

Jolanta Glińska¹, Jolanta Zasada², Beata Brosowska¹, Małgorzata Lewandowska¹

¹Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, Katedra Nauczania Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Koło Naukowe przy Katedrze Nauczania Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Czynniki demograficzne a formy otrzymanego wsparcia u osób uzależnionych od alkoholu

Demographic factors in comparison with support forms which are received by people addicted to alcohol

STRESZCZENIE

Wstęp. Alkoholizm jest chorobą przewlekłą, która wymaga systematycznego leczenia, wsparcia i opieki. Według danych statystycznych co czwarta osoba w Polsce ma kontakt z osobą z problemem alkoholowym. Uzależnienie alkoholowe częściej dotyczy mężczyzn, chociaż w dużym stopniu również kobiet i młodzieży. W latach 30. XX wieku zaczął się umacniać ruch Anonimowych Alkoholików, a później AL-Anon. Za pomocą tych organizacji rozpoczęła się walka z alkoholizmem, opierająca się przede wszystkim na różnych rodzajach wsparcia społecznego. Jednym z głównych założeń AA jest posiadanie pragnienia zaprzestania picia.

Cel pracy. Oceniono formy udzielanego wsparcia osobom uzależnionym od alkoholu w zależności od czynników demograficznych.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 74 osób uczestniczących w spotkaniach AA za pomocą ankiety własnego autorstwa. Dane analizowano przy użyciu metody Pearsona.

Wyniki i wnioski. W badanej grupie przeważali mężczyźni, którzy otrzymali najwięcej wsparcia zarówno ze strony grup samopomocy, jak i rodziny. Stwierdzono słabą zależność statystyczną między czynnikami demograficznymi a formami wsparcia. Głównym źródłem wsparcia były grupy samopomocy oraz rodzina.

Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (3): 279–284

Słowa kluczowe: alkoholizm, wsparcie, czynniki demograficzne

ABSTRACT

Introduction. Alcoholism is a chronic disease demanding the systematic treatment, support and care. According to the statistic data, every fourth person in our country has contact with someone who has alcoholic problem. Alcoholism refers to men oftener, however it refers to women and the youth as well. The Anonymous Alcoholic movement (AA) and later AL-Anon both started to strengthen in the thirties. It was the beginner of struggle with alcoholism based on the various kinds of social support. Having own resolution giving up drinking alcohol is the main principle of AA.

Aim of the study. The estimation of support forms which was given to people with alcoholic problem in dependence on demographic factors.

Material and methods. The research was conducted with 74 people who attended the AA meetings. The questionnaire elaborated by authors was used in the research. Data were analysis by Pearson method.

Results. The men were the majority of investigated group. They received the most support from the family and self – help group. The weak statistic dependency was recognized between demographic factors and forms of support. The family and self – help group were the main source of support.

Nursing Topics 2010; 18 (3): 279–284

Key words: alcoholism, support, demographic factors

Wstęp

Alkoholizm jest jednym z ważniejszych problemów współczesnego świata o znaczeniu społecznym, ekonomicznym i zdrowotnym. W Polsce nadużywanie alkoholu osiągnęło status choroby społecznej [1]. Od kiedy nadmierne spożywanie alkoholu uznano za chorobę, próbowano wprowadzić różnego rodzaju kuracje. Do historii należy podawanie środków wymiotnych, insuliny, a także Anticolu i Esperalu. Żadna z wyżej wymienionych metod nie przyniosła skutku. W Stanach Zjednoczonych po raz pierwszy wykazano, że stosowanie surowych kar i ograniczenie dostępu do napojów alkoholowych nie zmniejszają jego spożycia. Od połowy lat 30. XX wieku, kiedy to problem alkoholowy nabrał potężnych rozmiarów, zaczął umacniać się ruch Anonimowych Alkoholików (AA), a wkrótce potem AL-Anon dla rodzin osób uzależnionych. W ten sposób rozpoczęła się psychoterapia alkoholików, która opiera się na programie Dwunastu Kroków [2]. Program ten został opracowany przez AA, a następnie zaakceptowany przez inne wspólnoty.

Pomoc w wychodzeniu z uzależnienia musi się opierać na wyrażaniu emocji, stawianiu granic i zachowaniu konsekwencji. Zachodzi więc konieczność wsparcia przede wszystkim informacyjnego, emocjonalnego i wartościującego, a także instrumentalnego ze strony rodziny, środowiska zawodowego, znajomych, przyjaciół, grup samopomocy i organizacji społecznych.

Cel pracy

Celem pracy jest uzyskanie odpowiedzi na następujące pytanie: Jak kształtuje się rozkład udzielanego wsparcia społecznego osobom uzależnionym od alkoholu w zależności od czynników demograficznych (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia oraz status społeczny).

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród osób z przewlekłą chorobą alkoholową, którzy uczestniczyli chociaż jeden

raz w zajęciach grupy AA. Od tych osób uzyskano świadomą zgodę na udział w badaniach oraz zgodę Komisji Bioetyki*. Badaniami objęto 74 osoby, spośród których 49 uczestniczyło systematycznie w spotkaniach grupy AA, 18 pojawiało się sporadycznie, natomiast 7 osób uczestniczyło w spotkaniu po raz pierwszy. W badaniach zastosowano kwestionariusz ankiety, który został napisany specjalnie na potrzeby prowadzonych badań. Badani samodzielnie wypełniali kwestionariusz. Uzyskane wyniki analizowano za pomocą testu nieparametrycznego χ^2 Pearsona.

*Uchwała Komisji Bioetyki o Projekcie Eksperymentu Medycznego numer RNN/258/08/KB z dnia 20.05.2008 r.

Wyniki

W badaniu uczestniczyły głównie osoby w wieku 30–50 lat (jedna osoba była niepełnoletnia). W badanej grupie (74 osób) przeważali mężczyźni (57). Stanowili oni 77% ogółu badanych. Większość osób (68%) posiadała wykształcenie średnie, kolejną grupę stanowiły osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym (19%). Najmniej liczną grupę reprezentowały osoby z wykształceniem wyższym (8%) i podstawowym (5%). Wśród respondentów przeważały osoby mieszkające w mieście (81%). Spośród wszystkich badanych 85% stanowiły osoby czynne zawodowo, a zaledwie 1 osoba określiła swój status społeczny jako uczeń. Na dobre warunki materialno-bytowe wskazało 40 ankietowanych, tylko 3 osoby określiły swoje warunki jako złe, 21 osób — jako średnie, a 10 osób — jako bardzo dobre (tab. 1).

Największym źródłem wsparcia dla pacjentów były grupy samopomocy. Wyniki badań wskazują, że najlepiej wsparcia otrzymały osoby w wieku 30–50 lat (63,88%), które jednocześnie stanowiły najliczniejszą grupę alkoholików (tab. 2 i 3).

Współczynnik siły związku w tym przypadku wykazuje wartość słabą $r_p = 0,23$, zatem poziom wykształcenia nie ma znaczącego wpływu na formę otrzymanej pomocy (tab. 4 i 5).

Tabela 1. Wiek a forma otrzymanej pomocy

Table 1. The age compared with the form of received support

Formy otrzymanej pomocy	Wiek respondenta								Σ	
	Poniżej 18 lat		18–30 lat		30–50 lat		Powyżej 50 lat			
	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie
Ze strony rodziny	0	1	2	7	25	11	6	22	33	41
Ze strony środowiska zawodowego	0	1	0	9	0	36	0	28	0	74
Ze strony przyjaciół/ sąsiadów	0	1	1	8	4	22	17	11	22	52
Ze strony grupy samopomocy	1	0	1	8	32	4	5	23	39	35
Ze strony organizacji społecznych	1	0	3	6	23	13	0	28	27	47

Tabela 2. Płeć a forma otrzymanej pomocy**Table 2.** The gender compared with the form of received support

Forma otrzymanej pomocy	Płeć				Σ	
	Kobieta		Mężczyzna		Tak	Nie
	Tak	Nie	Tak	Nie		
Ze strony rodziny	2	15	31	26	33	41
Ze strony środowiska zawodowego	0	17	0	57	0	74
Ze strony przyjaciół/sąsiadów	2	15	20	37	22	52
Ze strony grupy samopomocy	10	7	29	28	39	35
Ze strony organizacji społecznych	3	14	24	33	27	47
Analiza statystyczna	$R_p = 0,27$					

Tabela 3. Wykształcenie a forma otrzymanej pomocy**Table 3.** The level of education compared with the form of received support

Formy otrzymanej pomocy	Wykształcenie								Σ	
	Podstawowe		Zasadnicze zawodowe		Średnie		Wyższe		Tak	Nie
	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie		
Ze strony rodziny	2	2	5	9	24	26	2	4	33	41
Ze strony środowiska zawodowego	0	4	0	14	0	50	0	6	0	74
Ze strony przyjaciół/sąsiadów	1	3	4	10	15	35	2	4	22	52
Ze strony grupy samopomocy	2	2	6	8	26	24	5	1	39	35
Ze strony organizacji społecznych	0	4	3	11	23	27	1	5	27	47

Tabela 4. Miejsce zamieszkania a forma otrzymanej pomocy**Table 4.** The place of living compared with the form of received support

Forma otrzymanej pomocy	Miejsce zamieszkania				Σ	
	Wieś		Miasto		Tak	Nie
	Tak	Nie	Tak	Nie		
Ze strony rodziny	7	7	26	34	33	41
Ze strony środowiska zawodowego	0	14	0	60	0	74
Ze strony przyjaciół/sąsiadów	0	14	22	38	22	52
Ze strony grupy samopomocy	9	5	30	30	39	35
Ze strony organizacji społecznych	1	13	26	34	27	47
Analiza statystyczna	$R_p = 0,256$					

Współczynnik siły związku przyjmuje wartość $r_p = 0,26$, czyli forma uzyskanej pomocy nie wiąże się ze statusem społecznym (ryc. 1).

Ponadto zbadano, czy AA spełnia oczekiwania alkoholików (ryc. 2).

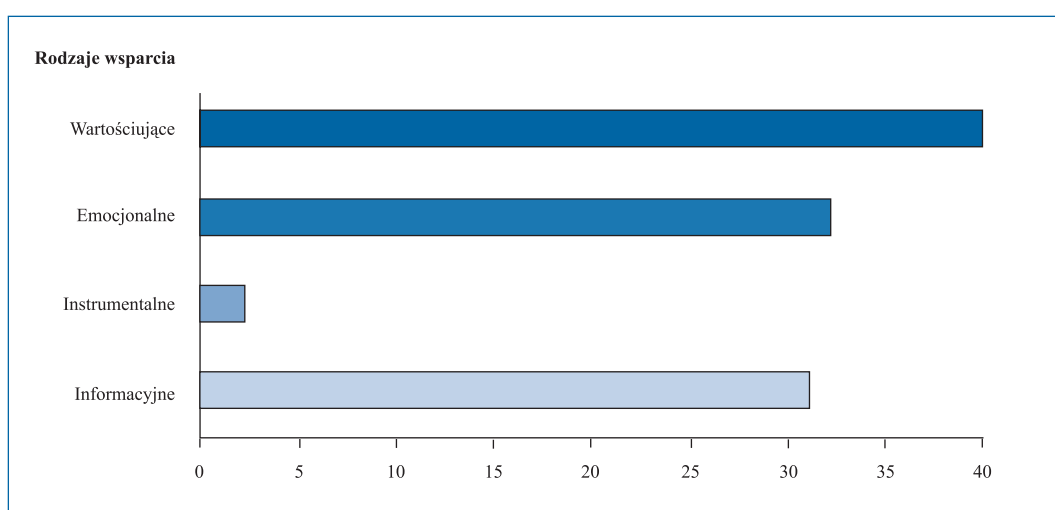
Dyskusja

Uzależnienie od alkoholu (alkoholizm) jest zjawiskiem patologicznym, uznanym za chorobę przewlekłą. Jest to choroba woli uniemożliwiająca człowiekowi powstrzymanie się od spożycia alkoholu. Uzależnienie

Tabela 5. Status społeczny a forma otrzymanej pomocy

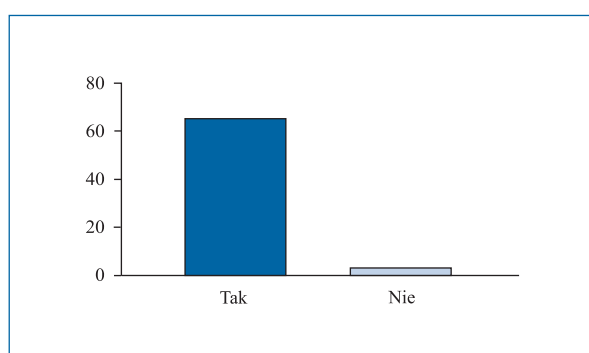
Table 5. The social status compared with the form of received support

Formy otrzymanej pomocy	Status								Σ	
	Czynny zawodowo		Bezrobotny		Emeryt/ rencista		Uczeń/ Student		Tak	Nie
	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie		
Ze strony rodziny	32	31	0	5	0	5	1	0	33	41
Ze strony środowiska zawodowego	0	63	0	5	0	5	0	1	0	74
Ze strony przyjaciół/sąsiadów	19	44	0	5	3	2	0	1	22	52
Ze strony grupy samopomocy	30	33	4	1	4	1	1	0	39	35
Ze strony organizacji społecznych	21	42	2	3	3	2	1	0	27	47



Rycina 1. Rodzaj pomocy uzyskanej przez ankietowanych

Figure 1. The kind of the support received by respondents



Rycina 2. Spełnienie oczekiwań osób uzależnionych od alkoholu ze strony grup AA

Figure 2. The fulfilment of expectations of people addicted to alcohol from the AA group

to wiąże się z różnymi czynnikami: fizycznymi (dziedziczenie), psychologicznymi (osobowość alkoholowa) i psychosomatycznymi. Istotną rolę w genezie choroby

odgrywają czynniki genetyczne (40–50%) i środowiskowe (50–60%) [3]. W badaniach przeprowadzonych w Szwecji wykazano wzrost ryzyka zapadalności na zespół uzależnienia alkoholowego w zależności od stopnia pokrewieństwa. Ryzyko zapadalności na alkoholizm w badanej populacji ogólnej wynosiło 7%, u wnuków — 2%, w drugim pokoleniu uzależnienie rozpoznawano u 25%, natomiast u bliźniąt monozygotycznych odsetek ten wynosił aż 60% [4].

Po paleniu tytoniu i nadciśnieniu tętniczym nadużywanie alkoholu jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych czynników ryzyka dla populacji polskiej. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) duży odsetek chorób wiąże się w sposób pośredni lub bezpośredni ze spożywaniem alkoholu [5]. Nadmierne jego używanie jest jedną z głównych przyczyn złej kondycji zdrowotnej polskiego społeczeństwa, w tym przedwczesnej umieralności. Sprzyja powstawaniu wielu zaburzeń psychicznych, zakłóca funkcjonowanie społecz-

ne, zawodowe, emocjonalne i rodzinne [6, 7]. Wyniki licznych badań epidemiologicznych wskazują także na związek między spożywaniem alkoholu a zwiększonym ryzykiem wystąpienia choroby nowotworowej [8].

Według Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) 80% Polaków sięga po alkohol, 13% — pije ryzykownie i szkodliwie, 3% — jest uzależnionych od niego [5]. Zatrważające wyniki badań uzyskała H. Przyłóżyńska — spośród 97% badanych kobiet ciężarnych aż 21% piło alkohol w ciąży [9]. Uzależnienie alkoholowe częściej dotyczy mężczyzn, chociaż w dużym stopniu obejmuje również kobiety i młodzież [10, 11]. W Stanach Zjednoczonych alkoholizm występuje 6 razy częściej u mężczyzn niż u kobiet [12]. Autorki niniejszego artykułu w swoich badaniach potwierdziły ten fakt. Blisko 80% badanych stanowili mężczyźni, którzy tworzyli grupę otrzymującą najwięcej wsparcia społecznego ze wszystkich badanych źródeł. Podobnie kształtowały się wyniki ze względu na wiek respondentów. Najwięcej wsparcia otrzymała najlicniejsza grupa w wieku 30–50 lat. W analizie wykazano, że chętniej udzielano wsparcia osobom mieszkającym w mieście.

Grupy samopomocy stanowiły największe źródło wsparcia bez względu na zróżnicowane dane demograficzne, na drugim miejscu była rodzina, co pokrywa się z zapotrzebowaniem na ten rodzaj pomocy.

Ponad 95% badanych wyraża zadowolenie z uczestnictwa w spotkaniach Klubu AA. Wspólne spotkania umacniają nie tylko proces radzenia sobie z okresami nawrotów, ale również naprawę, zadośćuczynienie i przebaczenie. Zdaniem pacjentów wychodzenie z nałogu jest procesem długim i złożonym, ale dzięki pełnej edukacji, jaką uzyskują, wzrasta ich wiedza o chorobie, co daje bardzo duże rezultaty. Budzenie świadomości, poczucie bezpieczeństwa, wiara w siebie, to najważniejsze czynniki walki z alkoholizmem. Wsparcie duchowe, emocjonalne i informacyjne otrzymała większość badanych. Na doniosłą rolę wsparcia ze strony AA wskazują także liczne wyniki badań, które potwierdzają ważność zaangażowania we wspólnotę Anonimowych Alkoholików w utrzymaniu abstynencji oraz w poprawie jakości życia [13, 14]. W badaniach przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych wskazano na pozytywny związek między wsparciem ze strony grup samopomocy a utrzymywaniem abstynencji u wszystkich członków AA niezależnie od pochodzenia etnicznego [15]. Należy jednak pamiętać, że z leczenia odwykowego korzysta zaledwie 10–15% osób uzależnionych [6], dlatego należy kłaść ogromny nacisk na to, aby wszyscy chorzy byli zachęceni i mobilizowani do udziału we wspólnocie AA [16].

W ostatnich latach coraz częściej praktykowaną metodą terapeutyczną w placówkach terapii uzależnień na świecie jest terapia motywująca (TM). Jest ona pomocna w przypadku trudnych, opornych pacjentów, niechętnych do leczenia. Głównym jej celem jest rozpo-

znanie motywów pacjenta i zwiększenie jego stopnia zaangażowania w realizację indywidualnego planu leczenia [17]. W Polsce profesjonalna pomoc osobom uzależnionym cały czas się rozwija. Tworzone są nowe programy uwzględniające sytuację życiową pacjenta [18].

W ostatnich latach wzrasta zainteresowanie funkcjonowaniem człowieka i jego środowiska w sytuacjach długotrwałego stresu życiowego. Doniosłą rolę w radzeniu sobie w trudnych sytuacjach odgrywa wsparcie społeczne ze strony bliskich. Osoby, które korzystają z niego, efektywniej radzą sobie i szybciej wracają do zdrowia [19]. Autorki niniejszego artykułu w swoich badaniach potwierdziły ten fakt, gdyż ponad 90% badanych odczuwa zwiększenie roli przyjaciół i znajomych we wspieraniu ich. Niestety, wyniki badania wskazują na małe wsparcie, jakie otrzymali respondenci ze strony sąsiadów, przyjaciół i organizacji społecznych. Niepokój budzi fakt, że grupa zawodowa nie tworzyła żadnego rodzaju wsparcia. Ani jedna osoba, bez względu na wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania i status społeczny, nie otrzymała pomocy ze strony środowiska zawodowego. Może to świadczyć o tym, że wszystkie problemy wynikające z nadużywania alkoholu nie są społecznie akceptowane.

Na podstawie przeprowadzonych rozważań można ustalić, że badane czynniki demograficzne mają niewielki wpływ na formy otrzymanej pomocy. Współczynnik siły związku we wszystkich przypadkach oscylował na poziomie słabym i przeciętnym.

Wnioski

1. Zależność statystyczna między czynnikami demograficznymi a formami wsparcia społecznego oscyluje w granicach słabej i przeciętnej.
2. Głównym źródłem wsparcia dla badanych były grupy samopomocy i rodzina.
3. Badani uzyskali przede wszystkim wsparcie emocjonalne, informacyjne i dowartościowujące.

Piśmiennictwo

1. Hartleb M., Czech E. Alkoholowa choroba wątroby. *Przeg. Gastroenterol.* 2007; 2 (2): 92–100.
2. Kawula S. *Pedagogika społeczna*. Adam Marszałek, Toruń 2004.
3. Samochowiec J. Czynniki genetyczne w uzależnieniu alkoholowym. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* 2007; 2 (2): 54–56.
4. Cloninger C.R., Begleiter H. *Genetics and biology of alcoholism*. 33 Banbury Report. Cold Spring Harbor Laboratory Press, New York 1990: 105–129.
5. Trnka J., Susło R., Drobnik J. Lekarz rodzinny wobec zjawiska nadużywania alkoholu przez pacjentów. *Przew. Lek.* 2010; 2: 184–187.
6. Habrat B. Osoby z problemami alkoholowymi — rozpoznawanie i postępowanie. *Przew. Lek.* 2000; 3: 86–91.
7. Kozubski W. Zaburzenia w obrębie układu nerwowego związane ze spożywaniem alkoholu. *Przew. Lek.* 2002; 5 (5): 17–26.
8. Godlewski D., Wojtyś P., Bury P. Alkohol jako czynnik ryzyka choroby nowotworowej. *Współcz. Onkol.* 2000; 1: 13–15.

9. Przyłóżyńska H. Negatywne skutki działania na płód alkoholu etylowego spożywanego przez kobiety w ciąży. *Gin. Pol.* 2008; 4: 25–27.
10. Jastrun E. Lecznictwo odwykowe w Polsce. *Świat Problemów* 2004; 3–4.
11. Zdrada D. O motywacji i postawie ufności (Nadzieja w trzeźwieniu). *Świat Problemów* 2005; 5: 9.
12. Pendino G.M., Mariano A., Surace P. i wsp. Prevalence and etiology of altered liver tests: a population-based survey in a Mediterranean town. *Hepatology* 2005; 41: 1151–1159.
13. Wnuk M. Zaangażowanie we wspólnotę Anonimowych Alkoholików a jakość życia i długość abstynencji jej członków. *Alkoh. Narkom.* 2008; 21 (3): 235–245.
14. Whelan E., Marshall J., David M. i wsp. Alcohol and Alcoholism. *International Journal of the Medical Council on Alcoholism.* Oxford 2009; 44 (4): 416–417.
15. Scot Tonigan J., Connors G., Miller W. Special populations in Alcoholics Anonymous. *Alcohol Health and Research Word* 1998; 22: 281–285.
16. Willenbring M., Massey S., Gardner M. Helping patients who drink too much: An evidence-based guide for primary care physicians. *Am. Fam. Phys.* 2009; 80: 44–47.
17. Jarczewska I. Skuteczność terapii motywującej w redukcji problemów alkoholowych. *Alkoh. Narkom.* 2009; 22 (2): 129–141.
18. Szpringer M., Czerwiak G., Karyś J., Głowacka M., Głowacka-Rębała A. Czynniki wpływające na podejmowanie leczenia u pacjentów uzależnionych od alkoholu. *Pielęg. Pol.* 2008; (2): 99–105.
19. Skwara A., Kolarzyk E. Rola i znaczenie wsparcia społecznego w radzeniu sobie ze stresem. *Med. Śr.* 2002; 5 (1): 15–18.