

Teresa Grzywna¹, Krzysztof Trembla^{1,2}

¹Katedra Pielęgniarstwa i Ratownictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku- Białej

²Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej Bielsko-Biała, Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia

A naliza okoliczności pierwszorazowych zgłoszeń do poradni odwykowej

Analysis of circumstances of first-time visits to a detoxification clinic

STRESZCZENIE

Wstęp. Analizując okoliczności zgłoszenia się pacjentów do poradni odwykowej, w tym podawaną przez nich motywację podjęcia leczenia, autorzy pośrednio podjęli się analizy okoliczności, które poprzedzały tę decyzję, w tym osób, z którymi kontaktowali się chorzy, przed jej podjęciem.

Cel pracy. Celem pracy było poznanie okoliczności, które zdecydowały o zgłoszeniu się osoby uzależnionej do poradni odwykowej. Autorzy analizowali rodzaj kryzysu, który poprzedzał decyzję zgłoszenia się do poradni oraz osoby, które pomogły choremu w jej podjęciu. Analizowano również dane demograficzne badanej grupy.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono na przełomie lat 2011–2012. Analizie poddano 351 historii chorób pacjentów z problemem alkoholowym, którzy po raz pierwszy zgłosili się do Poradni. Rozważano zarówno dane demograficzne pacjentów, jak i charakter zgłoszenia się na leczenie. W przypadku zgłoszenia dobrowolnego, rozpatrzono motywację, którą kierowali się podejmujący leczenie oraz informacje dotyczące ich problemów zdrowotnych.

Wyniki i wnioski. Wśród zgłaszających się na leczenie „dobrowolnie” niemal połowa grupy badanej podejmowała je w wyniku kryzysu spowodowanego nadużywaniem alkoholu, u podłoża którego były różnego rodzaju problemy życia rodzinnego, przy istotnym udziale osób bliskich w nakłanianiu do jego podjęcia. Zwraca uwagę liczna grupa mężczyzn, którzy zgłosili się na leczenie w wyniku procesu karnego. Uderza natomiast niewielki udział problemów zdrowotnych, które legły u podłoża decyzji pacjentów o podjęciu leczenia. Ponadto brak udziału lekarzy rodzinnych i sporadyczny udział specjalistów w rozpoznawaniu u swych pacjentów problemów alkoholowych. Dane demograficzne badanej grupy niewiele różnią się od danych sprzed 15. lat. Istotne różnice dotyczą wyższej liczby kobiet i osób starszych (≥ 55 lat).

Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (2): 150–155

Słowa kluczowe: pacjent, uzależnienie, alkohol

ABSTRACT

Introduction. When analyzing the circumstances of patients enrolling at a detoxification clinic, including their stated motivation for initiating treatment, the authors indirectly analyzed the circumstances preceding that decision, including the people whom patients contacted before making the decision to seek treatment.

Aim of the study. The objective of this study was to determine the circumstances which led to patients enrolling at a detoxification facility. The authors analyzed the types of crises preceding the decision to enroll, as well as the people who assisted the patients in making the decision. Demographic analysis of the study group was also conducted.

Material and methods. The study was conducted between 2011 and 2012. We analyzed the medical histories of 351 patients with alcohol problems who enrolled at the Clinic. We considered patients' demographic data as well as the nature of their enrollment in the treatment program. In the case of voluntary enrollment, we considered patients' motivation for initiating treatment and information regarding health problems reported by patients.

Results and conclusions. Out of those who enrolled in the treatment program “voluntarily”, almost half of the study group initiated treatment as a result of crises caused by alcohol abuse. Enrollment was triggered by various types of family prob-

Adres do korespondencji: dr n. med. Teresa Grzywna, Katedra Pielęgniarstwa i Ratownictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku- Białej, ul Willowa 2, 43–309 Bielsko-Biała, tel.: 33 827 96 76, e-mail: tgrzywna@ath.bielsko.pl

lems, with family and friends participating significantly in persuading the patient to seek treatment. It is symptomatic that many men enrolled in treatment as a result of criminal prosecution. What is striking, however, is that only a small number of patients decided to initiate treatment due to health problems. Also noteworthy is the lack of family doctors' participation and occasional specialist participation in diagnosing alcohol problems in patients. The demographics of the research group do not differ significantly from the data obtained 15 years ago. The most important differences include a greater number of women and older people (≥ 55 years).

Nursing Topics 2013; 21 (2): 150–155

Key words: patient, addiction, alcohol

Wstęp

Spożycie czystego etanolu w przeliczeniu na jednego mieszkańca, wzrosło w Polsce w latach 2001–2011 o 2,61 l (z 6,61 do 9,31 l wg danych GUS) [1, 2]. Znalazło to odbicie, w proporcjonalnie zwiększającej się liczbie podejmujących po raz pierwszy leczenie w placówkach ambulatoryjnych leczenia odwykowego. Jednak odsetek osób uzależnionych podejmujących leczenie ciągle jest niewystarczający [3, 4]. Częściową odpowiedzi na pytanie, dlaczego tak się dzieje i jak to zmienić można uzyskać, poznając okoliczności, które poprzedzają i towarzyszą zgłoszeniu się osób do poradni odwykowej.

Nadmierne spożywanie alkoholu, powoduje wcześniej czy później wiele negatywnych następstw. Dotyczą one wszystkich dziedzin funkcjonowania osoby pijącej [5, 6]. Spiętrzenie się problemów jest przyczyną poważnego kryzysu, który jest jednocześnie szansą na rozpoczęcie zmian. Czy szansa ta zostanie wykorzystana zależy również od postawy osób, do których zwróci się o pomoc osoba będąca w kryzysie.

Cel pracy

Celem pracy było poznanie okoliczności, które zdecydowały o zgłoszeniu się osoby uzależnionej do poradni odwykowej. Autorzy analizowali rodzaj kryzysu, który poprzedzał decyzję zgłoszenia się do poradni oraz osoby, które pomogły choremu w jej podjęciu. Analizowano również dane demograficzne badanej grupy.

Poznanie tych okoliczności, jak również zmian demograficznych może pomóc zarówno przy planowaniu, jak i podejmowaniu działań, które mogą zwiększyć odsetek osób uzależnionych decydujących się na podjęcie leczenia odwykowego.

Material i metody

Badania przeprowadzono na przełomie lat 2011–2012. Metodą wykorzystaną w badaniach był sondaż diagnostyczny z zastosowaniem techniki badawczej analizy dokumentacji medycznej. Wybrano dokumentację medyczną z roku 2009 ze względu na możliwość dokonywania porównań z danymi z roczników statystycznych. Analizie poddano 351 historii chorób pacjentów z problemem alkoholowym, którzy po raz

pierwszy zgłosili się do Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia przy ulicy Mostowej 1 w Bielsku-Białej w 2009 roku. Stanowiły one 33,5% historii chorób pacjentów z problemem alkoholowym, którzy we wspomnianym roku leczyli się w Poradni.

Analizie poddano: płeć i wiek zgłaszających się na leczenie, stan cywilny, wykształcenie, z kim mieszkają, podstawowe źródło utrzymania oraz charakter zgłoszenia się na leczenie (czy było ono dobrowolne, czy zostali do niego zobowiązani). W przypadku pacjentów „dobrowolnych” rozpatrywano okoliczności zgłoszenia się do Poradni. Uwzględniono również informacje dotyczące problemów zdrowotnych, które zgłaszali pacjenci.

Wyniki

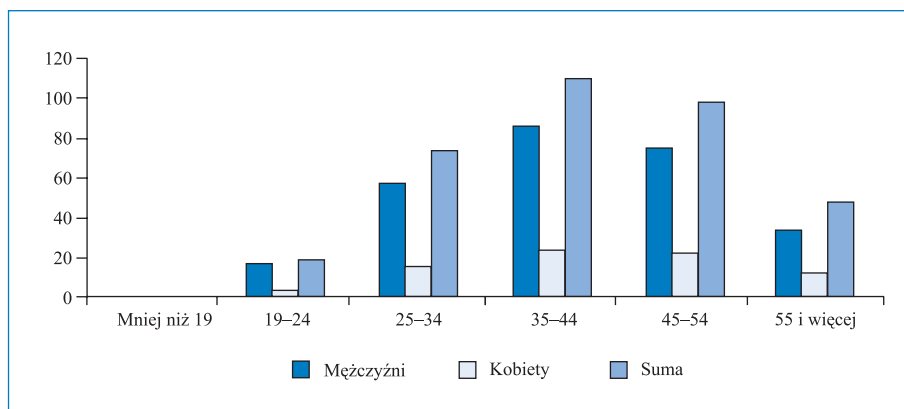
Dane demograficzne badanej grupy porównano z danymi zawartymi w publikacji Saby Nikodemskiej „Demograficzny portret pacjenta”, w której autorka zanalizowała dane ponad 25 000 osób uzależnionych, które w latach 1994–98 rozpoczęły leczenie w wiodących placówkach leczenia odwykowego w Polsce [7]. Porównanie to wskazuje na ile badana grupa jest reprezentatywna dla ogółu pacjentów leczonych w poradni odwykowej. Jednocześnie pozwala dostrzec zmiany demograficzne zachodzące w grupie osób rozpoczynających po raz pierwszy leczenie w trybie ambulatoryjnym.

Płeć

Wśród analizowanych 351 historii chorób, 273 dotyczyło mężczyzn (77,7%), a 78 kobiet (33,3%). W porównaniu z danymi zawartymi we wspomnianej wyżej publikacji, w badanej grupie znacząco wyższa jest liczba kobiet (odpowiednio: 19% i 33,8%).

Wiek (ryc. 1)

Średnia wieku badanej grupy wynosiła 47 lat. Najwięcej osób (61,8%) była w wieku 30. i 40. lat. Podobny wynik uzyskano we wcześniej przytoczonych badaniach. Również zgodne są obserwacje, że na leczenie trafia więcej młodych mężczyzn i starszych kobiet oraz znikoma liczba chorych osób poniżej 20 lat. Rozbieżne wyniki dotyczą grupy wiekowej 55 lat i powyżej. W badaniach autorów artykułu odsetek



Rycina 1. Liczba badanych osób podejmujących leczenie w poszczególnych grupach wiekowych
Figure 1. Number of subjects initiating treatment in respective age groups

osób w tym wieku wynosił 13,6%, gdy z przytoczonych badań 4,8% i nie da się go wytłumaczyć jedynie dłuższą średnią życia.

Stan cywilny

Wśród 273 mężczyzn: 69 to kawalerowie, 148 (54%) pozostaje w związku małżeńskim, 6 jest wdowcami, 45 żyje w separacji lub jest rozwiedzionych, a 5 w związku nieformalnym. Wśród 78 kobiet: 13 to panny, 45 (58%) pozostaje w związku małżeńskim, 7 jest wdowami, 11 żyje w separacji lub są rozwiedzione, a 2 żyją w związku nieformalnym. W badanej grupie najwięcej osób pozostawało w związku małżeńskim — 55%, osoby stanu wolnego (kawalerowie i panny, po rozwodzie i owdowiałe) stanowiły łącznie 43%, a odsetek osób pozostających w związkach nieformalnych wynosił 2%. W cytowanym opracowaniu było to odpowiednio: 58%, 36% i 3%. Inaczej niż w cytowanej grupie, w badanej było więcej zamężnych kobiet niż żonatych mężczyzn oraz więcej rozwiedzionych mężczyzn niż kobiet. Należy zaznaczyć, że różnice te były niewielkie.

Zwraca uwagę wysoki odsetek mężczyzn (25%) pozostających w stanie wolnym. Są to często „starzy kawalerowie” oraz rozwiedzeni, mieszkający ze swoimi rodzicami, głównie matkami.

Wykształcenie

Spośród 273 mężczyzn: 44 (16,1%) ukończyły szkołę podstawową, 144 (52,8%) zawodową, 62 (22,7%) średnią, a 23 (8,4%) zdobyło wykształcenie wyższe. Spośród 78 kobiet: 14 (18%) ukończyły szkołę podstawową, 33 (42,3%) zawodową, 22 (28,2%) średnią, a 9 (11,5%) zdobyło wykształcenie wyższe. Ponad 50% pacjentów badanej grupy posiada wykształcenie zawodowe. Odsetek ten jest szczególnie wysoki wśród mężczyzn. Wśród osób z wykształceniem średnim

przeważają kobiety. Przedstawione proporcje są podobne do wyników porównywanej grupy. Zwraca uwagę niewielki odsetek osób z wyższym wykształceniem (wśród mężczyzn 8,4%, wśród kobiet 11,5%).

Z kim mieszka

Spośród 273 mężczyzn: 37 (13,6%) mieszka samotnie, 197 (72,1%) z rodziną, 16 z innymi osobami w indywidualnym gospodarstwie rodzinnym, 1 w domu akademickim, 5 w domu pomocy społecznej, 9 jest bezdomnych, 8 inne. Spośród 78 kobiet: 6 (7,7%) mieszka samotnie, 61 (78,2%) z rodziną, 6 z innymi osobami w indywidualnym gospodarstwie rodzinnym, 1 w domu pomocy społecznej, 4 inne. Podobnie jak w grupie z badań porównywanych, zdecydowana większość (73,5%), prawie 3/4 badanej grupy mieszkało z rodziną. Osób bezdomnych, jedynie mężczyzn, było 3,3% (9 osób).

Podstawowe źródło utrzymania

Spośród 273 mężczyzn: 99 (36,3%) wykonywało pracę etatową, 22 (8%) prowadziło samodzielną działalność gospodarczą, 43 (15,8%) pracowało dorywczo, 26 (9,5%) utrzymywała rodzina, 16 (5,9%) było na emeryturze, 20 (7,3%) na rencie, 12 (4,4%) pobierało zasiłek dla bezrobotnych, 9 (3,3%) korzystało z pomocy społecznej, 26 inne. Spośród 78 kobiet: 14 (17,9%) było zatrudnionych na etacie, 5 (6,4%) prowadziło samodzielną działalność gospodarczą, 3 pracowało dorywczo (3,8%), 21 (27,1%) pozostawało na utrzymaniu rodziny, 5 (6,4%) pobierało emeryturę, 8 (10,3%) rentę, 2 (2,6%) zasiłek dla bezrobotnych, 8 (10,3%) korzystało z pomocy społecznej, 12 inne. Największy odsetek w grupie osób badanych pracowało na etacie (32,2%), jeżeli dodać osoby, które prowadziły samodzielną działalność gospodarczą, odsetek ten wzrasta do 39,9% (wśród mężczyzn 44,3%, wśród

kobiet 24,3%). Na rencie i emeryturze przebywało 13,9% badanych (13,2% mężczyzn, 16,7% kobiet). Bez pracy (utrzymywanych przez rodzinę, pobierających zasiłek dla bezrobotnych, korzystających z pomocy społecznej) pozostawało aż 78 osób (22,2%: wśród mężczyzn 17,2%, wśród kobiet aż 39,8%).

Te ostatnie wyniki są podobne do wyników w grupie porównywanej i są również wyższe od danych statystycznych GUS, według których procentowa stopa bezrobocia w 2009 roku wynosiła 11,9 [7].

Tryb zgłoszenia się do Poradni oraz motywy zgłoszenia podawane przez osoby podejmujące leczenie „dobrowolnie”

Spośród 273 mężczyzn: 33 (12%) zostało zobowiązanych do leczenia postanowieniem wydanym przez sąd rodzinny, 24 (9%) w procesie karnym, po zawieszeniu im wykonania kary lub zwolnieniu warunkowym z więzienia. Natomiast spośród 78 kobiet: 14 (18%) zostało zobowiązanych do leczenia postanowieniem wydanym przez sąd rodzinny, 1 (1,3%) przez sąd w procesie karnym z zawieszeniem wykonania kary.

Pacjenci, którzy podjęli leczenie w wyniku postanowienia wydanego przez sąd rodzinny pozostawali (przez okres zobowiązania, który trwa 2 lata) w zainteresowaniu sądu, który je wydał. Żadnemu z nich sąd nie przydzielił kuratora. Gorzej było z pacjentami, którzy trafili do Poradni w wyniku procesu karnego. Jedynie w czterech przypadkach kuratorzy współpracowali z Poradnią i interesowali się postępami terapii, swych podopiecznych.

Żadna spośród osób zgłaszających się do Poradni „dobrowolnie” (216 mężczyzn i 63 kobiet) nie posiadała formalnego skierowania, jeżeli pominąć zalecenie zawarte w karcie informacyjnej, po pobycie na oddziale detoksykacyjnym lub odwykowym. Sytuacja ta dotyczyła 16 mężczyzn i 5 kobiet. Osoby te zgłosiły się do Poradni, aby kontynuować leczenie zgodnie z zaleceniami zawartymi w kartach informacyjnych.

Pozostałe osoby (200 mężczyzn i 58 kobiet) wskazywały na sytuacje kryzysowe, które bezpośrednio przyczyniły się do podjęcia przez nie decyzji o zgłoszeniu się do Poradni. Co czwarta osoba dodatkowo podkreślała znaczenie innych osób (osoby), których postawa miała znaczący wpływ na ich decyzję. Najczęściej wymienianą sytuacją kryzysową były zaburzenia życia rodzinnego (120 przypadków [46,5%]). Pozostałe sytuacje kryzysowe to: utrata lub zagrożenie utratą pracy, jazda po pijanemu i utrata lub zagrożenie utratą prawa jazdy, kłopoty finansowe, pobyt w izbie wytrzeźwień, zagrożenie utratą zasiłku wypłacanego przez ośrodek pomocy społecznej, toczące się postępowanie w gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w sprawie zobowiązania osoby do leczenia, tocząca się w sądzie sprawa o ograniczenie lub odebranie władzy rodzicielskiej i inne.

Wśród osób, które pomogły badanym w podjęciu decyzji wymieniane były: osoby bliskie w 51 przypadkach (wśród nich znajdowało się 8 żon, które ukończyły terapię dla współzależniących), pracodawcy w 9 przypadkach (część z nich była osobami, które same przeszły terapię), w 6 przypadkach osoby, które przeżyły kurację lub leczą się.

Jedynie w 4 przypadkach zgłaszający się do Poradni jako motywy zgłoszenia podawali problemy zdrowotne i zalecenia lekarza (w 2 były to zalecenia psychiatry, w jednym internisty) oraz wskazania zawarte w karcie informacyjnej wypisu z oddziału neurologicznego.

Skargi somatyczne i dolegliwości psychiczne zgłaszane przez chorych rozpoczynających leczenie

Ogółem choroby somatyczne zgłosiło 98 badanych (27,9%). Część z nich podawała dwa schorzenia lub więcej. Najczęściej podawanym schorzeniem było nadciśnienie tętnicze, zgłaszało je 58 osób (16,4% — 16% mężczyzn, 17% kobiet). W następnej kolejności były to: schorzenia wątroby (stłuszczenie, marskość), które zgłaszało 35 osób (9,9% — 10,6% mężczyzn, 6,4% kobiet), nieżyt, chorobę wrzodową żołądka, które zgłaszało 19 osób (5,4%), chorobę wieńcową — 12 osób (3,4% — 3,3% mężczyzn, 3,8% kobiet). Pozostałe zgłaszane dolegliwości to: cukrzyca — 10 osób (2,8%), dna moczianowa u 4 mężczyzn, nadczynność tarczycy u 3 kobiet, przerost gruczołu krokowego u 3 mężczyzn. W pojedynczych przypadkach: wrzodziejące zapalenie jelita grubego, stwardnienie rozsiane, rak odbytu, przebyta gruźlica płuc, niedokrwistość, hemoroidy, łuszczyca, astma, przewlekłe zapalenie trzustki, wada serca, niedosłuch, dolegliwości po poważnym wypadku w 2 przypadkach.

Z dolegliwości neurologicznych najczęstszym schorzeniem była padaczka, którą podawało 14 osób (3,7% — mężczyzn 4,8%, kobiet 1,3%). Napady drgawkowe w okresach trzeźwienia (padaczkę alkoholową) zgłaszało 8 mężczyzn. Inne zgłaszane problemy to w 5 przypadkach stan po urazie głowy, polineuropatia w 4 przypadkach.

Część pacjentów (37 osób [10,5%]) deklarowała również zaburzenia psychiczne, z powodu których leczyli się lub leczą u psychiatrów. Były to: zaburzenia depresyjne — 16 osób (4,6% — 3,7% mężczyzn, 7,7% kobiet), zaburzenia nerwicowe 12 osób (3,4% — 2,9% mężczyzn, 5,1% kobiet). Poza tym: schizofrenia, zaburzenia psychotyczne oraz w 7 przypadkach inne — brak dokładnych danych. Ponadto 8 osób (2,2%) deklarowało dodatkowo inne uzależnienie.

Część pacjentów dostarczyła również dokumentację medyczną (karty informacyjne z pobytów na oddziałach szpitalnych). W 15 z nich w ogóle nie było wzmianki o problemie alkoholowym, choć dolegliwości, z powodu których byli hospitalizowani

w dużym stopniu sugerowały ten problem. W 18 przypadkach, w których stwierdzono problem alkoholowy, zalecano powstrzymanie się od picia — w 9 przypadkach, leczenie w poradni zdrowia psychicznego — w 5 przypadkach, leczenie w poradni neurologicznej — w 2 przypadkach. Jedynie w 2 kartach wypisowych znalazło się zalecenie dalszego leczenia w poradni odwykowej.

Mimo że 135 osób (38,46%) deklarowało różnego rodzaju przewlekłe schorzenia, z powodu których leczyli się często przez wiele lat, jedynie 4 osoby (1,1%), jak już wspomniano wyżej, uznały to za powód do rozpoczęcia terapii odwykowej. Pozostali zazwyczaj nie łączyli swych problemów zdrowotnych z nadużywaniem alkoholu. W trakcie udzielania wywiadu nie podawali również informacji, aby leczący ich lekarze sugerowali im taką zależność. Jednak najczęściej nie informowali lekarzy o swym problemie alkoholowym i nie byli o niego pytani. Część rozpoczynających leczenie odwykowe nie wiedziała o swych problemach zdrowotnych, na przykład o podwyższonym ciśnieniu tętniczym, czy też bagatelizowała dolegliwości, lecząc je kolejnymi porcjami alkoholu. Jest również grupa pacjentów nieubezpieczonych, którzy nie posiadali środków, aby zgłosić się do lekarza, mimo odczuwanych dolegliwości.

Dyskusja

Ze zmian demograficznych, które zaszły na przestrzeni 15 lat, wśród rozpoczynających po raz pierwszy leczenie w trybie ambulatoryjnym najistotniejsza dokonał się w odsetku kobiet. Wzrósł on w ciągu 15 lat z 19% do 33,8%. W publikacji Kulisiewicza, z 1982 roku, opartej na wieloletnich badaniach, odsetek kobiet podejmujących leczenie w latach 1963–1972 wynosił jedynie 7,34%. Uważał, że tak niewielki odsetek wynika z większej dezaprobaty społecznej alkoholizmu u kobiet niż u mężczyzn, co skutkowało jego zdaniem tym, że „(...) zarówno same ukrywają swój stan chorobowy bardzo długo, jak też fakt ten ukrywa ich najbliższe otoczenie” [9]. Odnosząc się do podanych wyżej liczb, należy sądzić, że w minionych latach wzrastał odsetek kobiet uzależnionych i jednocześnie zmieniała się społeczna ocena tego zjawiska.

Istotne różnice dotyczą również osób starszych podejmujących po raz pierwszy leczenie w trybie ambulatoryjnym, w badanej grupie. W badaniach Nikodemskiej w 5 kolejnych latach trwania programu zwiększał się odsetek najstarszych wiekiem pacjentów i wyniósł średnio 4,8% [7]. Można przyjąć, że tendencja ta utrzymała się w ciągu kolejnych 15 lat, czym tłumaczymy wyższy odsetek osób z tej grupy wiekowej (13,6%) w badaniach autorów artykułu.

Wśród osób, które trafiły na leczenie w wyniku postanowienia sądu, zwraca uwagę duży odsetek

mężczyzn, którzy rozpoczęli leczenie, zobligowani do niego w procesie karnym. Biorąc jednak pod uwagę liczbę przestępstw dokonanych pod wpływem alkoholu, wydaje się, że odsetek ten powinien być jeszcze wyższy.

Pozostałe osoby zgłosiły się na leczenie „dobrowolnie”. Druk historii choroby zawiera rubrykę przewidującą dwie możliwości podjęcia leczenia — „Pacjent leczony: dobrowolnie lub zobowiązany”. Zajmujący się problematyką uzależnień są zgodni, że zgłoszenie się na leczenie odwykowe, jedynie z pozoru jest dobrowolne. Wymuszają je sytuacje kryzysowe, w których lęk przed konsekwencjami picia, zmusza pijącego do szukania pomocy. Nie trwa to długo i przegapienie tej chwili lub udzielenie niewłaściwej pomocy skutkuje powrotem osoby uzależnionej do picia.

Analizując kategorie problemów, które legły u podłoża sytuacji kryzysowej i które bezpośrednio przyczyniły się do podjęcia decyzji zgłoszenia się do Poradni zdecydowanie na pierwszym miejscu znalazły się problemy społeczne, a wśród nich różnego rodzaju zaburzenia życia rodzinnego. W pozostałych były to problemy, które można zaliczyć do problemów finansowych, prawnych, zdrowotnych i duchowych.

Ponadto, co 4. osoba, która zgłosiła się do poradni podkreślała udział osób trzecich (przeważnie bliskich) w podjęciu tej decyzji.

Wśród problemów, które wywołały kryzys i spowodowały zgłoszenie się do poradni pacjentów podejmujących tak zwane leczenie dobrowolne uderza niewielki w nich udział problemów zdrowotnych (w 4 przypadkach), a przecież długotrwałe problemy zdrowotne deklarowało 135 osób. Szczególnie zastanawia brak zgłoszeń inspirowanych przez lekarzy rodzinnych, u których z pewnością leczy się spory odsetek osób uzależnionych oraz ich rodzin.

Jak już wspomniano, 33 chorych dostarczyło karty informacyjne z pobytów na oddziałach szpitalnych. Nawet w tych, w których obok innych schorzeń widniało rozpoznanie problemu alkoholowego, jedynie w dwóch zalecono pacjentom leczenie w poradni odwykowej. Powyższe wyniki potwierdzają w praktycznym aspekcie wyniki badań ankietowych internistów, przeprowadzonych 15 lat temu. W podsumowaniu, autorzy stwierdzili: „Uzyskany w badaniach obraz nie wygląda optymistycznie. Lekarze interniści bardzo niewiele czasu pracy z pacjentem poświęcają na poruszanie problematyki związanej z uzależnieniami. Wyniki potwierdzają konieczność prowadzenia stałej edukacji dotyczącej problematyki uzależnień, skierowanej zarówno do studentów medycyny, jak i do lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej” [10].

Szacuje się, że w Polsce alkoholu nadużywa około 15% dorosłej populacji, w tym: w sposób szkodliwy pije

około 2,5 mln osób, a uzależnionych jest około 800 tys. osób [11]. Jeżeli doliczyć członków rodzin osób pijących szkodliwie i uzależnionych, to liczba wymagających pomocy będzie znacznie wyższa. Według danych z rocznika statystycznego w 2009 roku wśród pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej ponad 185 tys. osób, to leczeni z powodu zaburzeń alkoholowych w tym ponad 80 tys. to pacjenci pierwszorazowi. Przywołując dodatkowo dane z rocznika statystycznego dotyczące również innych form leczenia (oddziały całodobowe i dzienne), można obliczyć, że jedynie jedna osoba na cztery uzależnione zgłasza się po pomoc [3].

Tak ogromna liczba osób potrzebujących pomocy wymaga zaangażowania również znacznej liczby fachowców (nie tylko lekarzy). Szczególną rolę w pomaganiu powinni odgrywać lekarze rodzinni. Siedemnaście lat temu w 1996 roku Habrat w „Przewodniku Lekarza Rodzinnych w Polsce, omówił rolę lekarza rodzinnego w: ograniczeniu spożywania alkoholu, wczesnym wykrywaniu osób pijących w sposób ryzykowny lub szkodliwy oraz działania w stosunku do osób uzależnionych [12]. Również lekarze innych specjalności (w tym psychiatrzy) powinni włączyć się w szeroko pojętą pomoc osobom uzależnionym i ich bliskim, ponieważ w chwili obecnej nie ma wątpliwości, co do niepożądanych następstw zdrowotnych picia alkoholu i prostej zależności między poziomem jego spożycia a nasileniem problemów zdrowotnych [13]. Poza lekarzami, ogromną rolę w identyfikowaniu i edukowaniu osób nadużywających powinny odegrać pielęgniarki, pracujące w różnych placówkach służby zdrowia, jak to się dzieje w innych krajach [14]. Oczywiście lista osób, które mogą i powinny zaangażować się w problemy wynikające z picia alkoholu jest znacznie dłuższa i obejmuje przedstawicieli różnych zawodów.

Wyniki przedstawionych badań wskazują, że zaangażowanie w pomoc osobom uzależnionym od alkoholu ze strony lekarzy rodzinnych oraz innych specjalistów jest niewystarczająca, mimo prób zmiany tego stanu rzeczy [15]. Profesjonalna pomoc osobom uzależnionym wymaga większej integracji działań w dziedzinie: promocji zdrowia, profilaktyki uzależnień, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych, jak również zmian organizacyjnych w opiece zdrowotnej.

Wnioski

Znacząca rola rodziny przy podejmowaniu decyzji zgłoszenia się do poradni odwykowej świadczy, że stanowi ona dla wielu uzależnionych istotną wartość, wskazuje na jeden z ważnych kierunków oddziaływań w motywowaniu do leczenia.

Niewielki udział problemów zdrowotnych, które leżą u podłoża decyzji o podjęciu leczenia odwykowego wynika najprawdopodobniej z braku diagnozy tego

problemu (dotyczy to głównie lekarzy rodzinnych), a gdy problem został zdiagnozowany (dotyczy to lekarzy specjalistów) braku skierowania pacjenta na leczenie. Aby to zmienić, są potrzebne zmiany organizacyjne w funkcjonowaniu podstawowej opieki zdrowotnej oraz działania edukacyjne.

Podjęcie proponowanych działań, zwiększyłoby odsetek osób uzależnionych zgłaszających się na leczenie odwykowe, a uwzględnienie w diagnozie problemu alkoholowego poprawiłoby z pewnością wyniki leczenia.

Wzrost procentowego udziału kobiet i osób najstarszych w gronie osób podejmujących leczenie świadczy między innymi o zwiększeniu się świadomości w zakresie skuteczności niesienia pomocy osobom uzależnionym.

Piśmiennictwo

1. Spożycie alkoholu w litrach na jednego mieszkańca (obliczenia PARPA na podstawie danych GUS). http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=156&Itemid; data pobrania: 10.01.2013.
2. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych: Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015, Warszawa 2011: 15.
3. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik statystyczny, 2009. Część I. Lecznictwo psychiatryczne. Instytut Psychiatrii i Neurologii Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia, Warszawa 2010.
4. Margasiński A. Rodzina alkoholowa z uzależnionym w leczeniu. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2011.
5. Global Status Report Alcohol 2004 WHO. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva 2004; 3.
6. Mielecka-Kubie Z., Wędzicha E. Ocena skutków picia alkoholu przez osoby uzależnione. Alkoholizm i Narkomania 2008; 1: 21–38.
7. Nikodemka S. Demograficzny portret pacjenta. Terapia uzależnienia i Współuzależnienia 1999; 4: 21–26.
8. Mały Rocznik Statystyczny Polski 2010. Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2010: 155.
9. Kulisiwicz T. Uzależnienie alkoholowe. PZWL, Warszawa 1982: 86.
10. Chodkiewicz J., Pisarski A. Potrzeba edukacji Terapia uzależnienia i Współuzależnienia 2000; 3 (12): 29–31.
11. Badanie na zlecenie PARPA. Wzory konsumpcji napojów alkoholowych 2005 PBS — raport z badań PARPA.
12. Habrat B. Szkody zdrowotne spowodowane alkoholem. Springer PWN, Warszawa 1996.
13. Babor T.F., Dolinsky Z.S., Rounsaville B.J., Jaffe. J. Unitary versus multidimensional models of alcoholism treatment outcome: An empirical study. Journal of Studies on Alcohol. 1988; 49 (2): 167–177.
14. Sullivan E., Handley S., Connors H. Rola pielęgniarek w opiece podstawowej. Postępowanie z pacjentami nadużywającymi alkoholu. W: Durda R. (red.). Pacjenci z problemami alkoholowymi w podstawowej opiece zdrowotnej. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1997: 162–174.
15. Kędziński H. Lekarz wobec problemów alkoholowych. Terapia uzależnienia i Współuzależnienia 2001; 3: 34–36.