

## **Picie alkoholu jako sposób radzenia sobie ze stresem u studentów kierunków medycznych**

### **Drinking alcohol as a way of coping with stress in students of medical faculties**

Nadia Bryl<sup>1</sup>, Marta Czarnecka-Iwańczuk<sup>2</sup>, Małgorzata Romanowska<sup>1</sup>,  
Michał-Goran Stanišić<sup>3</sup>, Michał Michalak<sup>4</sup>,  
Anna Posadzy-Małaczyńska<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,  
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej

<sup>2</sup> Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,  
Katedra i Zakład Psychologii Klinicznej

<sup>3</sup> Klinika Chirurgii Naczyniowej, Wewnętrzznacyniowej, Angiologii i Flebologii (CNWA)

<sup>4</sup> Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,  
Katedra i Zakład Informatyki i Statystyki

#### **Summary**

**Aim.** The relationship between stress coping style and motivation to alcohol consumption was studied in the context of alcohol dependence risk in medical students.

**Methods.** Study group included 268 med students. Authors used the Alcohol Use Dependence Identification Test (AUDIT), Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) as well as self-designed questionnaire to collect demographic data and examine motivation and usual situations related to alcohol consumption in students.

**Results.** 94% of students reported alcohol consumption during past year. Risky or harmful alcohol use was found in 16% of med students and 22% of dentistry students, high risk of alcohol dependency was diagnosed in 2% of cases. More than 50% of students reported drinking for coping motives. Data on coping styles do not show statistically significant differences in terms of the main stress coping style: task-, emotion-, and avoidance-oriented. Medicine students used avoidance-oriented coping (social diversion subtype) more often than dentistry students. There was no correlation between stress coping styles, drinking motives and alcohol dependence risk in the studied group.

**Conclusions.** Lack of correlations may indicate that the studied group used coping strategies other than alcohol drinking. It is essential to create environment for medical students, that would enhance healthy stress coping strategies and promote early prevention.

**Słowa kluczowe:** nadużywanie alkoholu, umiejętności radzenia sobie, studenci kierunków medycznych

**Key words:** alcohol abuse, coping skills, medical students

## 1. Wstęp

Liczne wyniki badań [1] potwierdzają podwyższony poziom stresu u studentów kierunków medycznych. Środowisko, które charakteryzuje się wysokimi wymaganiami, presją czasu i osiągnięć, sprzyja budowaniu rywalizacji wśród studentów.

Duże wymagania zewnętrzne oraz wewnętrzne (osobiste) utrzymują się nie tylko w okresie studiów, ale towarzyszą lekarzom na każdym kolejnym etapie kształcenia i kariery zawodowej [2]. Gugała [3] podaje, że od lekarza wymaga się odpowiednich umiejętności radzenia sobie w zmiennych i często silnie stresujących warunkach, podejmowania szybkich i niezwykle odpowiedzialnych decyzji. Osoby wykonujące zawody medyczne muszą wykazywać się zaradnością i opanowaniem w sytuacjach kryzysowych. Równocześnie oczekuje się od nich, by były wrażliwe i responsywne na potrzeby emocjonalne pacjentów. Obcowanie z ludzkim cierpieniem i śmiercią to kolejne, znaczące obciążenia psychiczne, z jakimi uczą się żyć przyszli lekarze. Zatem kształtowanie efektywnych sposobów radzenia sobie ze stresem wydaje się niezwykle istotnym elementem rozwoju osobistego lekarzy. Jednocześnie ważne jest rozwijanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z trudnymi emocjami. Jeżeli dostępne sposoby radzenia sobie ze stresem są nieefektywne lub niewystarczające, wówczas funkcjonowanie w chronicznym psychofizycznym przeciążeniu może prowadzić do chorób somatycznych, zaburzeń nastroju czy wypalenia zawodowego. Problem ten wydaje się ważny, ponieważ dotyka ponad 1/3 personelu medycznego [4].

W niniejszym artykule przyjęto definicję radzenia sobie ze stresem opartą na transakcyjnej teorii stresu autorstwa Lazarusa i Folkman [5]. Zgodnie z ich koncepcją, radzenie sobie ze stresem to „ciągłe zmieniający się wysiłek poznawczy i behawioralny skierowany na specyficzne wymagania zewnętrzne i/lub wewnętrzne, które oceniane są jako obciążające lub przekraczające możliwości człowieka”. Autorzy [6] podają dwa sposoby radzenia sobie ze stresem: skoncentrowany na zadaniu czy rozwiązaniu problemu oraz skoncentrowany na obniżeniu napięcia emocjonalnego.

W ramach radzenia sobie ze stresem wyodrębniono style radzenia sobie z nim, definiowane jako posiadany przez człowieka charakterystyczny repertuar strategii radzenia sobie w sytuacjach stresowych [7]. Endler i Parker [8] zaproponowali podział stylów radzenia sobie ze stresem na trzy typy: skoncentrowany na zadaniu, skoncentrowany na emocjach i skoncentrowany na unikaniu. Założenia oparli na interakcyjnym modelu stresu Lazarusa i Folkman [9]. Osoby charakteryzujące się stylem radzenia sobie w sytuacji stresowej skoncentrowanym na zadaniu po wstępnej naturalnej i emocjonalnej reakcji podejmują działania mające na celu rozwiązanie problemu lub zmianę zaistniałej sytuacji stresowej za pomocą podjętych wysiłków poznawczych i planowania. Drugi styl radzenia sobie ze stresem, skoncentrowany na emocjach, charakteryzuje osoby, które przy rozwiązywaniu sytuacji stresowej koncentrują się na własnych emocjach (np. złości, poczuciu winy, napięciu i in.) w celu zmniejsze-

nia napięcia emocjonalnego towarzyszącego sytuacji stresowej. Osoby takie w celu zmniejszenia napięcia fantazjują i przejawiają tendencję do myślenia życzeniowego, często kosztem efektywnego i racjonalnego działania, mającego na celu usunięcie lub zminimalizowanie stresora. Styl skoncentrowany na unikaniu charakteryzuje osoby, które w konfrontacji z sytuacją stresową podejmują wszelkie wysiłki, aby uniknąć myślenia czy doświadczania sytuacji, w jakiej się znajdują, nie angażują się w jej rozwiązanie, wystrzegają się doznawania emocjonalnego i poznania sytuacji stresowej. Styl skoncentrowany na unikaniu może przyjąć dwie postaci: angażowanie się w czynności zastępcze (np. ucieczka w alkohol, narkotyki, chorobę, objadanie się, sen, zakupy i in.) oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

Studenci w trudnych sytuacjach radzą sobie ze stresem w różny sposób. Wymienia się głównie proaktywne, behawioralne strategie radzenia sobie (zarządzanie czasem, rozwiązywanie problemów, poszukiwanie informacji) [10] oraz emocjonalno-poznawcze strategie radzenia sobie (pozytywne przewartościowanie trudnych doświadczeń) [11], a także mniej adaptacyjne: picie alkoholu, palenie papierosów i zażywanie substancji psychoaktywnych. Każde nadużywanie alkoholu może prowadzić do uzależnienia, choć nie wszystkie osoby intensywnie pijące alkohol w młodości będą uzależnione od alkoholu w przyszłości. Uzależnia się około 30% osób, które nadużywały alkoholu w młodości. Pozostałe osoby po okresie nadużywania redukują ilość spożywanego alkoholu lub nadużywają go sporadycznie [12].

Istnieje wiele motywacji do picia alkoholu, a jedną z nich jest redukcja stresu. Jeśli wśród osób wykonujących zawody medyczne picie alkoholu staje się głównym sposobem radzenia sobie ze stresem, istnieje ryzyko rozwoju uzależnienia. W związku z powyższym postanowiono zbadać związek między stylem radzenia sobie ze stresem a motywacją do spożywania alkoholu w kontekście ryzyka uzależnienia od alkoholu u studentów wydziałów medycznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Specjaliści zajmujący się tematyką uzależnień wymieniają kilka rodzajów motywacji do spożywania alkoholu, które można ująć w cztery kategorie powodów: radzenie sobie (aby zapomnieć o problemach), konformizm (aby dostosować się do grupy), względy towarzyskie (aby poprawiać jakość spotkań) i wzmacniające dobry nastrój (aby się dobrze bawić). Dwie pierwsze kategorie odnoszą się do negatywnej motywacji, co oznacza, że picie alkoholu ma poprawić zły nastrój lub zagrożone relacje z grupą. Dwie ostatnie kategorie dotyczą motywacji wzmacniającej. Można również dokonać podziału na motywację zewnętrzną (druga i trzecia grupa) oraz wewnętrzną (pierwsza i czwarta grupa) [13, 14].

## 2. Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 268 studentów trzech kierunków: lekarskiego (73 osoby, co stanowi 32% badanego 6. roku), stomatologii (118 osób, co stanowi 67% studentów 3. i 4. roku) oraz dietetyki (77 osób, co stanowi 59% studentów z badanego 2. i 3. roku). Grupę porównawczą stanowili lekarze rezydenci (22 osoby). Wśród respondentów 75% stanowiły kobiety, 25% mężczyźni. Grupa studentów kierunku lekarskiego składała się z 47 kobiet i 26 mężczyzn w wieku 24-33 lat (średnia wieku wynosiła

25 lat). Wśród studentów stomatologii było 91 kobiet i 27 mężczyzn w wieku 20-31 lat (średnia wieku to 22 lata). Grupę studentów dietyki stanowiły 64 kobiety i 13 mężczyzn w wieku 19-44 lat (średni wiek wynosił 24 lata). Grupę porównawczą lekarzy rezydentów stanowiło 14 kobiet i 8 mężczyzn w wieku 24-27 lat (średnia wieku wynosiła 25 lat). Badanie było dobrowolne i anonimowe.

Do oceny sposobów radzenia sobie ze stresem zastosowano Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych w adaptacji Strelaua, Jaworowskiej, Wrześniewskiego i Szczepaniaka. Narzędzie to składa się z 48 twierdzeń dotyczących zachowań podejmowanych przez osoby badane w sytuacjach stresowych. Kwestionariusz składa się z trzech skal zgodnych z typologią Endler i Parker [8]: Styl Skoncentrowany na Zadaniu (SSZ), Styl Skoncentrowany na Emocjach (SSE), Styl Skoncentrowany na Unikaniu (SSU) – ten ostatni z dwiema postaciami: Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich (PKT) oraz Angażowanie się w Czynności Zastępcze (ACZ). Każda skala zawiera 16 twierdzeń.

Drugim zastosowanym narzędziem badawczym był Test AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), czyli Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych z Piciem Alkoholu, rekomendowany przez WHO. Jest to narzędzie składające się z 10 pytań dotyczących częstości spożywania alkoholu oraz doświadczanych w związku z tym konsekwencji emocjonalnych lub społecznych. Punktacja testu określa głębokość zaburzenia. Do 7 punktów określa się picie o niskim poziomie ryzyka, 8-15 punktów to ryzykowne spożywanie alkoholu, 16-19 szkodliwe picie, 20 punktów i więcej wskazuje na podejrzenie uzależnienia od alkoholu.

Dodatkowo użyto ankiety własnego autorstwa. Jej pierwsza część służyła pomiarowi zmiennych takich jak: płeć, wiek, kierunek studiów. Druga część ankiety dotyczyła pytań odnośnie do istnienia problemu alkoholowego w najbliższej rodzinie, wymagała wymienienia trzech sytuacji, w których osoba badana pije alkohol oraz podania trzech rodzajów motywacji do jego spożywania. Zebrane odpowiedzi w zakresie sytuacji, w których osoba badana pije alkohol zostały zakwalifikowane do następujących kategorii: „towarzystwo” – czyli w sytuacji spotkań towarzyskich lub rodzinnych, „wolny czas” – podczas spędzania wolnego czasu, „okazjonalnie” – podczas okazji takich jak urodziny, święta, wesela itp., „indywidualnie” – spędzając czas samemu, np. podczas oglądania filmu. Czynniki motywacyjne, które podawali respondenci, zebrano i przyporządkowano do kategorii. Analiza powstałych obszarów wykazała zbieżność z modelem motywacyjnym M. Coxa i E. Klingera [14], z wyjątkiem nowo wyłonionej kategorii: smaku alkoholu. Odpowiedzi osób badanych zostały przypisane do 5 kategorii:

- „radzenie sobie ze stresem”, kiedy alkohol służył jako pomoc w obniżeniu napięcia, rozluźnieniu czy „zapomnieniu” o problemie,
- „konformizm”, kiedy osoba spożywała alkohol, bo tak robili inni z towarzystwa,
- „względy towarzyskie”, kiedy czynnikiem motywującym do picia alkoholu była poprawa funkcjonowania w grupie, np. większa łatwość nawiązywania kontaktów itp.,
- „wzmocnienie dobrego nastroju”, kiedy picie alkoholu związane było z lepszą zabawą, rozluźnieniem w towarzystwie,
- „smak”, kiedy picie alkoholu motywowane było dobrym smakiem alkoholu.

Analizę statystyczną przeprowadzono w oparciu o program STATISTICA 10.0 (StatSoft). Analizowane dane pochodziły częściowo ze skali porządkowej. Porównania dwóch grup dokonano przy użyciu testu Manna-Whitneya. W przypadku porównywania więcej niż dwóch grup jednocześnie zastosowano test Kruskala-Wallisa. Dane ze skal nominalnych analizowano przy użyciu testu Chi<sup>2</sup>. Testy uznawano za istotne statystycznie przy  $p < 0,05$ .

### 3. Wyniki

Pierwszym wykorzystanym w badaniu narzędziem był Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS). W każdej z badanych grup uzyskano wyniki średnie (5-6 sten) we wszystkich podskalach.

W celu weryfikacji zależności między badanymi grupami oraz wynikami CISS wykorzystano test Kruskala-Wallisa. W analizie wystąpiły istotne różnice w zakresie Stylu Skoncentrowanego na Unikaniu w tym Poszukiwaniu Kontaktów Towarzyskich między studentami stomatologii a studentami kierunku lekarskiego. Studenci kierunku lekarskiego częściej niż studenci stomatologii stosowali Styl Skoncentrowany na Unikaniu, w tym Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich jako sposobu realizacji tego stylu radzenia sobie ze stresem. Wyniki analizy przedstawia poniższa tabela 1.

Tabela 1. Zależność między badanymi grupami a wynikami w skalach Stylu Skoncentrowanego na Unikaniu, w tymi Poszukiwaniu Kontaktów Towarzyskich

Zmienna: Styl Skoncentrowany na Unikaniu	Wartości p porównań w Teście Kruskala-Wallisa: H (3, N = 290) = 9,098949, p = 0,0280			
	Studenci kierunku lekarskiego R:162,49	Studenci stomatologii R:128,56	Studenci dietetyki R:150,90	Lekarze rezydenci R:161,09
Studenci kierunku lekarskiego		0,039471	1,000000	1,000000
Studenci stomatologii	0,039471		0,414228	0,568958
Studenci dietetyki	1,000000	0,414228		1,000000
Lekarze rezydenci	1,000000	0,568958	1,000000	
Zmienna: Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich	Wartości p porównań w Teście Kruskala-Wallisa Test: H (3, N = 290) = 10,12956, p = 0,0175			
	Studenci kierunku lekarskiego R:170,33	Studenci stomatologii R:131,21	Studenci dietetyki R:145,68	Lekarze rezydenci R:139,14
Studenci kierunku lekarskiego		0,010398	0,431512	0,757076
Studenci stomatologii	0,010398		1,000000	1,000000
Studenci dietetyki	0,431512	1,000000		1,000000
Lekarze rezydenci	0,757076	1,000000	1,000000	

Kolejnym wykorzystanym narzędziem był test AUDIT stosowany do badań przesiewowych w celu identyfikacji osób z niebezpiecznymi i szkodliwymi wzorcami konsumpcji alkoholu. Uzyskano informację dotyczącą istnienia zaburzeń w zakresie picia alkoholu w badanych grupach. W grupie studentów stomatologii u 2% osób można podejrzewać uzależnienie od alkoholu, natomiast 20% wykazało ryzykowne i szkodliwe picie alkoholu. W grupie studentów dietetyki u 18% osób wyniki wskazują na ryzykowne i szkodliwe picie alkoholu. W grupie studentów kierunku lekarskiego 16% osób deklaruje ryzykowne picie alkoholu, podczas gdy w grupie porównawczej lekarzy rezydentów odsetek badanych przejawiających takie zachowanie wynosi 9. Dane ilościowe i procentowe zmiennej przedstawia poniższa tabela 2.

Tabela 2. Wyniki testu AUDIT w poszczególnych grupach badanych

Grupa badana	Picie o niskim poziomie ryzyka (liczba i %)	Picie ryzykowne (liczba i %)	Picie szkodliwe (liczba i %)	Podjęcie uzależnienia (liczba i %)
Studenci kierunku lekarskiego	61 (84%)	12 (16%)	0	0
Studenci stomatologii	92 (78%)	20 (17%)	4 (3%)	2 (2%)
Studenci dietetyki	63 (82%)	13 (17%)	1 (1%)	0
Lekarze rezydenci	20 (91%)	2 (9%)	0	0

Wyniki testu porównań pomiędzy zmiennymi w zakresie testu AUDIT wykazały różnicę w wynikach pomiędzy studentami stomatologii a studentami dietetyki i kierunku lekarskiego. Najwyższe wartości w teście AUDIT uzyskali studenci stomatologii, następnie dietetyki i studenci kierunku lekarskiego. W grupie studentów stomatologii jest zatem największy odsetek osób, które piją alkohol w ilości przekraczającej normę. Porównanie wartości uzyskanych przez badanych studentów przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Wyniki porównań w zakresie wyników w teście AUDIT w badanych grupach

AUDIT	Wartości p dla porównań w teście Kruskala-Wallis: $H(3, N = 290) = 14,25728$ , $p = 0,0026$			
	Studenci kierunku lekarskiego R:144,93	Studenci stomatologii R:164,83	Studenci dietetyki R:126,59	Lekarze rezydenci R:109,91
Studenci kierunku lekarskiego		0,666695	1,000000	0,515737
Studenci stomatologii	0,666695		0,011139	0,028819
Studenci dietetyki	1,000000	0,011139		1,000000
Lekarze rezydenci	0,515737	0,028819	1,000000	

We wszystkich badanych grupach 95 osób (33%) potwierdziło obecność problemu alkoholowego w najbliższej rodzinie. W grupie studentów kierunku lekarskiego

problem ten zgłosiło 29% osób, w grupie studentów stomatologii 26%, w grupie studentów dietetyki 45%, natomiast w grupie porównawczej lekarzy rezydentów 36%. W badanych grupach nie było istotnego związku między problemem alkoholowym w rodzinie a wynikami w AUDIT ( $\chi^2$  Pearsona = 1,132078,  $df = 1$ ,  $p = 0,28733$ ).

Kolejnym celem badawczym była analiza sytuacji, w których badani piją alkohol. Tabela 4 pokazuje, że badani najczęściej sięgali po alkohol w towarzystwie, w trakcie spotkań ze znajomymi i rodziną (75-90% respondentów). Statystycznie najczęściej była to odpowiedź podawana przez studentów kierunku lekarskiego ( $\chi^2$  Pearsona = 9,02751,  $df = 3$ ,  $p = 0,02893$ ). Należy także dodać, że wśród badanych statystycznie najczęściej spożywanie alkoholu w wolnym czasie było zgłaszane przez lekarzy rezydentów ( $\chi^2$  Pearsona = 8,251545,  $df = 3$ ,  $p = 0,04109$ ).

Tabela 4. Sytuacje, w których badani z poszczególnych grup spożywają alkohol

Rodzaj sytuacji zwykle związanej z piciem	Grupa badana			
	Studenci kierunku lekarskiego	Studenci stomatologii	Studenci dietetyki	Lekarze rezydenci
Czas wolny	11 (15%)	15 (13%)	16 (21%)	8 (36%)
Towarzystwo	66 (90%)	105 (89%)	58 (75%)	19 (86%)
Okazjonalnie	30 (41%)	44 (37%)	33 (43%)	8 (36%)
Indywidualnie	23 (32%)	29 (25%)	18 (23%)	7 (32%)

Ostatnim celem badawczym była analiza motywacji osób badanych do spożywania alkoholu. Najbardziej popularną odpowiedzią wśród badanych grup studentów (powyżej 50%) było radzenie sobie ze stresem – czyli sięganie po alkohol w celu obniżenia napięcia, odreagowania lub zapomnienia o problemach. Nową kategorią motywacyjną w stosunku do podziałów istniejących w literaturze przedmiotu stał się smak alkoholu – „bo lubię, bo mi smakuje” – na tę motywację wskazało 10-42% respondentów. Analiza statystyczna wykazała, że na smak jako wartość motywacyjną częściej niż w pozostałych grupach zwracali uwagę studenci kierunku lekarskiego oraz lekarze z grupy porównawczej ( $\chi^2$  Pearsona = 21,99731,  $df = 3$ ,  $p = 0,00007$ ).

Rozkład częstości w zakresie motywacji do spożywania alkoholu w badanych grupach przedstawia poniższa tabela 5.

Tabela 5. Rodzaje motywacji do picia alkoholu w badanych grupach

Rodzaj motywacji do picia	Grupa badana			
	Studenci kierunku lekarskiego	Studenci stomatologii	Studenci dietetyki	Lekarze rezydenci
Radzenie sobie ze stresem	38 (52%)	69 (58%)	40 (52%)	7 (32%)
Konformizm	22 (30%)	46 (39%)	26 (34%)	10 (45%)
Względy towarzyskie	15 (21%)	20 (17%)	6 (8%)	1 (5%)
Wzmocnienie dobrego nastroju	28 (38%)	40 (34%)	24 (31%)	4 (18%)
Smak alkoholu	31 (42%)	30 (25%)	8 (10%)	9 (41%)

Celem nadrzędnym badania była analiza związku preferowanego stylu radzenia sobie ze stresem z motywacją do spożycia alkoholu u studentów kierunków medycznych. Nie wykazano istotnego związku stylu radzenia sobie ze stresem w badanych grupach z wynikami testu AUDIT (we wszystkich porównywanych grupach  $p > 0,05000$ ), nie wykazano także istotnego związku między motywacją do picia określoną jako „radzenie sobie ze stresem” a wynikami AUDIT w badanych grupach ( $\text{Chi}^2$  Pearsona = 1,857358,  $df = 1$ ,  $p = 0,17293$ ).

## 5. Omówienie wyników

W badaniu wykorzystano wyniki zestawu metod: Test AUDIT, Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) i autorskiej ankiety badającej poza danymi demograficznymi także motywację do picia alkoholu i sytuacje, w jakich badani sięgają po alkohol.

W literaturze trwa ożywiona dyskusja na temat zachowań ryzykownych dla zdrowia i życia młodzieży i młodych dorosłych. Teoria zachowań problemowych Jessora [15] głosi, że zachowania te są częścią normalnego rozwoju adolescenta i odgrywają ważną rolę w procesie przejścia do dorosłości. Baumrind [16] natomiast wprowadza rozróżnienie pomiędzy zachowaniami potencjalnie przystosowawczymi rozwojowo a tymi, które są „patogenetyczne”, niebezpieczne. Sięganie po alkohol jest jednym ze sposobów radzenia sobie ze stresem. Stosowanie środków psychoaktywnych jest sposobem regulacji emocji, napięcia i unikania konfrontacji poprzez angażowanie się w czynności zastępcze w trudnych sytuacjach. Okres studiów jest czasem szczególnym, podczas którego młodzi ludzie częściej sięgają po alkohol i inne środki psychoaktywne. Szacuje się, że około 60% studentów kierunków medycznych zażywa rekreacyjnie narkotyki i alkohol [17]. Ten ostatni stanowi jednak najbardziej rozpowszechnioną substancję psychoaktywną. W badaniach prowadzonych wśród studentów kierunków medycznych [18] odsetek sięgających po alkohol wynosił ponad 99% ogółu badanych. Z reguły po zakończeniu studiów konsumpcja alkoholu zmniejsza się, jednak u części osób rozwija się uzależnienie. Zgodnie z wynikami badań [19] uzależnieni lekarze poddający się terapii nadużywali alkoholu już podczas studiów, a u niektórych można było zdiagnozować uzależnienie już na etapie kształcenia przeddyplomowego.

Z przeprowadzonych badań wynika, że na każdym badanym kierunku studiów zdiagnozowano osoby pijące w sposób ryzykowny i szkodliwy. Wyniki niniejszego badania wskazują, iż 9-17% osób spożywa alkohol w sposób ryzykowny, 1-3% osób w sposób szkodliwy, a u 2% badanych osób można mówić o uzależnieniu. Wyniki przeprowadzonych badań można porównać z wynikami otrzymanymi w populacji ogólnej Polaków w badaniach przeprowadzonych przez Kiejnę i wsp. [20]. Uzależnienie od alkoholu kiedykolwiek w ciągu życia stwierdzono u 2,2% dorosłych Polaków. Natomiast nadużywanie alkoholu co najmniej raz w ciągu życia stwierdzono u 10,9% respondentów.

Nadmierne spożycie alkoholu jest nadal jednym z najtrudniejszych problemów w środowisku studenckim. Wynik ten jest zgodny z innymi doniesieniami, np. przeprowadzonymi w 2000 roku badaniami, które objęły reprezentatywną próbę 9446



studentów z ośmiu największych ośrodków akademickich w Polsce [21]. Wykazano w nich niepokojące zjawiska związane z nadużywaniem alkoholu przez studentów – szkodliwe nadużycie alkoholu w ciągu ostatniego miesiąca miało miejsce u 42% studentów i 37% studentek. Niektórzy badacze [22] uważają, że w środowiskach o wysokim statusie społeczno-ekonomicznym częściej niż uzależnienie występuje picie ryzykowne i szkodliwe. Inne badania [23] wskazują, że uzależnienie od alkoholu w środowisku medycznym występuje z taką samą częstotliwością jak w innych grupach zawodowych, choć część lekarzy sięga po alkohol w sposób wskazujący na uzależnienie. Zatem doniesienia z badań są niespójne. Jednak dane pochodzące od terapeutów uzależnień [24] wskazują, że odsetek uzależnionych wykonujących wolne zawody jest trzy- lub czterokrotnie wyższy niż w populacji ogólnej. Fengler [25] twierdzi, że osoby, które wykonują zawody związane z pomaganiem innym są szczególnie obciążone nałogami. W Polsce liczba uzależnionych lekarzy wynosi ok. 12 tysięcy [26]. W badaniach przeprowadzonych na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu [27] do konsumpcji alkoholu przyznało się 17,42% badanych pracowników, dodatkowo w grupie lekarzy stwierdzono o 2/3 większy odsetek osób pijących alkohol niż wśród wszystkich pracowników. W badaniach Chmielowiec [28] wykazano z kolei, że lekarze mają większą świadomość istnienia problemu uzależnienia w ich środowisku niż w innych badanych grupach zawodowych (np. nauczyciele, policjanci). Natomiast zastanawiające jest, że żadna z osób biorących udział w badaniu nie przyznała się do znajomości z osobą uzależnioną.

Wśród studentów kierunków medycznych ok. 60% badanych rekreacyjnie sięga po narkotyki i pije alkohol [24]. Ryzykowne picie alkoholu jest opisywane w literaturze przedmiotu wśród ponad 15% badanych studentów na studiach medycznych [29]. Zastanawiająca jest duża rozbieżność wyników między wyżej wspomnianymi badaniami lekarzy i studentów kierunków medycznych a wynikami uzyskanymi w niniejszym badaniu. Należy się zastanowić nad utrudnieniami metodologicznymi związanymi z konstrukcją badania i oparciu wyników na danych deklaracyjnych. Należy nadmienić, iż temat nadużywania alkoholu w środowisku medycznym jest wciąż zagadnieniem pozostającym w sferze tabu, co wpływa na brak dostatecznej liczby badań dotyczących konsumpcji alkoholu przez lekarzy na różnych etapach rozwoju kariery zawodowej.

W niniejszym badaniu obecność problemu alkoholowego w najbliższej rodzinie deklarowało 33% badanych. Jednakże w badanych grupach nie wykazano istotnego związku między problemem alkoholowym w rodzinie a wynikami w AUDIT. Pozytskane dane można uznać za pozytywne, ponieważ nie wskazują one na utrwalenie patologicznych wzorów picia z rodziny generacyjnej w grupie osób badanych.

Dane dotyczące stylu radzenia sobie ze stresem pozyskane w badaniu nie wykazują różnic istotnych statystycznie w zakresie głównego stylu radzenia sobie ze stresem. Różnice występujące w analizie dotyczyły wyników przeliczonych w zakresie Stylu Skoncentrowanego na Unikaniu w tym Poszukiwaniu Kontaktów Towarzyskich – studenci kierunku lekarskiego częściej niż studenci stomatologii stosowali Styl Skoncentrowany na Unikaniu, w tym Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich jako sposób jego realizacji. Można przypuszczać, że studenci kierunków medycznych elastycznie dostosowują styl radzenia sobie w sytuacjach trudnych (w zależności od sytuacji,

możliwości kontroli, zasobów), szybko się adaptują i reagują adekwatnie, co jest niewątpliwie ważnym zasobem. Lazarus [6], przedstawiając wnioski odnoszące się do przebiegu radzenia sobie, pisze, że w każdej konfrontacji stresowej ludzie korzystają z różnorodnych strategii radzenia sobie, stosując większość spośród głównych ich rodzajów. Przy porównaniu niektórych sytuacji stresowych i zachowania ludzi mającego na celu radzenie sobie ze stresem, okazuje się, że część strategii wykazuje większą stałość niż inne. Odnosząc powyższe wnioski do wyników badania, można uznać, że osoby badane odpowiadały na pytania kwestionariuszowe w szerszym kontekście sytuacji stresowych, biorąc pod uwagę różne sytuacje z wielością reprezentowanych reakcji w odpowiedzi na pojawiające się stresory. Stosowanie przez badanych różnych stylów radzenia sobie ze stresem może wskazywać na wysoką elastyczność reakcji na pojawiające się stresory i adaptację do zmieniających się warunków. Jak podają Makowska i Poprawa [30], najistotniejsze jest, aby styl radzenia sobie w sytuacjach stresowych był stosowany elastycznie, ponieważ wtedy będzie można mówić o jego skuteczności.

Badani wskazywali sytuacje, w których sięgają po alkohol oraz motywację do picia alkoholu. Statystycznie najczęściej sięgali oni po alkohol ze względów towarzyskich (75-90%), pili okazjonalnie (36-43%), w wolnym czasie (13-36%) oraz pili indywidualnie (23-32%). Statystycznie najczęściej alkohol w sytuacjach towarzyskich pili studenci kierunku lekarskiego, a alkohol wypijany w wolnym czasie był odpowiedzią najczęściej wskazywaną przez lekarzy z grupy porównawczej. Badani wskazywali, że sięgają po alkohol w celu radzenia sobie ze stresem (32-58%), pod wpływem innych ludzi (30-45%), z uwagi na smak alkoholu (10-42%), przez co utworzono nową kategorią motywacyjną, dodaną do podziałów istniejących w literaturze przedmiotu. Wskazano również na względy towarzyskie (5-21%) i sięganie po alkohol w celu poprawy nastroju (18-38%). Nadmierne i częste spożywanie alkoholu jest popularne wśród młodych dorosłych, ponieważ jest sposobem na zacieśnienie więzów grupowych [30]. Ford i Arrastia [31] wskazują, że zażywanie substancji psychoaktywnych narasta w ciągu okresu dojrzewania i jest największe w grupie wiekowej 18-24 lat, co rozumiane jest jako konsekwencja specyfiki studenckiego trybu życia, braku kontroli rodzicielskiej i poszerzania granic. Wielu pracowników zawodów medycznych sygnalizuje, że problem zaczyna się już podczas studiów, kiedy alkohol i inne substancje psychoaktywne stają się pomocnikiem młodych ludzi, a później młodych lekarzy lub – szerzej – osób wykonujących zawody medyczne w zmaganiu się ze stresem, którego doświadczają na co dzień [32].

Stosowanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych zajmuje szczególne miejsce wśród sposobów radzenia sobie ze stresem. Spełnia głównie funkcje regulacji stanu emocjonalnego i zalicza się do strategii ucieczkowo-unikowych [33]. Skuteczne radzenie sobie ze stresem nie zawsze opiera się na realistycznej percepcji rzeczywistości i podjęciu działań instrumentalnych, zorientowanych na rozwiązanie problemu. Czasami radzenie sobie ze stresem służy złagodzeniu siły negatywnych emocji i przykrego napięcia [34] i wtedy stosowany jest styl radzenia sobie skoncentrowany na emocjach i na unikaniu. Czernikiewicz [35] dowodzi, że istotny wpływ na występowanie chorób psychicznych i uzależnień wśród lekarzy ma napięcie wynikające z ponoszonej

odpowiedzialności, złej organizacji pracy, niezadowolającej gratyfikacji, a także konfliktów z życia osobistego. Środki psychoaktywne stają się w obliczu pojawiających się problemów pomocą, łatwiej dostępną, jeśli wypróbowaną już wcześniej.

W przeprowadzonym badaniu nie wykazano istotnego związku stylu radzenia sobie ze stresem z wynikami badanych w AUDIT oraz nie wykazano istotnego związku między motywacją do picia typu radzenie sobie ze stresem a wynikami AUDIT w badanych grupach. Uzyskane wyniki mogą wskazywać na stosowanie przez badanych innych czynności zastępczych niż alkohol w radzeniu sobie ze stresem. Fakt, że badani studenci kierunków medycznych nie deklarują stosowania używek jako sposobu radzenia sobie ze stresem, można by uznać za pozytywny, ponieważ ryzyko uzależnienia zarówno psychicznego, jak i somatycznego jest większe, jeżeli substancje chemiczne zostają wykorzystywane w celu walki ze stresem [36]. Jednocześnie należy pamiętać, że przebieg kliniczny uzależnienia u lekarzy jest taki sam jak u innych pacjentów. Kształtuje się postawa, w której przyjmowanie substancji dominuje nad innymi zachowaniami oraz postępuje utrata zdolności do kontroli zachowania, która ma swoje konsekwencje nie tylko zdrowotne, ale także zawodowe i społeczne. Alkohol postrzegany jako czynnik zmniejszający niepokój może być odpowiedzią na pytanie, dlaczego ludzie piją. Wiadomo jednak, że alkohol nie zmniejsza lęku, a jedynie tłumi stan zaniepokojenia [37]. W związku z powyższym konieczne wydaje się przeprowadzenie dalszych szczegółowych badań, które pozwoliłyby na wyznaczenie momentu, w którym motywacja młodych lekarzy do picia jako sposób na radzenie sobie ze stresem nabiera istotnego znaczenia i przyczynia się wyraźnie do ryzykownego i szkodliwego picia alkoholu.

## 6. Wnioski

W badanej grupie wykazano ryzykowne i szkodliwe picie alkoholu. Biorąc pod uwagę, że studenci kierunków medycznych podejmą w krótkim czasie trudną i psychologicznie wymagającą pracę w zawodach związanych z pomaganiem, można założyć, że ekspozycja na czynniki stresowe nie tylko będzie kontynuowana, ale także zintensyfikowana. Wydaje się, że ważne jest stworzenie warunków sprzyjających rozwojowi strategii radzenia sobie ze stresem w grupie studentów kierunków medycznych. Modelowanie adaptacyjnych sposobów radzenia sobie ze stresem zmniejszy ryzyko rozwoju uzależnienia w wyniku angażowania się w czynności zastępcze, a także picie alkoholu.

## Piśmiennictwo

1. Styles WM. *Stress in undergraduate medical education: 'the mask of relaxed brilliance'*. Br. J.Gen. Pract. 1993; 43(367): 46–47.
2. Roberts J. *Junior doctors' year's: training not education*. BMJ 1991; 302(6770): 225–228.
3. Gugala B. *Obciążenia stresem a umiejętność radzenia sobie z nim*. Pielęgniarka i Położna 2003a; 7: 1819.

4. Wilczek-Rużyczka E, Plewa Z. *Wypalenie zawodowe u pracowników ochrony zdrowia*. Medycyna Rodzinna 2008; 3: 69–73.
5. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984:141.
6. Lazarus RS. *Coping theory and research: Past, present and future*. Psychosomatic Medicine 1993; 55: 234–247.
7. Heszen-Niejodek I. *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*. W: Strelau J red. *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańsk: GWP;2007; t. 3, s. 465–492.
8. Endler NS, Parker JDA. *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS). Manual*. Toronto: Multi-Health Systems, Inc; 1990.
9. Lazarus RS. *Paradygmat stresu i radzenia sobie*. Now. Psychol. 1986; 3: 2–39.
10. Misra R, McKean M. *College Students' Academic Stress and Its Relation to Their Anxiety Time Management, And Leisure Satisfaction*. American Journal of Health Studies 2000; 13(1): 41–51.
11. Kriv D, Heimann T. *Task-Oriented Versus Emotion-Oriented Coping Strategies: the Case of College Students*. College Student Journal 2005: 39.
12. Schulerberg J, O'Malley PM, Bachman JG, Wadsworth KN, Johnston LD. *Getting drunk and growing up: Trajectories of frequent binge drinking during the transition to young adulthood*. J. Stud. Alcohol 1996, 57(3): 289–304.
13. Cooper ML. *Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model*. Psychological Assessment 1994; 6(2): 117–128.
14. Cox WM, Klinger E. *A motivational model of alcohol use*. Journal of Abnormal Psychology 1988; 97(2): 168–180.
15. Jessor R. *Problem-behavior theory, psychosocial development and adolescent problem drinking*. British Journal of Addiction 1987; 82: 331–342.
16. Cooper M, Russell R, Skinner J, Frone M, Mudar P. *Stress and alcohol use: Moderating Effects of Gender, Coping and alcohol Expectancies*. Journal of Abnormal Psychology 1992; 101(1): 139–152.
17. Avery DM, Daniel WD, McCormick MB. *The impaired physician*. PrimCare Update Ob/Gyns 2000; 4: 154–160.
18. Klimberg A, Marcinkowski JT, Przybylski J. *Konsumpcja alkoholu i innych środków psychoaktywnych wśród studentów poszczególnych kierunków uniwersyteckich studiów medycznych. Część I. Inicjacja alkoholowa*. Probl. Hig. Epidemiol. 2008; 89(3): 427–436.
19. Baldwin JN, Bartek JK i wsp. *Survey of alcohol and other drug use attitudes and behaviors in nursing students*. Subst Abus. 2009(3): 230–238.
20. Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T, Moskalewicz J, Wciórka J, Stokwiszewski J i wsp. *Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP Polska*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(1): 15–27.
21. Mellibruda J, Nikodemaska S, Fronczyk K. *Use and abuse of alcohol and other psychoactive substances among Polish university students*. Med. Wieku Rozwoj. 2003; 7(1 Pt 2): 135–155.
22. Skinner HA. *Spectrum of drinkers and intervention opportunities*. Can. Med. Assoc. J. 1990; 143(1): 1054–1059.
23. Wurst FM, Rumpf H-J *Estimating the prevalence of drinking problems among physicians*. General Hospital Psychiatry 2013; 35(5): 561–564.
24. Aver DM, Daniel WD, McCormick MB. *The impaired physician*. Elsevier Science: Prim Care Update OB/Gyns; 2000(4): 154–160.

25. Fengler J. *Pomaganie mężczy. Wypalenie w pracy zawodowej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2001.
26. Woronowicz BT. *Medice, cura te ipsum*. *Gazeta Lekarska* 2010; 6-7: 22–23.
27. Ziemska B, Marcinkowski JT. *Stan zdrowia pracowników Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu*. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2010; 91(1): 54–56.
28. Chmielowiec JZ. *Wiedza i postawy wobec uzależnień od środków psychoaktywnych w grupach zawodowych: pracowników służby zdrowia, nauczycieli i policji w województwie lubuskim*. Praca doktorska. <https://www.wbc.poznan.pl/publication/308281>. (dostęp: 2013.03.04).
29. Shah AA, Bazargan-Hejazi S, Lindstrom RW, Wolf KE. *Prevalence of at-risk drinking among a national sample of medical students*. *Subst. Abus.* 2009; 30(2): 141–149.
30. Makowska H, Poprawa R. *Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia*. W: Dołęńska-Zygmunt G red. *Elementy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; 1996; s. 69–100.
31. Ford JA, Arrastia MC. *Pill-poppers and dopers: A comparison of non-medical prescription drug use and illicit/street drug use among college students*. *Addict Behav.* 2008; 33(7): 934–941.
32. Firth-Cozens J. *Interventions to improve physicians. Well-being and patient care*. *Soc. Sci. Med.* 2001; 52: 215–222.
33. Krupa A, Bargiel-Matusiewicz K, Hofman G. *Związek wsparcia społecznego ze stosowaniem strategii radzenia sobie ze stresem w grupie osób uzależnionych od środków psychoaktywnych*. *Alkohol. Narkom.* 2005; 18 (1-2): 57–69.
34. Dołęńska-Zygmunt G. *Problematyka realizmu życiowego w rozwiązaniach psychologicznych*. W: Przesmycka-Kamińska J red. *Refleksja nad etycznymi i teoretycznymi podstawami pomocy psychologicznej*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; 1994; s. 62–71.
35. Biernacka E. *Lekarz – zawód wysokiego ryzyka*. *Puls Medycyny* 2012; 9(248): 8–9.
36. Szczyrba-Maróń B. *Strategie radzenia sobie ze stresem w grupie studentów pielęgniarstwa z uwzględnieniem korzystania ze środków psychoaktywnych*. *Probl. Pielęg.* 2010; 18: 455–460.
37. Kinney J, Leaton G. *Zrozumieć alkohol*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; 1996.

Adres: Małgorzata Romanowska  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej  
60-355 Poznań, ul. Przybyszewskiego 49  
e-mail: gosromanowska@gmail.com

Otrzymano: 27.04.2018  
Zrecenzowano: 5.09.2018  
Otrzymano po poprawie: 3.10.2018  
Przyjęto do druku: 17.10.2018