczyrba-Maróń, Wons, 2008), co jest zaskakujące. 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, zakładająca istnienie zależności między poziomem samooceny a częstością spożywania alkoholu, nie została potwierdzona. Analiza statystyczna nie wykazała istotnych korelacji pomiędzy tymi zmiennymi. Uzyskane wyniki wskazują, że samoocena nie odgrywała roli ani czynnika ryzyka, ani czynnika ochronnego przed nadmiernym spożywaniem alkoholu. Oznacza to, że zarówno osoby o niskiej, jak i wysokiej samoocenie mogą wykazywać podobne wzorce spożycia alkoholu.

Wyniki te są zgodne z badaniem Wojciecha Łosiaka (2008), który analizował zależność między samooceną, oczekiwaniami związanymi z alkoholem a jego spożywaniem wśród uczniów szkół średnich i nie stwierdził istotnego związku między tymi zmiennymi. Natomiast badanie Natalii Maksymovej (2020), oparte na analizie przypadku jednej kobiety z problematycznym wzorcem używania alkoholu, sugerowało, że niska samoocena może stanowić czynnik ryzyka, a sama konsumpcja alkoholu może dodatkowo obniżać poczucie własnej wartości, prowadząc do mechanizmu sprzężenia zwrotnego.

Przegląd badań Agnieszki Basisty (2019), dotyczący psychologicznych uwarunkowań 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 4, zakładająca, że wyższy poziom postrzeganego stresu koreluje z częstszym spożywaniem alkoholu, nie została potwierdzona. Analiza statystyczna nie wykazała istotnych zależności między poziomem stresu a częstością

spożywania alkoholu, co oznacza, że intensywność doświadczanego stresu nie była korelatem wzorców konsumpcji alkoholu w badanej grupie studentów.

Podobne wyniki uzyskano w badaniu przeprowadzonym przez Agnieszkę Buczek (2015), dotyczącym zależności między poziomem stresu, poczuciem koherencji a spożywaniem alkoholu wśród studentów. Analiza nie wykazała istotnych statystycznie zależności między poziomem stresu a częstotliwością spożywania alkoholu, co jest zgodne z wynikami uzyskanymi w przytoczonym badaniu.

Odmienne rezultaty przedstawił natomiast Anders Rasmus i współautorzy (2015) w badaniu poświęconym stresowi i zachowaniom ryzykownym wśród ratowników medycznych. Wyniki wskazały, że wyższy poziom stresu był skorelowany z częstszym podejmowaniem zachowań ryzykownych, z których większość stanowiły działania związane ze spożywaniem alkoholu. Podobne zależności zaobserwowano w badaniu Anny Cichońskiej i współauterek (2022), analizującym strategię radzenia sobie ze stresem przez pielęgniarki w okresie pandemii COVID-19. Wyniki badania wskazały, że wzrost poziomu stresu wśród pielęgniarek przyczyniał się do wzrostu zmęczenia i poczucia bezsilności, co zwiększało prawdopodobieństwo sięgania po substancje psychoaktywne, w tym alkohol i papierosy.

Hipoteza 5, zakładająca istnienie zależności między wyższym poziomem nadziei na sukces a rzadszym spożywaniem alkoholu przez studentów, nie została potwierdzona. Analiza statystyczna nie wykazała istotnych korelacji pomiędzy tymi zmiennymi, co sugeruje, że poziom nadziei na sukces nie odgrywa znaczącej roli w kształtowaniu nawyków związanych z konsumpcją alkoholu. Zarówno przekonanie o umiejętności znajdowania rozwiązań, jak i poczucie silnej woli nie okazały się czynnikami różnicującymi częstość spożywania alkoholu w badanej grupie.

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 przedstawionego 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 ma 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 z co piątą kobietą. 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 sklasyfikować wzorce spożywania alkoholu wśród badanych – określić, czy mieści się ono w zakresie niskiego ryzyka, ma charakter ryzykowny, szkodliwy, czy spełnia kryteria wskazujące na problemowe używanie alkoholu. Dodatkowo warto rozszerzyć analizę na osoby spoza populacji studenckiej, obejmując młodzież, osoby pracujące, bezrobotne oraz emerytów, co mogłoby ujawnić istotne różnice między tymi grupami w zakresie badanych zmiennych. Włączenie do badań osób uczestniczących w terapii lub grupach wsparcia dla DDA mogłoby dostarczyć dodatkowych informacji na temat czynników wpływających na rozwój wzorców używania alkoholu oraz mechanizmów radzenia sobie z jego konsekwencjami.

Kontynuowanie badań nad problematycznym używaniem alkoholu jest kluczowe ze względu na niejednoznaczność wyników w literaturze. Uzyskane dane mogą być cennym źródłem informacji zarówno w zakresie wsparcia dla osób doświadczających trudności związanych ze spożywaniem alkoholu, jak i w edukacji na temat jego wpływu na funkcjonowanie jednostki. Wsparcie to powinno koncentrować się na kształtowaniu adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem, przy jednoczesnym ograniczaniu strategii opartych na

sięganiu po substancje psychoaktywne, które wykazują najwyższą korelację z intensywnością spożywania alkoholu wśród studentów.

Ponadto prowadzenie kampanii społecznych i edukacyjnych w różnych kontekstach, takich jak uczelnie wyższe czy placówki opieki zdrowotnej, może skutecznie podnosić świadomość na temat ryzyka związanego z nadmiernym spożywaniem alkoholu. Istotne jest również dostarczanie informacji o dostępnych formach wsparcia oraz miejscach, w których można uzyskać profesjonalną pomoc w przypadku problemów wynikających z nadmiernego spożycia alkoholu.

ZAKOŃCZENIE

Celem przeprowadzonego badania było zidentyfikowanie korelatów zaburzeń związanych z używaniem alkoholu wśród studentów niestacjonarnych, uwzględniając czynniki psychologiczne i społeczne. Analiza koncentrowała się na wpływie doświadczenia szkodliwego używania alkoholu w rodzinie pochodzenia, strategii radzenia sobie ze stresem, poziomu odczuwanego stresu, samooceny oraz nadziei na sukces na zachowania alkoholowe badanych studentów.

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 zaburzeń związanych z używaniem alkoholu. 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 związane z używaniem alkoholu wśród studentów niestacjonarnych. Hipotezy te zakładały, że:

- doświadczenie szkodliwego używania alkoholu 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 używaniu 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 związanych z używaniem alkoholu wśród studentów niestacjonarnych. Po pierwsze, okazało się, że doświadczenie szkodliwego używania 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 stosowane strategie radzenia sobie ze stresem oraz osobiste przekonania, mogą odgrywać większą rolę w kształtowaniu wzorców konsumpcji alkoholu w tej grupie.

Po drugie, badanie wykazało, że strategie radzenia sobie ze stresem, takie jak stosowanie substancji psychoaktywnych, bezradność oraz pozytywne przewartościowanie, były skorelowane z częstszym spożywaniem alkoholu. Wynik ten wskazuje na potrzebę interwencji ukierunkowanych na rozwijanie

zdrowszych i bardziej adaptacyjnych sposobów radzenia sobie ze stresem wśród studentów niestacjonarnych.

W kontekście aktualnych trendów rozwojowych obserwuje się nasilenie kilku istotnych aspektów związanych ze spożywaniem alkoholu w populacji akademickiej. Przede wszystkim wzrasta liczba psychospołecznych korelatów spożywania alkoholu, co przejawia się w rosnącym poziomie stresu akademickiego oraz pogłębiających się problemach adaptacyjnych studentów. Ponadto zauważalny jest wzrost częstotliwości spożywania alkoholu, zwłaszcza wśród studentów niestacjonarnych, którzy częściej niż ich rówieśnicy z trybu stacjonarnego stosują alkohol jako mechanizm radzenia sobie z trudnościami. Równocześnie nasilają się zachowania ryzykowne związane z konsumpcją alkoholu, takie jak prowadzenie pojazdów pod wpływem, ryzykowne kontakty seksualne oraz impulsywne decyzje o podłożu finansowym i społecznym. Kluczowym trendem jest także wzrost znaczenia psychospołecznych korelatów częstego spożywania alkoholu, szczególnie wśród studentów obciążonych wysokim poziomem stresu akademickiego i zawodowego (Bryl, Czarnecka-Iwańczuk, Romanowska, Stanisic, Michalak, Posadzy-Mańczyńska, 2020).

Na podstawie uzyskanych wyników sformułowano kilka praktycznych rekomendacji dotyczących wsparcia studentów niestacjonarnych, u których występują wzorce ryzykownego lub szkodliwego używania alkoholu. Przede wszystkim interwencje powinny koncentrować się na redukcji tendencji do sięgania po alkohol jako sposobu radzenia sobie z negatywnymi emocjami. 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 ukierunkowane na zwiększanie świadomości studentów niestacjonarnych na temat negatywnych konsekwencji szkodliwego używania alkoholu oraz dostępnych metod radzenia sobie ze stresem bez stosowania substancji psychoaktywnych. Wsparcie psychologiczne powinno być oferowane, aby umożliwić studentom rozwijanie zdrowszych mechanizmów radzenia sobie z trudnościami, co w konsekwencji może prowadzić do zmniejszenia częstotliwości oraz ryzyka negatywnych konsekwencji używania alkoholu.

Badanie podkreśla również znaczenie wieloaspektowego podejścia do problemu ryzykownego i szkodliwego używania 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 problemowemu używaniu alkoholu w tej grupie.

Przedstawione wyniki badań dostarczają wartościowych informacji, które mogą przyczynić się do lepszego zrozumienia problematyki szkodliwego używania alkoholu wśród studentów niestacjonarnych oraz stanowić podstawę dla skuteczniejszych działań prewencyjnych i interwencyjnych. Wyniki wskazują na istotną rolę edukacji, wsparcia psychologicznego oraz promocji adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem w ograniczaniu częstotliwości spożywania alkoholu oraz minimalizowaniu jego negatywnych konsekwencji w tej grupie.

Ze względu na specyfikę badanej populacji przyszłe analizy powinny objąć również inne grupy studentów, co pozwoli na porównanie wyników i określenie uniwersalnych mechanizmów ryzykownego spożycia alkoholu w środowisku akademickim. Poszerzenie zakresu badań może przyczynić się do opracowania bardziej kompleksowych strategii profilaktycznych oraz interwencyjnych, dostosowanych do różnorodnych kontekstów edukacyjnych i społecznych.

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, 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 Psychology.
- Association, A.P. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington. American Psychiatric Publishing.
- 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 opiekuńczością 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, Wokół jakości życia. Studia psychologiczne, 79–92. Wrocław: Jakopol.
- 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> (dostęp: 14.11.2024).
- 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., Stanišić, M.-G., Michalak, M., Posadzy-Malczyńska, A. (2020). Picie alkoholu jako sposób radzenia sobie ze stresem u studentów kierunków medycznych. *Psychiatria Polska*, 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> (dostęp: 14.11.2024).
- 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). Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu i ludzkich siłach. Poznań: Zysk i S-ka.
- Chmielik, J., Michałowicz, R., Michałowska-Mrożek, J., Mrożek, K. (1997). Mózgowe porażenie dziecięce – wskazówki dla rodziców. Warszawa: PZWŁ.
- 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 Zakażeń*, 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> (dostęp: 12.07.2024).
- Ciosek, M. (2011). Sekretne 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* (t. XVI).
- Czapiński, J. (2004). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czechowski, J., Wilmowska-Pietruszyńska, A. (2016). O potrzebie rehabilitacji kompleksowej, *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania* (t. XIX). Warszawa: PFRON.
- Czerwińska, K. (2010). Poczucie koherencji a poziom depresyjności u młodzieży z niepełnosprawnością wzrokową. W T. Żółkowska, I. Ramik-Mażewska, 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, *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. *Preventive Medicine*, 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. *Alkoholizm Narkomania* 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 i 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.
- Głaz, S. (1998). *Sens życia*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Galanakis, M., Palaiologou, 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*, 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* (t. 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.
- Gielda, M. (2015). Pojęcie niepełnosprawności. W M. Gielda, R. Raszevska-Skałeczka (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> (dostęp: 17.10.2024).
- 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, *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> (dostęp: 11.09.2024).
- Janis, I. (1958). *Psychological stress: Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients*. New York: Wiley.
- Jankowska, M. (2015). Osobowościowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania postaw wobec niepełnosprawnych. *Badania młodzieży trzech klas gimnazjalnych. Wokół kultury*, 4(24), 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. *Psychiatria Polska*, 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 UMCS.
- 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. *Psychiatria*, 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 dziecka 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, prostytutcja, zakażenia HIV i AIDS, narkomania jako formy wykluczenia społecznego w świetle badań. *Kwartalnik Ekonomiczno-Społeczny Studia i Prace*, 3, 93–112.
- Kostrzewski, J. (2006). *Niepełnosprawność umysłowa: poglądy, metody diagnozy i wsparcia*. W A. Czapiga, *Psychologiczne wspomaganie rozwoju psychicznego dziecka. Teoria i badania*. Wrocław: Wydawnictwo WTN.

- Kostrzewski, J., Wald, I. (1981). Podstawowe wiadomości o upośledzeniu umysłowym. W K. Kirejczyk, 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. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 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. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 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> (dostęp: 4.10.2024).
- 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). Diagnostyka 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., Stępnia, 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 psychospołeczne*, 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.
- Puzyński, 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: 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. *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 Wydawnictwa 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 niepełnosprawnością*. 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. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 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, *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*, 88–130. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Styles, W.M. (1993). Stress in undergraduate medical education: „The mask of relaxed brilliance”. *British Journal of General Practice*, 43(367), 46–47.
- Szatmari, P. (1992). Asperger's syndrome: Diagnosis, treatment and outcome. *Medline: Psychiatric 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 autystyczne. 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, 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 KPRh.
- 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 (t. 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 Centrum Ekonomii Działania Społecznego.
- Wojciszke, B. (2011). Psychologia społeczna. Warszawa: Wydawnictwo naukowe Scholar.
- Wojciszke, 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. Profil socjodemograficzny badanej grupy	50
Tabela 2. Profil badanej próby w kontekście doświadczeń związanych ze spożywaniem alkoholu	51
Tabela 3. Analiza statystyk opisowych i rozkładu wyników	55
Tabela 4. Analiza związku między doświadczeniem alkoholizmu w rodzinie pochodzenia a nadużywaniem alkoholu w dorosłości – test U Manna-Whitneya . . .	56
Tabela 5. Radzenie sobie ze stresem a częstość sięgania po alkohol – współczynniki korelacji rho Spearmana	57
Tabela 7. Poziom samooceny a częstość sięgania po alkohol – współczynniki korelacji rho Spearmana	59
Tabela 8. Nadzieja na sukces a częstość sięgania po alkohol – współczynniki korelacji rho Spearmana	60

ZAŁĄCZNIKI

KWESTIONARIUSZ BADANIA

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

Dziękujemy za udział w badaniu. Państwa odpowiedzi są dla nas niezwykle cenne. Badanie ma charakter anonimowy i dobrowolny. Udział w nim nie wiąże się z żadnymi konsekwencjami, a rezygnacja jest możliwa na każdym etapie, bez konieczności podawania przyczyny. Uzyskane wyniki zostaną poddane analizie wyłącznie w formie zbiorczej i wykorzystane w opracowaniu monografii naukowej.

Uprzejmie prosimy o udzielanie szczerych i rzetelnych odpowiedzi – w niniejszym badaniu nie ma odpowiedzi dobrych ani złych, liczy się jedynie Państwa opinia. Dziękujemy za poświęcony czas i udział w badaniu.

METRYCZKA

Prosimy o udzielenie podstawowych informacji o sobie poprzez wybór odpowiedniej opcji lub wpisanie właściwej odpowiedzi 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



WYDAWNICTWO AKADEMII NAUK STOSOWANYCH WSGE
IM. A. DE GASPERI W JÓZEFOWIE
05-410 JÓZEFÓW, UL. SIENKIEWICZA 4
TEL./FAX: (48) 22 789 19 03
WYDAWNICTWO@WSGE.EDU.PL
ISBN: 978-83-970303-7-4

