

Opinie personelu i pacjentów leczonych odwykowo stacjonarnie i ambulatoryjnie dotyczące przyczyn i leczenia uzależnienia od alkoholu. Opinie pacjentów o alkoholizmie

Opinions of patients and medical personnel in outpatient and inpatient health care, as related to the causes and treatment of alcohol-dependence. Opinions of patients about alcoholism

¹ Katedra Psychiatrii, Śląski Uniwersytet Medyczny, ul. Pyskowska 49, 42-600 Tarnowskie Góry

² NZOZ Sigma BI, ul. Wyczółkowskiego 16, 41-902 Bytom

Correspondence to: Dr hab. n. med. Piotr W. Gorczyca, Katedra Psychiatrii, Śląski Uniwersytet Medyczny, ul. Pyskowska 49, 42-600 Tarnowskie Góry, tel./faks: 32 285 43 58, e-mail: gormasp@o2.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Wstęp: Zbadanie postaw osób uzależnionych od alkoholu oraz personelu pracującego z pacjentami uzależnionymi może być przydatne do opracowania metod zapobiegania i leczenia. **Material i metody:** Badaniom ankietowym poddano 308 osób, w tym 104 osoby uzależnione od alkoholu leczone na oddziale odwykowym stacjonarnym, 102 osoby leczone ambulatoryjnie w poradniach odwykowych i zdrowia psychicznego oraz 102 osoby z personelu tychże instytucji. Badania przeprowadzono w 1995 roku. **Wyniki:** Pacjenci leczeni stacjonarnie i ambulatoryjnie różnili się co do oceny przyczyn i leczenia uzależnienia od alkoholu. Porównanie wypowiedzi pacjentów i personelu wykazało różnice w zapatrywaniu się na przyczyny alkoholizmu – ci pierwsi wskazywali na niepowodzenia życiowe, złe zwyczaje i nawyki. Pacjenci nie zaprzeczali też błędom wychowawczym swoich rodziców, a także niekorzystnemu wpływowi rodzin i przyjaciół. **Wnioski:** W porównaniu z pacjentami leczonymi ambulatoryjnie pacjenci leczeni stacjonarnie częściej wybierali odpowiedzi w kwestionariuszu ankiety, które nie wiązały się z pokonywaniem tej choroby. Pacjenci leczeni szpitalnie wyróżniali się gorszą sytuacją majątkową, gorszymi relacjami w rodzinie i niższym poziomem wykształcenia. Personel cechował się bardziej adekwatnymi do potrzeb terapii postawami zdrowotnymi w porównaniu z pacjentami, zwłaszcza leczonymi stacjonarnie.

Słowa kluczowe: opinie pacjentów i personelu, lecznictwo odwykowe stacjonarne i ambulatoryjne, uzależnienie od alkoholu, socjologia medycyny, patologia społeczna

Summary

Introduction: The approach of alcohol-dependent people and medical personnel to alcohol-related problems may affect the efficacy of preventive and therapeutic measures aimed at alcohol-dependence treatment. **Material and methods:** The studies involved alcohol-dependent people subjected to inpatient health care and outpatient health care. The questionnaire study involved 308 subjects, including 104 male inpatients treated at the detoxification centre, 102 patients of outpatient detoxification departments (all males) and 102 health care personnel members employed in detoxification facilities. The studies were carried out in 1995. **Results:** Inpatients and outpatients differ in their evaluations of the causes and treatment of alcohol dependence relatively insignificantly. A comparison of the answers of patients and health care personnel indicated that the patients pointed mainly to life failures or bad traditions and customs. The patients did not try to deny their parents' upbringing errors and bad example set by their families and friends. **Conclusions:** Inpatients as compared to outpatients more frequently chose attitudes which did not support cessation of alcohol drinking. Inpatients, as compared to outpatients, were more often characterized by worse financial situation, worse family relationships, and lower educational level. The health care personnel was usually characterized by health promoting statements related to alcohol problems, prevailing over the patients, especially inpatients.

Key words: opinions of patients and medical personnel, outpatient and inpatient health care, alcohol dependence, sociology of medicine, social pathology

WSTĘP

Nadużywanie alkoholu ma negatywny wpływ na różne dziedziny życia, takie jak: zdrowie, sytuacja rodzinna, relacje międzyludzkie, porządek publiczny oraz status ekonomiczny państwa. Podejście społeczeństwa do spożywania alkoholu i związanych z tym konsekwencji zmieniało się z biegiem czasu, pod wpływem wielu czynników kulturowych, takich jak: przyjęte modele picia, doktryny religijne oraz inne źródła modeli zachowań. Stosunek do problemów alkoholowych prezentowany zarówno przez osoby uzależnione od alkoholu, jak i przez personel medyczny może mieć wpływ na efektywność profilaktycznych i terapeutycznych środków stosowanych w leczeniu uzależnienia alkoholowego. W celu zwiększenia skuteczności profilaktycznych i terapeutycznych metod leczenia konieczne wydaje się przeprowadzenie badania opinii na temat problemów alkoholowych zarówno podmiotów uzależnionych od alkoholu, jak i personelu medycznego, aby wykazać różnice pomiędzy badanymi grupami. Postrzeganie problemów alkoholowych przez różne grupy ludzi, również przez personel medyczny, stanowiło przedmiot badań wielu autorów⁽¹⁻³⁾. Niniejsze wyniki są prezentowane w czasopiśmie psychiatrycznym po raz pierwszy i mogą służyć jako materiał porównawczy dla podobnych i nowych projektów badawczych.

MATERIAŁ I METODY

Grupę badaną stanowiły osoby uzależnione od alkoholu poddane hospitalizacyjnej opiece medycznej (ośrodek detoksykacji) oraz pacjenci leczeni w trybie ambulatoryjnym (ambulatoryjne placówki detoksykacyjne), personel terapeutyczny, lekarze, psychiatry, psychologowie, specjaliści od leczenia uzależnień oraz pozostali personel medyczny: pielęgniarki, sekretarki i pracownicy szpitala.

Grupa badana liczyła 308 respondentów, w tym 104 pacjentów płci męskiej leczonych w warunkach szpitalnych w ośrodku detoksykacji, 102 pacjentów ambulatoryjnych placówek detoksykacyjnych (wszyscy mężczyźni) oraz 102 osoby należące do personelu medycznego zatrudnione w ośrodkach i placówkach detoksykacji. Badania zostały przeprowadzone w 1995 roku. Niektóre pytania w kwestionariuszu wymagały zaznaczenia jednej odpowiedzi, w innych poproszono respondentów o wskazanie 2-3 odpowiedzi i uszeregowanie ich w oparciu o kryterium ważności. Ponadto respondenci mieli odpowiadać na pytania otwarte. Badanie było oparte na socjologicznej zasadzie „tu i teraz”, zakładającej istnienie pewnego związku pomiędzy miejscem leczenia pacjenta a jego stanem psychicznym i socjologicznym, który również ma wpływ na odpowiedzi respondenta. Ponieważ względnie duża część badanego personelu medycznego pracuje zarówno w ośrodkach hospitalizacyjnych, jak i ambulatoryjnych, stosowny podział nie został wprowadzony.

GRUPA BADAWCZA

Szczegółowe dane dotyczące wieku, wykształcenia i stanu cywilnego respondentów znajdują się w tabelach 1 i 2.

INTRODUCTION

Alcohol abuse induces many damages in different domains of life, such as the individual's health, family health, interpersonal relationships, public order, or the state's economic status. The society's attitude to alcohol consumption and its consequences varied over time. This attitude varied with many cultural factors, including: created models of drinking, religious doctrines and other sources of social behaviour patterns. The approach of alcohol-dependent people and medical personnel to alcohol-related problems may affect the efficacy of preventive and therapeutic measures aimed at alcohol dependence treatment. It seems advisable, in view of increasing the efficacy of preventive and therapeutic effects, to survey the opinions of alcohol-dependent subjects and health care personnel on alcohol problems and to identify the differences between the surveyed groups. Different authors investigated the perception of alcohol problems by various groups of people, including the health care personnel⁽¹⁻³⁾. The current studies are presented in a journal of psychiatry for the first time in order to serve as a referential and comparative material for similar and other contemporary studies.

MATERIAL AND METHODS

The studies involved alcohol-dependent people subjected to inpatient health care (detoxification centre) and outpatient health care (outpatient detoxification departments), therapeutic personnel, doctors, psychiatrists, psychologists, detoxification therapy instructors, and auxiliary medical personnel: nurses, secretaries and hospital attendants.

The questionnaire study involved 308 subjects, including 104 male inpatients treated at the detoxification centre, 102 patients of outpatient detoxification departments (all males) and 102 health care personnel members employed in detoxification facilities. The studies were carried out in 1995. Some questions in the questionnaire asked to choose one answer, other questions asked the respondents to mark 2-3 answers and arrange them according to their importance. Furthermore, the respondents were asked to answer open questions. The studies used the sociological perspective "here and now", which determines a certain correlation between the patient's treatment place and his current psychological and sociological situation, which also affects the subjects' answers in the questionnaire. As a relatively high number of the examined personnel work both in the inpatient and outpatient health care facilities, no such division was made.

DESCRIPTION OF THE EXAMINED POPULATION

Detailed data related to the respondents' structure of age, education and marital status are presented in tables 1 and 2.

The presented data show a consistent age structure in both groups of patients. On the other hand, the therapeutic personnel is a bit younger, as compared to their patients. In the patients group all subjects were male. This composition was maintained due to too

Wiek <i>Age (in years)</i>	Pacjenci <i>Patients</i>		Personel terapeutyczny <i>Therapeutic personnel</i>
	w szpitalach <i>of hospitals</i>	w placówkach ambulatoryjnych <i>of outpatient departments</i>	
Do 25 lat <i>Up to 25</i>	3,8%	3,9%	20,6%
Od 26 do 30 lat <i>From 26 to 30</i>	13,5%	9,8%	18,6%
Od 31 do 40 lat <i>From 31 to 40</i>	44,2%	44,1%	38,2%
Od 41 do 50 lat <i>From 41 to 50</i>	28,8%	33,3%	16,7%
Powyżej 50 lat <i>Above 50 lat</i>	9,6%	8,8%	5,9%

Tabela 1. Kategorie wiekowe badanej grupy pacjentów w szpitalach i placówkach ambulatoryjnych oraz personelu (w procentach)
Table 1. Age categories of the examined patients of hospitals, outpatient departments, and personnel

Przedstawione dane wskazują na spójną strukturę wieku w obu badanych grupach pacjentów, personel medyczny był nieco młodszy od swoich podopiecznych. Badana grupa pacjentów składała się wyłącznie z mężczyzn – zdecydowano się na taką strukturę ze względu na zbyt małą liczbę kobiet leczonych w badanych ośrodkach, a także chcąc utrzymać homogeniczność opisywanej grupy badawczej. W odróżnieniu od pacjentów personel medyczny stanowiły w większości kobiety (90%). Badana grupa składała się w 88,2% z kobiet (90 osób ze 102 badanych), 12 mężczyzn stanowiło 11,8% badanej grupy personelu medycznego.

Największa część grupy pacjentów to mężczyźni żonaci, po ślubie kościelnym (ponad połowa – 56,3%), kawalerzy stanowili 21,4%, rozwodnicy – 16%, a wdowcy – około 1%. Ślub cywilny zawarło 1,5% pacjentów, należy dodać, że nieco częściej poddają się oni leczeniu w trybie hospitalizacyjnym. Z drugiej strony pacjenci po ślubie kościelnym dominują w ambulatoryjnych placówkach detoksykacyjnych.

Wyższe wykształcenie posiada 38,2% personelu medycznego, średnie i niepełne wyższe – 55,9%, 4,9% ukończyło zasadniczą szkołę zawodową, a 1% – jedynie szkołę podstawową.

few women treated in the analysed facilities and to maintain the homogeneity of the described population. Instead, among the health care personnel almost 90% are women. The sample contained 88.2% of women (i.e. 90 persons of 102 polled). Twelve men constitute 11.8% of the surveyed therapeutic personnel.

The largest part of the patients group are married people (over half: 56.3%).

Bachelors – approx. one fifth (21.4%), divorcees – 16%, widowers – about one percent. One and a half percent of patients are common law spouses who a bit more often undergo treatment as inpatients. On the other hand, married patients prevail in outpatient detoxification facilities (outpatient departments).

Among the health care personnel, 38.2% of the subjects exhibited higher education, 55.9% exhibited secondary and incomplete higher education, 4.9% basic vocational education, and 1.0% completed the primary school only.

In the group of hospital patients approx. 9% exhibit higher education, 20.2% – secondary and incomplete higher education, 67.3% – basic vocational education, whereas 11.5% – the primary education.

Stan cywilny <i>Marital status category</i>	Pacjenci szpitala Liczba % <i>Hospital patients</i> <i>Number %</i>		Pacjenci placówek ambulatoryjnych Liczba % <i>Outpatient department patients</i> <i>Number %</i>		Wszyscy pacjenci Liczba % <i>All patients</i> <i>Number %</i>	
	Kawaler <i>Bachelor</i>	28	26,9	16	15,7	44
Żonaty <i>Married</i>	49	47,1	67	65,7	116	56,3
Rozwodnik <i>Divorced</i>	19	18,3	14	13,7	33	16,0
Wdowiec <i>Widower</i>	0	0,0	2	1,96	2	0,97
Po ślubie cywilnym <i>Common-law husband</i>	2	1,9	1	0,98	3	1,46

Dane nie zawsze sumują się, dając 100%, ponieważ niektórzy respondenci nie udzielili odpowiedzi.
The data not always sum up to 100%, because some respondents did not reply at all.

Tabela 2. Stan cywilny badanych pacjentów

Table 2. Marital status of patients covered by the study

W grupie pacjentów szpitala około 9% ma wyższe wykształcenie, 20,2% – średnie i niepełne wyższe, 67,3% ukończyło zasadniczą szkołę zawodową, a 11,5% – szkołę podstawową.

Wśród pacjentów ośrodków ambulatoryjnych osoby z wyższym i średnim wykształceniem stanowiły odpowiednio 4,9% i 43,1%, na wykształcenie zasadnicze wskazało 44,1%, a na podstawowe – 7,8% respondentów.

W badanej grupie personelu medycznego było 46 pielęgniarzek (45% wszystkich respondentów w tej grupie), 17 lekarzy (około 16,7%), 12 psychologów (11,8%), 6 pracowników szpitala (5,9%), 2 nauczycieli i 1 sekretarka. Troje badanych osób to magister resocjalizacji, magister socjologii i magister teologii. Sześć osób deklaroowało, iż są terapeutami, nie podając przy tym swych kwalifikacji. Wśród pozostałych terapeutów odnotowano takie zawody, jak: cukiernik, technik ekonomii, ekonomista, agrotechnik, mechanik; jedna osoba w ogóle nie posiadała zawodu. Pacjenci reprezentowali różne grupy zawodowe, przede wszystkim: górnik – 16,6%, ślusarz i elektryk – po 15,2%, mechanik – 7,6%, kierowca – 6,9%, tokarz – 5,9%, technik budowlany i spawacz – 4,6%, malarz – 2,8%.

W grupie pacjentów 5,3% badanych mieszkało w Katowicach, 84,5% – w innym dużym mieście, 0,9% – w małym mieście, 11% – na wsi. Cała badana grupa mieszkała na obszarze Śląska, na którym społeczność wiejska stanowi 13% liczby mieszkańców, a odległość z obszarów wiejskich do najbliższego miasta jest niewielka.

W grupie badanych pacjentów szpitala 61,5% stanowiły osoby czynne zawodowo, 14,4% było na emeryturze, 7,6% na zasiłku, a 8,7% (9 respondentów) nie posiadało środków do życia. Ponadto 5 osób stwierdziło, iż wspiera je rodzina, 2 respondentów pracowało dorywczo, a 1 otrzymywał pomoc od opieki społecznej. Jeżeli chodzi o pacjentów leczonych ambulatoryjnie, 82,5% (84 mężczyzn) stanowiły osoby czynne zawodowo, 4,9% było na emeryturze, także 4,9% na zasiłku dla bezrobotnych, 2 osoby korzystały z pomocy opieki społecznej, podobnie 2 osoby były wspierane przez swoje rodziny, a 1 otrzymywała rentę.

WYNIKI I OMÓWIENIE

W kwestionariuszu proszono respondentów o podanie głównych przyczyn alkoholizmu w Polsce. Z wnikliwej analizy odpowiedzi badanych wynika, że główne czynniki sprzyjające alkoholizmowi to:

- niepowodzenia życiowe i związane z nimi cierpienie psychiczne;
- złe zwyczaje i obyczaje kulturowe związane ze spożywaniem alkoholu;
- błędy wychowawcze popełniane przez rodziców.

Mniej respondentów doszukiwało się przyczyn alkoholizmu w złej sytuacji finansowej i mieszkaniowej. Względnie rzadko jako źródła uzależnienia wskazywano dziedziczne predyspozycje do nadużywania alkoholu i wrodzone zaburzenia osobowości.

Różnica w ocenie przyczyn uzależnienia od alkoholu pomiędzy pacjentami hospitalizowanymi a ambulatoryjnymi jest względ-

The outpatient department patients group had respectively: higher education – 4.9%, secondary education – 43.1%, basic vocational education – 44.1%, and primary school education – 7.8%.

The polled personnel consisted of: 46 nurses, i.e. 45% of questionnaire respondents in this group, 17 doctors (approx. 16.7%), 12 psychologists (11.8%), 6 hospital attendants (5.9%), 2 teachers, and 1 secretary. Three individuals were: a master of resocialization, master of social studies, and master of theology. Six persons declared to be therapists without mentioning their professional qualifications. The other persons who were therapists declared to be: confectioner, economy technician, economist, agricultural technician, mechanic, and one person had no profession at all. Many professions are represented in the patients' group, representing, among others, the following professional groups: miner – 16.6% of patients, locksmith and electrician – 15.2% each, mechanic – 7.6%, driver – 6.9%, turner – 5.9%, constructional technician and welder – 4.6%, and painter – 2.8%.

In the polled group of patients 5.3% lived in the regional town – Katowice, 84.5% – in another large town, 0.9% – in a small town, 11% – in the countryside. The entire polled community live in Silesian region where the distances from the countryside to the nearest town are short really, while the rural population constitutes in total 13% of all inhabitants.

Of the hospital patients, 61.5% were professionally active, 14.4% were retired, 7.6% were on benefit, and 8.7% (i.e. 9 subjects) were left with nothing to live on. Moreover, 5 subjects declared to be supported by their families, 2 subjects worked off and on, and 1 subject was supported by welfare services. Of outpatient department patients, 82.5% (84 subjects) were professionally active, 4.9% were retired, 4.9% were on unemployment benefit, 2 subjects used the social welfare services, 2 subjects were supported by their families, and one subject was a pensioner.

RESULTS AND DISCUSSION

In the questionnaire each respondent was asked about the main causes of alcoholism in Poland. A profound analysis of answers revealed that according to the respondents the main factors contributing to alcoholism were:

- failures in life and related mental suffering;
- bad customs and cultural patterns connected with alcohol drinking;
- upbringing errors made by parents.

A lower percentage of the respondents sought the main causes of alcoholism in bad financial and housing situation. Relatively seldom indicated were hereditary predispositions to alcohol abuse and inborn personality disorders as a source of addiction.

Inpatients and outpatients differ in their evaluations of the causes of alcohol dependence relatively insignificantly. The first three most important factors are perceived equally in each of the groups (also by the health care personnel), the difference being found only in the intensity of indications. The inpatients exhib-

nie niewielka. Pierwsze 3 czynniki są postrzegane jednakowo przez wszystkie grupy (także przez personel medyczny), inna jest tylko gradacja odpowiedzi. Pacjenci hospitalizowani mają mniejszy bezpośredni kontakt z życiem codziennym (kontakty nieformalne, obyczaje, środowisko pracy) oraz z rodziną, przez co tego typu relacje stają się odległe, a leczenie oznacza izolację i w rezultacie pojawia się uczucie pokrzywdzenia. Pacjenci ambulatoryjni nie tracą kontaktu ze swoim środowiskiem, zazwyczaj przechodzą leczenie dobrowolnie, bez nakazu sądowego, w związku z czym są bardziej skłonni poczuwać się do odpowiedzialności za alkoholizm, a nie szukać przyczyn w niepowodzeniach życiowych spowodowanych „losem” oraz w innych okolicznościach będących poza ich kontrolą.

Największa różnica widoczna jest w ocenie wpływu czynników związanych z dziedzicznymi zaburzeniami osobowości. Pacjenci hospitalizowani rzadko zwracali uwagę na udział wrodzonych zaburzeń osobowości (łącznie 8,6%) w porównaniu z pacjentami ambulatoryjnymi (22,5%), których opinie zbliżone są do opinii personelu medycznego (25,5%).

Personel medyczny jako główne przyczyny alkoholizmu podawał złe zwyczaje i obyczaje kulturowe, błędy wychowawcze i niepowodzenia życiowe wywołujące cierpienie psychiczne, zatem i on doszukuje się głównych przyczyn w czynnikach zewnętrznych (zwyczaje, wychowanie). Niepowodzenie życiowe nie zależy wyłącznie od środowiska, ale także od mechanizmów funkcjonowania danego człowieka. Z porównania odpowiedzi pacjentów i personelu medycznego wynika, że pacjenci wskazują głównie na niepowodzenia życiowe oraz złe zwyczaje i nawyki. Nie próbowali zaprzeczyć błędom wychowawczym swoich rodziców i temu, że ich rodziny i przyjaciele dawali im zły przykład.

Pacjenci szpitala częściej niż pacjenci placówek ambulatoryjnych doszukiwali się przyczyn uzależnienia w złych warunkach życia i złej sytuacji materialnej. Z badań społeczeństwa rosyjskiego przeprowadzonych przez Bobaka i wsp. wynika, że zła sytuacja materialna sama w sobie, w przeciwieństwie do niepowodzeń życiowych, nie ma wpływu na zwiększenie spożycia alkoholu⁽⁴⁾. Odpowiedzi respondentów potwierdziły wieloczynnikowość przyczyn alkoholizmu. Pacjenci głównie wskazywali na czynniki psychiczne i społeczne, podczas gdy personel medyczny raczej na te ostatnie. Znacznie rzadziej pojawiały się w odpowiedziach czynniki genetyczne, zwłaszcza jako najważniejsze źródło uzależnienia. Niemniej jednak są one wyraźnie częściej wskazywane przez personel medyczny niż przez pacjentów hospitalizowanych.

W następnym pytaniu respondenci mieli zdefiniować alkoholizm, zaznaczając tylko jedną odpowiedź. Według większości badanych alkoholizm to choroba (77,1% wszystkich respondentów), zdaniem 12,1% – zły styl życia, 7,2% badanych uznało, że jest efektem warunków, w jakich żyjemy, a według opinii 3,3% respondentów – moralnym złem. Nie znaleziono żadnych znaczących różnic w doborze odpowiedzi dokonanych przez 3 badane grupy.

W piśmiennictwie dotyczącym problemów alkoholowych alkoholizm analizuje się z punktu widzenia medycyny, psychologii i socjologii, w związku z czym funkcjonują 3 jego definicje: me-

it a lower direct contact with everyday life (informal contacts, customs, work environment) and with the family, which turns such relationships away from them, whereas the treatment itself means isolation and arouses a sense of harm. Outpatients do not lose contact with their environment, they usually undergo treatment voluntarily, without any court coercion, therefore they are more apt to realize their own responsibility for alcoholism, instead of seeking the causes in life failures determined by the “fate” or other external sources beyond their control.

The main differences occur with determining the contribution of factors tantamount to hereditary personality disorders. Inpatients rarely pointed to the impact of congenital personality disorders (altogether 8.6%), as compared to outpatients (22.5%) whose opinions approximate the health care personnel’s opinions (25.5%).

The personnel searched out for the main causes of alcoholism in bad customs and cultural patterns, upbringing errors and life failures inducing mental suffering. Thus, the health care personnel also seeks the main causes in external factors (customs, upbringing). Life failure depends not only on the environment but also on mechanisms of human functioning. A comparison of the answers of patients and health care personnel indicated that the patients pointed mainly to life failures or bad traditions and customs. The patients did not try to deny their parents’ upbringing errors and bad example set by their families and friends.

Hospital patients more frequently than those of outpatient departments point to bad living conditions and bad financial situation as the causes of addiction. The studies carried out by Bobak et al. on the Russian population demonstrated that bad financial situation itself, unlike the life failures, did not contribute to an increase in alcohol consumption⁽⁴⁾. The respondents’ answers confirmed the multifactorial causes of alcoholism. The patients mostly indicated mental and social factors, whereas the health care personnel – social factors. Much less frequently the respondents pointed to genetic factors, especially as the most significant source of addiction. However, these factors are evidently more often indicated by the health care personnel than by inpatients.

In the next question the respondents were asked to define alcoholism. They were asked to choose one answer only. According to most respondents, alcoholism is a disease – 77.1% of all subjects, according to 12.1% it is a wrong style of life, 7.2% of subjects considered it as an effect of the conditions in which we live, while in the opinion of 3.3% respondents alcoholism is a moral evil. No significant differences were found in the choice of answers by the three analysed groups.

In articles devoted to alcohol problems it has become customary to write about the perception of alcoholism from the point of view of medicine, psychology and sociology. The so called medical, psychological, and sociological definitions arose. Simplifying this issue we could say that defining alcoholism as a disease is a medical approach, defining it as a wrong style of life is a psychological approach, and as a result of the conditions in which we live and as a moral evil – sociological approach. The studies on the quality of life of alcohol-dependent

dyczna, psychologiczna i socjologiczna. Upraszczając, można przyjąć, że medycyna utożsamia alkoholizm z chorobą, psychologia akcentuje zły styl życia, z kolei wg definicji socjologicznej jest on konsekwencją złych warunków życia oraz moralnym złem. Badanie dotyczące jakości życia osób uzależnionych od alkoholu pokazuje, że zazwyczaj kładą oni większy nacisk na psychologiczne aspekty swoich problemów⁽⁵⁾.

W następnym pytaniu respondenci zostali poproszeni o uściślenie znaczenia słowa *alkoholik*. Dominowały dwie odpowiedzi: „to ktoś, kto nie może kontrolować picia” – 52,9% oraz „to chora osoba” – 43,5%. Pozostałe odpowiedzi nie przekroczyły progu 3%. Pojawiały się definicje typu: „ktoś, kogo głowa nie jest dostatecznie mocna”, „ofiara nawyków społecznych”, „ktoś, kto od teraz już nie będzie mógł pić alkoholu”. Nie znaleziono znaczących różnic pomiędzy odpowiedziami poszczególnych badanych grup.

Kolejne pytanie dotyczyło głównego powodu, dla którego ludzie piją alkohol. Badani najczęściej wskazywali na uczucie relaksu i spokoju (64,1%) oraz występowanie okazji do napicia się. Nie znaleziono znaczących różnic pomiędzy odpowiedziami 3 badanych grup.

Respondenci mieli także skomentować kilka stwierdzeń, określając ich prawdziwość. Ze stwierdzeniem: „Picie alkoholu na weselu jest niezbędne, by dobrze się bawić”, zgadzała się jedna trzecia pacjentów szpitala. Mniej odpowiedzi twierdzących uzyskano od pacjentów ambulatoryjnych, a w szczególności od personelu medycznego (około 7%).

Opinie na ten temat mogą być różne w różnych środowiskach i społecznościach. Większości ludzi może się wydawać, że powyższa teza, jako stereotyp, jest czysto retoryczna, jednak z analizy wynika, że odpowiedzi twierdzącej udzieliło względnie dużo pacjentów, a zwłaszcza pacjentów szpitala. Można zatem wnioskować, że niektóre osoby przywiązują dużą wagę do alkoholu w swoim życiu społecznym, co może znacznie utrudnić zachowanie abstynencji, szczególnie podczas utrzymywania kontaktów towarzyskich.

Respondenci zgodzili się, że regularne spożywanie alkoholu wiąże się z ryzykiem uzależnienia – na tak sformułowane pytanie „tak” odpowiedziało 81,8% badanych, a „raczej tak” – 14,6%. Nie znaleziono znaczących różnic pomiędzy badanymi grupami.

Respondentów poproszono również o skomentowanie stwierdzenia: „Każdy, kto pije za dużo, może przestać, kiedy tylko zechce”. Większość badanych wybrała negatywną odpowiedź. Uzależnieni od alkoholu często przestają pić po kilku wcześniejszych nieudanych próbach i zazwyczaj po pojawieniu się poważnych problemów zdrowotnych i społecznych.

Kolejne stwierdzenie brzmiało: „Alkohol leczy wszystkie choroby”. Większość respondentów (około 85%) odpowiedziała negatywnie. Co ciekawe, około 11% pacjentów szpitala oraz 0% pacjentów ambulatoryjnych i personelu medycznego wybrało odpowiedź „tak”.

Następne pytanie odnosiło się do poniższych kwestii: czy nadużywanie alkoholu może zniszczyć zdrowie, pomóc rodzinie pijącego, zdegenerować moralnie, pomóc żyć szczęśliwie, oddalić kogoś od życia zgodnego z wiarą w Boga, przyczynić się do

people indicate that the affected subjects usually enhance a psychological factor of their problems⁽⁵⁾.

In the next question the respondents were asked to specify what they mean by the word *alcoholic*. Two answers were predominant in the choices made: “it is someone who cannot control drinking” – 52.9% and “this is a sick person” – 43.5%. The other answers did not exceed 3%. These were definitions like: “someone whose head is not strong enough”, or “a victim of social habits”, or “someone who will never drink any alcohol from now on”. No significant differences were found in the choice of answers among the groups.

In the next question of the questionnaire the respondents were asked to indicate the main reason for which people drink alcohol. The respondents usually mentioned the feeling at ease and calm (64.1%) and occurrence of an opportunity to drink. No significant differences in the choices of answers were found between the three analysed groups of subjects.

Subsequently, the respondents⁽⁵⁾ were asked to comment on the opinions presented below. The statement “alcohol drinking at a wedding celebration is a prerequisite for having a good fun” received an affirmative answer from about one third of the hospital patients. Fewer affirmative answers were given by the outpatients, and particularly by the health care personnel (approx. 7%).

Opinions on that issue may vary between different milieus and societies. To a vast majority of people it might seem that the above statement is purely rhetorical. Yet it appeared that relatively many patients, especially the hospital patients, gave an affirmative answer. Therefore it seems that some patients ascribe much importance to alcohol in their social life, which can cause considerable difficulties in being a teetotaler, especially while socializing.

The respondents concurred in their comments on the risk of addiction due to a regular alcohol consumption. 81.8% of the respondents answered “yes” and 14.6% answered “quite so”. No significant differences were found between the polled groups.

Subsequently, the respondents were asked to comment on the statement: “whoever drinks too much, may stop drinking whenever she/he wants”. Most of the respondents chose negative answers. Alcohol abusers often stop drinking after a few earlier failed attempts and usually after the occurrence of severe health and social detriments.

The next statement was: “alcohol cures all diseases”. A vast majority of the respondents (approx. 85%) gave negative answers. Curiously enough, approx. 11% of hospital patients, as compared to 0% of outpatients and health care personnel, chose the answer “yes”.

The next question refers to the following issues: can alcohol abuse destroy health, help the drinking person’s family, degrade morally, help to live happily, distance someone from the life in conformity with the faith in God, cause crimes and social damages, shift the burden of the care of an alcoholic and his family onto other people. Some hospital patients (approx. 13%) said among other that alcohol abuse could help the alcoholic’s family and it could help to live happily. Less than 3% of outpa-

przestępstw i problemów społecznych, przenieść ciężar opieki nad alkoholiczkiem i jego rodziną na innych ludzi. Niektórzy pacjenci szpitala (około 13%) twierdzili, że alkohol może przede wszystkim pomóc rodzinie alkoholika, a także pomóc żyć szczęśliwie. Pogląd ten podzielało mniej niż 3% pacjentów ambulatoryjnych i personelu medycznego. Odsetek twierdzących odpowiedzi pacjentów szpitala nie jest wysoki, jednak ponieważ powyższe pytania dość wyraźnie wskazują, którą odpowiedź należy wybrać, wynik ten nie może zostać pominięty.

Badani mieli także wypowiedzieć się na temat spożycia alkoholu podczas świąt rodzinnych. Pacjenci hospitalizowani mniej więcej dwa razy częściej niż pacjenci ambulatoryjni twierdzili, że alkohol mógłby zagwarantować dobry nastrój i miłe spędzenie świąt rodzinnego. Jednak pacjenci zazwyczaj optowali za picciem małych ilości alkoholu. Taka odpowiedź była najczęściej wybierana przez personel medyczny.

Respondenci zostali również poproszeni o odpowiedź na pytanie, czy większość uzależnionych od alkoholu przestałaby pić z powodu niepowodzeń w pracy. Przeważały odpowiedzi twierdzące, udzielone głównie przez personel medyczny. Odpowiedzi te często wiązały się z pomocą, jaką uzyskuje pracownik od pracodawcy. Potrzebę takiej pomocy częściej podkreślali pacjenci niż personel medyczny. Z drugiej strony personel medyczny częściej niż pacjenci wskazywał na progresywną naturę uzależnienia i brak wpływu niepowodzeń w pracy na przerwanie picia. Wspomniane wcześniej badanie rosyjskiej populacji wykazało związek pomiędzy utratą pracy a zwiększeniem spożycia alkoholu⁽⁴⁾.

Respondentów pytano także o to, czy w większości przypadków ludzie uzależnionych od alkoholu groźba rozwodu bądź wyrowadzki małżonka mogłaby spowodować zaprzestanie picia. Badani nieco częściej zaprzeczali takiej korelacji. Jednak znaczna liczba pacjentów (około 40%) i nieco mniejsza personelu (około 25%) stwierdziła, że w takiej sytuacji alkoholik próbuje naprawić swoje błędy i zmienić postępowanie. Nie ulega wątpliwości, że pozostawienie alkoholika samemu sobie przyspiesza rozwój choroby⁽⁶⁾. Ponieważ rodzina alkoholika często doświadcza krytycznych sytuacji z powodu nałogu męża lub ojca, zalecane jest włączenie jej do procesu leczenia. Uczestnictwo rodziny alkoholika w terapii zwiększa szansę na uzyskanie całkowitej abstinencji osoby uzależnionej.

W następnym pytaniu respondentów poproszono o ocenę możliwych toków postępowania i nastawienia pracodawcy w stosunku do pracownika, którego zaniedbania wynikały z picia. Pacjenci, w szczególności pacjenci szpitalni, znacznie częściej niż personel medyczny podkreślali potrzebę przyjacielskiej rozmowy z pracownikiem i poinformowania go o dostępnych sposobach leczenia. Pacjenci rzadziej niż personel wskazywali na możliwość zwolnienia pracownika w przypadku, gdy wcześniej podjęte leczenie nie przyniosło efektów. Pacjenci szpitala mniej więcej dwa razy częściej niż pacjenci ambulatoryjni sprzeciwiali się zwolnieniu pracownika z pracy w sytuacji, gdy wcześniej podjęte leczenie okazało się nieefektywne. Należałoby rozważyć możliwość dołączenia poradni detoksykacji do poradni przyzakładowej, a jeśli by się tak stało, rozważyć, czy miałyby ona współpracować z kierownictwem zakładu pracy. Kierow-

ników i personelu medycznego podzielili ten pogląd. Powyższy odsetek pozytywnych odpowiedzi pacjentów szpitala nie jest wysoki, ale biorąc pod uwagę fakt, że powyższe pytania dość wyraźnie wskazują, którą odpowiedź należy wybrać, ten wynik nie może być pominięty.

Następne pytanie dotyczyło spożycia alkoholu podczas świąt rodzinnych. Pacjenci hospitalizowani dwa razy częściej niż pacjenci ambulatoryjni twierdzili, że alkohol mógłby zagwarantować dobry nastrój i miłe spędzenie świąt rodzinnych. Jednak pacjenci zazwyczaj optowali za picciem małych ilości alkoholu. Taka odpowiedź była najczęściej wybierana przez personel medyczny.

Następne pytanie dotyczyło spożycia alkoholu podczas świąt rodzinnych. Pacjenci hospitalizowani dwa razy częściej niż pacjenci ambulatoryjni twierdzili, że alkohol mógłby zagwarantować dobry nastrój i miłe spędzenie świąt rodzinnych. Jednak pacjenci zazwyczaj optowali za picciem małych ilości alkoholu. Taka odpowiedź była najczęściej wybierana przez personel medyczny.

Następne pytanie dotyczyło spożycia alkoholu podczas świąt rodzinnych. Pacjenci hospitalizowani dwa razy częściej niż pacjenci ambulatoryjni twierdzili, że alkohol mógłby zagwarantować dobry nastrój i miłe spędzenie świąt rodzinnych. Jednak pacjenci zazwyczaj optowali za picciem małych ilości alkoholu. Taka odpowiedź była najczęściej wybierana przez personel medyczny.

Następne pytanie dotyczyło spożycia alkoholu podczas świąt rodzinnych. Pacjenci hospitalizowani dwa razy częściej niż pacjenci ambulatoryjni twierdzili, że alkohol mógłby zagwarantować dobry nastrój i miłe spędzenie świąt rodzinnych. Jednak pacjenci zazwyczaj optowali za picciem małych ilości alkoholu. Taka odpowiedź była najczęściej wybierana przez personel medyczny.

Następne pytanie dotyczyło spożycia alkoholu podczas świąt rodzinnych. Pacjenci hospitalizowani dwa razy częściej niż pacjenci ambulatoryjni twierdzili, że alkohol mógłby zagwarantować dobry nastrój i miłe spędzenie świąt rodzinnych. Jednak pacjenci zazwyczaj optowali za picciem małych ilości alkoholu. Taka odpowiedź była najczęściej wybierana przez personel medyczny.

nicy dość rzadko stawiają pracownikowi ultimatum związane z podjęciem leczenia detoksykacyjnego.

Badani odpowiadali także na pytanie, jak współpracownicy powinni reagować na zaniedbania w pracy spowodowane przez osobę pijącą alkohol. Najczęściej wskazywano potrzebę przekonania takiej osoby do podjęcia leczenia (robili to głównie pacjenci szpitala). Rzadziej opowiadano się za zgłaszaniem tego typu zaniedbań kierownictwu i jednoczesnym oferowaniem pomocy współpracownikowi. Pacjenci szpitala znacznie rzadziej wyrażali taki pogląd.

Kolejne pytanie dotyczyło ewentualnej odpłatności za leczenie detoksykacyjne. Oczywiście zauważalne są znaczące różnice pomiędzy opiniami pacjentów i personelu medycznego – odpowiedzi negatywnych udzieliło 90% pacjentów i 41% personelu. Respondenci uzasadniali swoje opinie postrzeganiem alkoholizmu jako choroby. Pacjenci częściej niż personel podkreślali, że pomoc uzależnionym jest obowiązkiem państwa, a także częściej zwracali uwagę na możliwość zubożenia rodziny alkoholika w związku z płatnym leczeniem.

Z analizy odpowiedzi twierdzących wynika, że personel względnie często opowiadał się za płatnym leczeniem po ponownym przyjęciu na oddział. Ta odpowiedź była wybierana mniej więcej przez 60% personelu i 15% pacjentów. System ubezpieczeń w Polsce jest obecnie reformowany. Jeżeli uzależnienie od alkoholu uznamy za chorobę, uzależnieni powinni być leczeni tak samo jak pacjenci cierpiący na inne choroby. Wydaje się jednak, że w kwestii uzależnienia alkoholowego ocena i zakwalifikowanie danej osoby do leczenia, pracy lub do renty inwalidzkiej jest procesem złożonym i trudnym do rozpatrzenia.

W następnym pytaniu badani musieli odpowiedzieć, czy opowiedzieliby się za obowiązkowym leczeniem osób uzależnionych od alkoholu. Respondenci zazwyczaj wybierali odpowiedź negatywną, tłumacząc to gorszymi efektami leczenia i naruszeniem osobistego prawa do wolności. W odpowiedziach wspierających ideę obowiązkowego leczenia respondenci potwierdzili progresywną i upokarzającą naturę choroby.

Respondenci zostali również zapytani, w jaki sposób, ich zdaniem, środowisko osoby uzależnionej od alkoholu ocenia poddanie się leczeniu hospitalizacyjnemu. Według większości badanych podjęcie tej formy leczenia świadczy o dobrej woli i silnej determinacji do zaprzestania picia. Około 14% pacjentów ambulatoryjnych twierdziło, że poddanie się leczeniu w szpitalu jest wyrazem słabości. Opinię tę podzielało około 8% pacjentów szpitala i 5% personelu. Mniej niż 10% respondentów twierdziło, że leczenie hospitalizacyjne przynosi wstyd rodzinie. Z analizy wartości procentowych odpowiedzi na ostatnie dwa pytania wynika, że leczenie się alkoholika jest negatywnie oceniane przez jego środowisko. Badanie członków grup AA wskazuje, że tacy ludzie lepiej radzą sobie z napiętnowaniem społecznym^(7,8).

Respondenci byli pytani również, czy picie piwa może spowodować uzależnienie. Twierdząco odpowiedziało około 70% badanych, z kolei 15% uznało, że picie również mocniejszych alkoholów warunkuje uzależnienie alkoholowe. Pozostały mniejszy procent badanych odpowiedział negatywnie. Praktyka medyczna pokazuje, że znaczna część alkoholików pije wyłącznie piwo,

ligences at work. Mostly mentioned was the need to urge such person to take up the treatment. This need in the group of subjects was mostly pointed by the hospital patients. Less frequently pointed out was the need to report a negligence to the employer's managers with a simultaneous help offered to the colleague. The hospital patients much less frequently exhibited such an approach.

Then a question was asked whether or not the detoxification treatment should be paid for. Obviously, there are significant differences between the patients and the personnel in this issue. As to negative answers, picked first, they were given by 90% of the patients and 41% of the personnel. The respondents substantiated their answers by perceiving alcoholism as a disease. The patients more frequently than the personnel enhanced the state's obligation towards those addicted and more frequently emphasized possible impoverishment of the alcoholic's family by payable treatment.

Analysing affirmative answers, the personnel relatively often opted for payable treatment after readmittance on the ward. This answer was picked by approx. 60% of the personnel and approx. 15% of the patients. Poland is undergoing a reform of the insurance system. When the alcohol dependence is considered as an illness, those addicted should be treated as those treated for other illnesses. It seems, however, that in case of alcohol dependence the qualification of addicted people to treatment, to work, or possibly to a pension for the disabled can hardly be evaluated.

In the next question those polled were asked if they were for a compulsory treatment of alcohol-dependent people. The respondents usually picked negative answers, explaining this by worse effects of treatment and an infringement of the individual's freedom right. In the answers supporting the compulsory treatment the respondents confirmed the progressive and degrading nature of the disease.

Then the respondents were asked how, in their opinion, the alcohol-dependent person's environment evaluates the alcoholic's submission to inpatient detoxification treatment. According to a vast majority of the respondents, submission to hospital treatment shows one's good will and strong determination to stop drinking. Approximately 14% of the outpatients claimed that submission to the hospital treatment was a weakness. This opinion was shared by about 8% of hospital patients and about 5% of the personnel. Fewer than 10% of the respondents say that hospital detoxification treatment disgraces the family. Totalling the percentage results of the latter two answers proves that there is a problem of a negative evaluation of an alcoholic's detoxification treatment by his milieu. The studies on members of AA groups indicate that those people cope better with social stigmatisation^(7,8).

The respondents were then asked if drinking beer could cause addiction. About 70% gave affirmative answers. Further 15% subjects conditioned alcohol dependence on drinking also stronger alcohols. The remaining, lower percent of the respondents answered negatively. The medical practice shows that a considerable part of alcoholics drink only beer, apart from sporadic, single occasions (like birthday or New Year's Eve).

poza kilkoma sporadycznymi okazjami (takimi jak urodziny czy sylwester).

Na pytanie, czy pokazywanie picia alkoholu w telewizji ma wpływ na picie alkoholu lub zaprzestanie abstynencji, czy nie, twierdząco odpowiedziało mniej niż 20% respondentów. Inni nie dostrzegli wpływu telewizji na spożycie alkoholu. Warto zaznaczyć, że większość badanych zlekceważyła wpływ środków masowego przekazu na spożycie alkoholu.

Następne dwa pytania dotyczyły zaprzestania picia. W odpowiedzi na pytanie, co może zadecydować o zerwaniu z tym nawykiem, większość badanych wskazała na uzyskanie pomocy od rodziny i przyjaciół, następnie wymieniano uczestniczenie w spotkaniach grup AA i poleganie tylko na sobie. Leczenie szpitalne wybrała dwukrotnie mniejsza liczba respondentów w porównaniu z odpowiedziami przedstawionymi powyżej. Podobny procent badanych podkreślił znaczenie klubów abstynenta i ich przydatność w zerwaniu z nawykiem picia. Tylko kilka procent badanych wskazało terapię w ambulatoryjnym ośrodku leczenia zdrowia psychicznego, obowiązkowe leczenie w szpitalu oraz, co zaskakujące – pomoc od zakładu pracy, w przykładowej poradni detoksykacyjnej. Pacjenci szpitala nieco częściej, w porównaniu z innymi badanymi grupami, wskazywali na pozytywną rolę wspólnot religijnych w walce z nałogiem.

Pytani o to, która z form leczenia uzależnienia alkoholowego była najważniejsza, respondenci wskazali głównie na grupową psychoterapię, grupy Anonimowych Alkoholików i rodzinną psychoterapię. Pacjenci szpitala i personel częściej niż pacjenci ambulatoryjni wskazywali na grupową terapię, pacjenci ambulatoryjni wybierali raczej terapię indywidualną. Odpowiedzi pacjentów mogą mieć związek z rodzajami dostępnych form terapii. Względnie duża część pacjentów ambulatoryjnych wybrała terapię awersyjną (Disulfiram). Podkreślone zostało również znaczenie klubów abstynenta podczas trwania terapii.

Bardziej zrozumiałym program terapeutycznym wymagałby dłuższego okresu abstynencji, jednak należy zaznaczyć, że w przypadku niektórych pacjentów typ terapii powinien być dobrane indywidualnie.

WNIOSKI

Pacjenci hospitalizowani częściej niż pacjenci ambulatoryjni wybierali odpowiedzi, które nie wspierały przerwania spożycia alkoholu.

Pacjenci hospitalizowani w porównaniu z pacjentami ambulatoryjnymi częściej byli w gorszej sytuacji materialnej, mieli gorsze relacje rodzinne i niższe wykształcenie.

Personel medyczny udzielał odpowiedzi, które zazwyczaj charakteryzowały się propagowaniem zdrowia i leczenia problemów alkoholowych. Takie odpowiedzi padały częściej niż wśród pacjentów, zwłaszcza pacjentów hospitalizowanych.

Leczenie szpitalne powinno być stosowane w przypadkach, gdy leczenie w placówkach ambulatoryjnych jest nieskuteczne, a także nastąpiło pogorszenie zdrowia i pojawiły się problemy społeczne.

Celowo przytoczono wyniki badań z 1995 roku, gdyż nie były one prezentowane w polskich czasopismach psychiatrycznych.

Then the respondents answered whether or not showing alcohol drinking situations on TV affects alcohol drinking or cessation of abstinence. A straight minority gave affirmative answers (fewer than 20%). The others did not notice any effects of the TV on alcohol consumption. Noteworthy, a vast majority of those polled disregarded the impact of the mass media on alcohol consumption. The next two questions referred to cessation of drinking.

When asked what determines the possibility of cessation of drinking and weaning oneself from drinking, they mostly mentioned getting help from the family or friends. Furthermore they mentioned participation in AA groups and relying on oneself only. The hospital treatment was indicated by about twice fewer respondents, as compared to the answers presented above. A similar percentage of persons emphasized the importance of abstinence clubs for weaning off addiction. Only a few percent of those polled chose treatment at a mental health care outpatient department, compulsory treatment at a hospital, or surprisingly enough, assistance at the workplace – from the occupational detoxication dispensary. Hospital patients a bit more frequently, as compared to the other groups, indicated the importance of religious communities for overcoming the addiction.

The next question asked which forms of alcohol dependence treatment were most important in the respondents' opinion. The respondents pointed mainly to group psychotherapy, Alcoholics Anonymous groups and family psychotherapy.

Hospital patients and personnel more frequently than the outpatients pointed to the group therapy, whereas the outpatients more frequently chose individual therapy. The answers chosen by the patients may be connected with the type of offered therapeutic services. A relatively big part of the outpatients chose aversion therapy (Disulfiram). The importance of abstinence clubs in therapy was also indicated.

A more comprehensive therapeutic programme would demand a longer abstinence period. However, it should be emphasized that for some patients the type of therapy should be selected individually.

CONCLUSIONS

Inpatients as compared to outpatients more frequently chose attitudes which did not support cessation of alcohol drinking.

Inpatients, as compared to outpatients, were more often characterized by worse financial situation, worse family relationships, and lower educational level.

The health care personnel was usually characterized by health promoting statements related to alcohol problems, prevailing over the patients, especially inpatients.

Hospital treatment should be applied to alcohol-dependent patients in whom earlier attempts of treatment in outpatient departments were ineffective, with continued deterioration of health and social damages. The results of the studies carried out in 1995 are presented purposely because they were not presented in Polish journals of psychiatry, however, some general thoughts based on these studies were presented in an ar-

Pewne ogólne przemyślenia w oparciu o te badania przedstawiono wcześniej w artykule Piotra Gorczyca pt. *Spoleczne problemy alkoholizmu* („Polityka Społeczna” 1997; 23)⁽⁹⁾ oraz jako podrozdział autorstwa Piotra Gorczyca i Jerzego Matysiakiewicza pt. *Spoleczne uwarunkowania wyboru rodzaju placówki odwykowej przez osoby uzależnione od alkoholu* w książce *Psychiatria ekologiczna na przełomie stuleci* (red. Matysiakiewicz J., Pudło R., Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Katowice 2003)⁽¹⁰⁾. Opis tych badań może być wartościowy dla następnych prac porównawczych.

title by Piotr Gorczyca *Spoleczne problemy alkoholizmu* (“Polityka Społeczna” 1997; 10)⁽⁹⁾ and in the subchapter *Spoleczne uwarunkowania wyboru rodzaju placówki odwykowej przez osoby uzależnione od alkoholu* by Piotr Gorczyca and Jerzy Matysiakiewicz in *Psychiatria ekologiczna na przełomie stuleci* (ed. Matysiakiewicz J., Pudło R., Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Katowice 2003)⁽¹⁰⁾.

A description of these studies may prove to be useful for other comparative studies.

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

1. Simpura J., Tigerstedt C., Hanhinen S. i wsp.: Alcohol misuse as a health and social issue in the Baltic Sea region. A summary of findings from the Baltica Study. *Alcohol*. 1999; 34: 805-823.
2. Kaner E., Rapley T., May C.: Seeing through the glass darkly? A qualitative exploration of GPs' drinking and their alcohol intervention practices. *Fam. Pract.* 2006; 23: 481-487.
3. Liotti F., Di Stefano C., Peduto M. i wsp.: Perception of alcoholism risk in health workers: medical role in prevention and surveillance. *G. Ital. Med. Lav. Ergon.* 2006; 28: 216-217.
4. Bobak M., McKee M., Rose R., Marmot M.: Alcohol consumption in a national sample of the Russian population. *Addiction* 1999; 94: 857-866.
5. Daepfen J.B., Krieg M.A., Burnand B., Yersin B.: MOS-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients. *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 1998; 24: 685-694.
6. Selvig D.: *Od jutra nie piję*. PARPA, Warszawa 1995.
7. Kairouz S., Dubé L.: Abstinence and well-being among members of Alcoholics Anonymous: personal experience and social perceptions. *J. Soc. Psychol.* 2000; 140: 565-579.
8. Connors G.J., DiClemente C.C., Dermen K.H. i wsp.: Predicting the therapeutic alliance in alcoholism treatment. *J. Stud. Alcohol* 2000; 61: 139-149.
9. Gorczyca P.: *Spoleczne problemy alkoholizmu*. *Polityka Społeczna* 1997; 23: 21-23.
10. Gorczyca P., Matysiakiewicz J.: *Spoleczne uwarunkowania wyboru rodzaju placówki odwykowej przez osoby uzależnione od alkoholu*. W: Matysiakiewicz J., Pudło R. (red.): *Psychiatria ekologiczna na przełomie stuleci*. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Katowice 2003: 17-24.

Szanowni Prenumeratorzy

Upzejmie przypominamy, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 6 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków prenumerata czasopisma „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” – indeksowanego w Index Copernicus – umożliwi doliczenie 5 punktów edukacyjnych do ewidencji doskonalenia zawodowego. Podstawą weryfikacji jest dowód opłacenia prenumeraty lub zaświadczenie wydane przez Wydawcę.