

PŁEĆ A RYZYKO ROZWOJU UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU

**Mgr Iwona Wojciechowska
Dr n. o zdrowiu Grzegorz Bejda
Dr n. med. Agnieszka Kułak-Bejda**

**PŁEĆ A RYZYKO ROZWOJU
UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



**PŁEĆ A RYZYKO ROZWOJU
UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU**

**Mgr Iwona Wojciechowska
Dr n. o zdrowiu Grzegorz Bejda
Dr n. med. Agnieszka Kułak-Bejda**

Białystok 2023

Recenzenci monografii

Olena Petrivna Venger, Prof., DSc, PhD, MD, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine

Olga Sydorivna Yurtsenyuk Doctor of Medicine, Professor of the Department of Nervous Diseases, Psychiatry and Medical Psychology of the Bukovinian State Medical University, Ukraine

ISBN 978-83-67454-73-5

Wydanie I

Białystok 2023

Opracowanie graficzne: wykorzystano darmowy wektor z <https://pl.freepik.com/>

Monografia powstała na bazie wyników pracy magisterskiej
mgr Agnieszki Stramy

Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny,
do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.

Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Druk:

RobotA Piotr Duchnowski, Zaścianki 6, 15-521 Zaścianki

*Nie istnieje łatwe rozwiązanie dla nałogu,
ale jest nadzieja i możliwość wyjścia z tego nałogu*

Russell Brand

WYKAZ AUTORÓW

Mgr Iwona Wojciechowska

Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku

Dr n. o zdrowiu Grzegorz Bejda

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Dr n. med. Agnieszka Kułak-Bejda

Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

SPIS TREŚCI

WYKAZ SKRÓTÓW	11
WSTĘP	13
NADUŻYWANIE ALKOHOLU JAKO PROBLEM SPOŁECZNY	15
Pojęcie uzależnienia od alkoholu	15
Objawy nadużywania alkoholu	18
Przyczyny choroby alkoholowej	19
Opieka zdrowotna uzależnienia od alkoholu	19
SKUTKI NADMIERNEGO NADUŻYWANIA ALKOHOLU	25
Medyczne konsekwencje uzależnienia od alkoholu - Charakterystyczne objawy somatyczne i psychiczne	25
Społeczne następstwa choroby alkoholowej	28
NADUŻYWANIE ALKOHOLU JAKO PROBLEM EPIDEMIOLOGICZNY	30
ALKOHOL A PŁEĆ	34
METODOLOGIA I CEL BADAŃ	39
CHARAKTERYSTYKA TERENU BADAŃ I GRUPY BADANEJ	49
WYNIKI BADAŃ	52
PODSUMOWANIE	65
WNIOSKI	76
PIŚMIENNICTWO	77

WYKAZ SKRÓTÓW

AA	Anonimowi Alkoholicy
AI-Anon	Grupy Krewnych i Przyjaciół Alkoholików
APA	<i>American Psychiatric Association</i> Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne
APETA	Analiza Przebiegu i Efektów Terapii Alkoholików
AUD	<i>Alcohol Use Disorder</i> Zaburzenie związane ze spożywaniem alkoholu
DDA	Dorośle Dzieci Alkoholików
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych
E-POP	bezpłatna aplikacja wsparcia dla osób z problemem nadużywania alkoholu
ICD	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
MPPiRPA	Miejski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
PARPA	Krajowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
PIE	Polski Instytut Ekonomiczny
TNS	Agencja badawcza
WHO	<i>World Health Organization</i> Światowa Organizacja Zdrowia

WSTĘP

Od zawsze, niezależnie od epoki i miejsca na ziemi, w społeczeństwie występowały nałogi. Obecnie jednak dotyka to większej populacji ludzi. Wpływ na taki stan rzeczy ma zapewne rozwój cywilizacji i towarzyszące ludziom pragnienie lepszego samopoczucia oraz majątności. Jednocześnie alkohol często pozwala, co prawda tylko na chwilę, zapomnieć o złych momentach codziennego życia i jego problemach (Zambrzycka i in. 2019).

Do uzależnienia od alkoholu prowadzi wiele przyczyn. Ludzie zaczynają na początku pić okazjonalnie małe ilości, a to z czasem prowadzi do picia intensywnego i regularnego. Właśnie takie długotrwałe oraz powtarzalne picie napojów alkoholowych staje się problemem i prowadzi w kierunku uzależnienia od alkoholu. Można więc uznać, że obok tzw. przyczyn pierwotnych prowadzących do takiej częstotliwości spożywania alkoholu, istnieje również przyczyna powodująca, że taki stan rzeczy staje się długotrwałym stanem. W związku z tym uważa się, że uzależnienie to grupa objawów zarówno podmiotowych, jak i przedmiotowych, która jest widoczna u osób nadmiernie spożywających alkohol (Zambrzycka i in. 2019).

Spożywanie alkoholu w przeciągu ostatnich lat zwiększyło się, co można wytłumaczyć zwiększoną dostępnością alkoholu zarówno w sklepach stacjonarnych, jak i możliwością jego zakupu przez sklepy internetowe. Nie bez znaczenia jest także wpływ wszechobecnej dzisiaj reklamy: telewizja, Internet czy bilbordy oraz nadal występujące sprzedawanie alkoholu osobom niepełnoletnim (Frąckowiak i Motyka 2015).

Kultura spożywania alkoholu zmieniła się wraz z upływem czasu oraz rozwojem świata. Niestety część środowisk społecznych nie widzi nic złego w spożywaniu alkoholu i jednocześnie nie zdaje sobie sprawy, że takie zachowania w konsekwencji mogą wpływać na degradację psychofizyczną osoby nadużywającej napoje alkoholowe. Pod wpływem alkoholu dochodzi do takich strat jak np. choroby, wypadki czy też przestępstwa. U członków rodziny osób nadużywających alkohol występują schorzenia psychosomatyczne, a także długotrwały stres, który w konsekwencji prowadzi w niektórych przypadkach do zaburzeń emocjonalnych. Zauważyć można również spadek jakości życia i obniżenie statusu społecznego, a także demoralizację (Frąckowiak i Motyka 2015).

Rola kobiety i mężczyzny, oczekiwana i prezentowana na świecie, wpływa na to jak są oni postrzegani przez dziecko i jakie wzorce zostaną przez nie od nich zaczerpnięte. Dotyczy to różnych stref życia i zachowań, w tym także picia alkoholu. Nadal w wielu

miejscach na ziemi ludzie kierują się zasadą, że są pewne ograniczenia dotyczące płci i tego co kto może robić, co komu wypada. Stąd inaczej postrzega się i tłumaczy zachowania młodego mężczyzny spożywającego alkohol (picie jako potwierdzenie męskości, dorosłości), a inaczej pijącej kobietę (Opora 2012).

W związku z tym także w Polsce zjawisko nadużywania alkoholu, a w konsekwencji uzależnienia od niego, stanowi jeden z wiodących problemów zdrowotnych Polaków i jest od lat znajdującą się w czołówce patologią (Jeżyna, Bejda i Kułak–Bejda 2020).

Problem uzależnienia od alkoholu jest znany i szeroko badany od lat na całym świecie. Wyniki badań przeprowadzonych w ostatnich trzydziestu latach w różnych krajach pokazują jasno, że kobiety coraz częściej sięgają po alkohol. Widoczne jest to w ilości spożywanego przez nie alkoholu, a to przekłada się na stopień problemów z nadużywaniem i w konsekwencji uzależnieniem od alkoholu. Szacuje się, że około 25–30% napojów alkoholowych spożywana jest przez kobiety, a stosunek uzależnionych osób płci żeńskiej do płci męskiej wynosi około 1:4. Obserwując inne kraje można stwierdzić, że w Polsce problem z alkoholem u kobiet nie osiągnął jeszcze punktu kulminacyjnego. Niestety od roku 2002 spożycie napojów alkoholowych w tej grupie wzrasta, a wśród osób zagrożonych uzależnieniem od alkoholu, według badań epidemiologicznych, obok kobiet jest także młodzież (Gąsior 2005).

Warto podkreślić, że wiele osób nadużywających alkohol nie jest świadoma tego, że właśnie ich dotyka choroba alkoholowa, a co się z tym wiąże nie wie, że powinni poddać się leczeniu. A jest to choroba przewlekła, ewoluująca i w niektórych przypadkach może zakończyć się przedwczesną śmiercią. Należy zauważyć, że choroba alkoholowa dotyka nie tylko młodych, ale również starszych. Ma niekorzystny wpływ na życie ludzi niezależnie od ich płci, czy też statusu społecznego. Jednocześnie problem nadużywania alkoholu może powodować zagrożenia ekonomiczne, kulturowe oraz biologiczne (Jeżyna, Bejda i Kułak–Bejda 2020).

NADUŻYWANIE ALKOHOLU JAKO PROBLEM SPOŁECZNY

Pojęcie uzależnienia od alkoholu

Jednym z pierwszych terminów związanych z nadmiernym spożywaniem alkoholu był *alcoholismus chronicum* (przewlekły alkoholizm), który został zaprezentowany przez Magnus Huss w XIX wieku (Huss 1852).

W II połowie XX wieku Elvin Morton Jellinek dokonał opisu alkoholizmu i scharakteryzował je jako „wszelkie używanie napojów alkoholowych, które powoduje szkody indywidualne, społeczne lub jedne i drugie”. Jednocześnie zdaniem Jellinka choroba alkoholowa może zostać zatrzymana w każdym jej momencie. Według Jellinka wyróżnia się cztery fazy choroby alkoholowej (Frąckowiak i Motyka 2015a):

- **faza wstępna (przed alkoholiczna)** – towarzyskie picie, trwa od kilku miesięcy do kilku lat, a spożywanie alkoholu obok miłych doznań wpływa pozytywnie w sytuacjach nie miłych.
- **faza ostrzegawcza (zwiastunowa)** – pojawiają się luki pamięci, tzw. palimpsest alkoholowy.
- **faza krytyczna (ostra)** – utrata kontroli nad picciem, objawy głodu alkoholowego.
- **faza przewlekła (chroniczna)** – kilkudniowa intoksykacja tzw. ciągi picia.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne uważa, że alkoholizm dotyczy osób, które spożywają alkohol w bardzo dużych ilościach. Takie zachowanie prowadzi do uszczerbku na zdrowiu fizycznym oraz wpływa również negatywnie na funkcjonowanie w społeczeństwie (Skoczek, Grzyb i Wanot 2020).

Od lat używane pojęcia „alkoholik” i „alkoholizm” odbierane były negatywnie oraz dodatkowo były różnie interpretowane. W związku z tym w obecnych czasach stworzono i doprecyzowano określenia związane ze spożywaniem alkoholu, które jest zaburzeniem wpływającym zarówno na zdrowie psychiczne, jak i fizyczne.

W niniejszej pracy terminologia dla zjawiska „uzależnienia od alkoholu” przedstawiona zostanie wg dwóch głównych systemów klasyfikacji stosowanych w dziedzinie zaburzeń psychicznych (Zambrzycka i in. 2019):

- Popularny w krajach europejskich **ICD** (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych). Klasyfikacja wg WHO (ang. *World Health Organization*, Światowa Organizacja Zdrowia).

Ostatnia wersja to ICD–11 z datą aplikacji od 11 lutego 2022 roku występuje w wersji elektronicznej i nie jest jeszcze stosowana w Polsce. Wynika to z potrzeby przygotowania tłumaczeń oraz przeszkolenia personelu. W związku z tym w dalszej części pracy omawiane będzie ICD–10, z którego nadal korzysta personel medyczny w Polsce.

- Popularny w USA **DSM** (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych).
- Klasyfikacja wg **APA** (ang. *American Psychiatric Association*, Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne). Obowiązująca wersja DSM–5 jest z 2013 roku (Modrzyński 2019).

Pomimo, że mówi się o tym samym zjawisku tzn. uzależnieniu od napojów alkoholowych, to zauważalne są różnice między omawianymi klasyfikacjami.

Zgodnie z tendencją światową WHO nie zaleca się w obecnych czasach stosowania terminologii „alkoholizm”, a Lepszym słowem opisującym dany stan zdrowia jest „zespół uzależnienia od alkoholu”. Należy podkreślić, iż aby mówić o uzależnieniu muszą wystąpić pewne zachowania, takie jak powtarzający się lub stały przymus picia alkoholu. Wy tłumaczeniem takiego zachowania przez osobę uzależnioną jest chęć zobaczenia, jak alkohol wpływa na jego psychikę (Zambrzycka i in. 2019).

W 1990 roku Światowa Organizacja Zdrowia zatwierdziła 10 wersję klasyfikacji, czyli ICD–10, która zaczęła być stosowana w ponad 100 krajach.

W dokumencie ICD–10 w rozdziale V pt. *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania*, zdefiniowane zostały grupy klasyfikacyjne. Wśród nich F10–F19 dotyczące zaburzeń psychicznych i zachowań spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych. Dla grup klasyfikacyjnych utworzone zostały kategorie dodatkowe i tak symbol F10.2 opisuje właśnie zespół uzależnienia (Mellibruda 1997; ICD–10 2008).

Kategoria F10.2 może dotyczyć zespołu uzależnienia od pojedynczej substancji psychoaktywnej np. alkoholu lub też wielu różnych środków, które wykazują różne właściwości farmakologiczne (Mellibruda 1997; ICD–10 2008).

Natomiast amerykańska klasyfikacja DSM–5 scalała w jedno dwa zaburzenia występujące w DSM–IV tj. nadużywanie alkoholu i uzależnienie od alkoholu, dla którego nadała nazwę „zaburzenie używania alkoholu (*alcohol use disorder*, AUD)”. Dodatkowo stworzona została pod klasyfikacja, pozwalająca opisać intensywność zaburzenia jako łagodne, umiarkowane i ciężkie (Samochowiec i in. 2015).

Progi diagnostyczne w klasyfikacji DSM–5 mówią o tym, że każda osoba, która

w okresie 12. miesięcy spełnia dowolne dwa z 11. kryteriów – otrzyma diagnozę rozpoznanie AUD. Natomiast stopień nasilenia zaburzenia używania alkoholu zależy od ilości spełnionych objawów. Poniższa Tabela I. przedstawia kryteria umożliwiające rozpoznanie AUD (Zaburzenie związane ze spożywaniem alkoholu: Porównanie DSM–IV i DSM–5 2021).

Tabela I. Kryteria rozpoznania AUD

DSM-5 Czy w ciągu ostatniego roku:	
1. Zdarzało się Panu/Pani spożywać więcej alkoholu lub spożywać alkohol dłużej niż Pan/Pani zamierzał/a?	<p>Obecność co najmniej 2 z tych objawów wskazuje na zaburzenie związane ze spożywaniem alkoholu (Alcohol Use Disorder, AUD).</p> <p>Nasilenie AUD definiuje się jako: Łagodne: Obecność od 2 do 3 objawów,</p> <p>Umiarkowane: Obecność od 4 do 5 objawów,</p> <p>Ciężkie: Obecność 6 lub większej liczby objawów.</p>
2. Częściej niż raz chciał/a Pan/Pani ograniczyć lub przestać spożywać alkohol, bądź próbował/a Pan/Pani ograniczyć lub przestać spożywać alkohol, ale nie mógł/mogła Pan/Pani tego zrobić?	
3. Spędził/a Pan/Pani dużo czasu na spożywaniu alkoholu? Albo chorowaniu lub zwalczaniu innych następstw spożywania alkoholu?	
4. Chciał/a Pan/Pani tak bardzo się napić alkoholu, że nie mógł/mogła Pan/Pani przestać o tym myśleć? <small>** Jest to nowy element w DSM-5**</small>	
5. Zauważył/a Pan/Pani, że spożywanie alkoholu lub choroba po spożyciu alkoholu często przeszkadzały Panu/Pani w zajmowaniu się domem lub rodziną? Albo powodowały problemy w pracy? Albo problemy w szkole?	
6. Nadal spożywał/a Pan/Pani alkohol, mimo iż powodowało to kłopoty z rodziną lub znajomymi?	
7. Zrezygnował/a Pan/Pani z ważnych lub interesujących Pana/Panią czynności lub czynności sprawiających Panu/Pani przyjemność, aby spożywać alkohol?	
8. Więcej niż raz podczas lub po spożyciu alkoholu znalazł/a się Pan/Pani w sytuacji zwiększającej ryzyko odniesienia przez Pana/Panią urazu (np. prowadzenie pojazdów, pływanie, obsługiwane maszyn, poruszanie się po niebezpiecznym miejscu lub odbywanie stosunków płciowych bez zabezpieczenia?)	
9. Kontynuował/a Pan/Pani spożywanie alkoholu, pomimo iż wywoływało to u Pana/Pani uczucie przygnębienia lub niepokoju, bądź nasilało inny problem zdrowotny? Albo po zaniku pamięci?	
10. Musiał/a Pan/Pani spożywać dużo więcej alkoholu niż wcześniej, aby uzyskać pożądaną efekt? Albo zauważył/a Pan/Pani, że standardowo spożywana przez Pana/Panią liczba napojów alkoholowych daje dużo mniejszy efekt niż wcześniej?	
11. Zauważył/a Pan/Pani, że po ustąpieniu skutków spożywania alkoholu, występują u Pana/Pani objawy odstawienia, takie jak zaburzenia snu, drżenie, niepokój, nudności, pocenie się, przyspieszone bicie serca lub napad padaczkowy? Albo wyczuwał/a Pan/Pani rzeczy, których tam nie było?	

Zarówno klasyfikacja ICD wg Światowej Organizacji Zdrowia, jak i klasyfikacja DSM-5 Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, rozpatruje uzależnienie od alkoholu jako interakcję różnych czynników. Mowa tutaj m.in. o czynnikach fizjologicznych oraz takich, które mają związek z określonymi zachowaniami trwającymi co najmniej rok czasu.

Wydaje się, że zauważenie oraz zdiagnozowanie uzależnienia od napojów alkoholowych nie stwarza trudności, w rzeczywistości jest jednak inaczej. Omawiane zaburzenie jest złożonym procesem, ponieważ występujące objawy nie są charakterystyczne tylko dla tego przypadku i może być postawiona niewłaściwa diagnoza (Mellibruda 1997).

Objawy nadużywania alkoholu

Nadużywanie alkoholu prowadzi do choroby alkoholowej. Do postawienia właściwej diagnozy dla osoby z podejrzeniem takiego schorzenia korzysta się z kryteriów obecnie stosowanej w Polsce ICD-10 Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób. Choroba alkoholowa ma miejsce, gdy co najmniej trzy z poniższych objawów występują w czasie przynajmniej jednego miesiąca lub też w ciągu ostatniego roku w kilkukrotnych okresach jednak krótszych niż miesiąc. Objawy ułatwiające zdiagnozowanie omawianej choroby to (Mellibruda 1997; Ryszkowski i in. 2015):

- duża chęć lub poczucie przymusu picia (tzw. głód alkoholowy),
- ograniczenie kontrolowania zachowania związanego ze spożywaniem alkoholu, jego rozpoczynania, zakończenia lub też jego ilości,
- fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego w sytuacji zmniejszenia lub wstrzymania się od picia (nudności, wymioty, biegunka, drżenie, nadciśnienie tętnicze, bezsenność, niepokój, w krańcowej postaci majaczenie) bądź używanie alkoholu w celu uwolnienia się od objawów abstynencyjnych,
- zmiana tolerancji napojów alkoholowych stąd potrzeba spożywania coraz większych ilości dla osiągnięcia oczekiwanego efektu,
- pogłębiające się zaniechywanie innych przyjemności i obowiązków wynikające z nadmiernego spożywania alkoholu, poświęcanie więcej czasu na zaopatrywanie się lub też picie alkoholu albo na odwracanie następstw jego działania,
- nieustanne picie alkoholu pomimo oczywistych faktów występowania szkodliwych następstw jego spożywania.

Przyczyny choroby alkoholowej

Pomimo, że choroba alkoholowa jest znana i obecna w społeczeństwie od wieków, to dotąd nie udało się jednoznacznie ustalić jakie są jej przyczyny występowania. Ma to miejsce dlatego, że nie udało się jeszcze dokładnie poznać schematu powstawania uzależnienia. Jedynie wiadomo na pewno to, że o jego pojawieniu się decyduje wiele czynników takich jak środowiskowe, psychologiczne czy też biologiczne. Według jednej z tez istnienie uzależnienia może wynikać z niewłaściwego traktowania układu nagrody w mózgu. U części osobników układ „domaga się” dodatkowego bodźca w celu utrzymania lub też ponowienia miłego doznania, czyli „łowca nagród”, natomiast u innych osób skierowany jest w kierunku zakończenia uciążliwości psychicznej – „poszukiwacze ulgi” (Woronowicz 2017).

Należy pamiętać, że każdy człowiek jest inny, w związku z tym to, który z czynników: biologiczny, społeczny czy psychologiczny, będzie miał większy wpływ na wystąpienie uzależnienia nie jest łatwe do zdefiniowania. Na podstawie dostępnych wyników badań wiadomo, że na szybkość uzależnienia ma wpływ dojrzałość mózgu, a to powiązać można z wiekiem, w którym pacjent zaczął spożywać alkohol (Woronowicz 2017).

Choroba alkoholowa każdego pacjenta jest unikalna, ponieważ wynika z konkretnych czynników, które skłoniły go do picia. Ma swój powolny rytm trwania i niestety nadal nie ma medykamentu, który pozwoliłby wrócić do stuprocentowego zdrowia sprzed picia. Nadmierne spożywanie alkoholu zaburza prawidłowe funkcjonowanie fizyczne, społeczne, czy też duchowe i prowadzi w konsekwencji do alkoholizmu wywołując niejednokrotnie choroby somatyczne i psychiczne (Wnuk i Marcinkowski 2012).

W momencie spożywania alkoholu tracą na znaczeniu role społeczne, które spełniamy jako ludzie, czy to jako pracownik, przyjaciel, partner, czy rodzic. Skupienie się w życiu na zaopatrzenie się w napoje alkoholowe, czy też udział w procesie odtruwania alkoholowego i powrotu do siebie powoduje niestety ograniczenie naszego czasu poświęcanego na aktywność zawodową, społeczną, czy rodzinną. W rodzinie, osoba spożywająca alkohol jest w centrum zainteresowania i wszelkie działania skupione są wokół niej (Wnuk i Marcinkowski 2012).

Opieka zdrowotna uzależnienia od alkoholu

W Polsce system leczenia osób uzależnionych od alkoholu jest możliwy na podstawie (<https://www.parpa.pl>):

- Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Ustawa 1982.35).

- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 r. w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu (Ustawa 2018.2410).

Leczenie uzależnienia od alkoholu jest dobrowolne. Wyjątek stanowią sytuacje, gdy sąd prawomocnym wyrokiem zobowiązuje obywatela do leczenia.

W Polsce osoby uzależnione od alkoholu mogą skorzystać ze świadczenia ambulatoryjnego z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej w ramach lecznictwa odwykowego również wtedy, gdy nie są ubezpieczone i bez potrzeby posiadania skierowania od lekarza (Włodarczyk 2020). Podstawą do takiego postępowania jest zapis w art. 57.2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Ustawa 2004.2135).

Ważnym elementem skutecznego leczenia jest świadomość osoby uzależnionej, że jest chora oraz chęć podjęcia się leczenia. Niestety osoby uzależnione nie przyznają się do problemu jaki ich dotyka i niechętnie poddają leczeniu. Celem leczenia uzależnienia od alkoholu, czy to formą farmakologiczną, czy też odwykową jest m.in. ograniczenie ilości spożywanego alkoholu, leczenie zespołu odstawienia alkoholu lub leczenie powikłań choroby alkoholowej (Ryszkowski i in. 2015).

Zgodnie z przepisami o działalności leczniczej, czyli Ustawą z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi art. 22.1., w każdym województwie znajdują się podmioty lecznicze zarządzane przez samorządy województw. Do ich zadań należy zapewnienie osobom potrzebującym świadczeń typu: stacjonarnego, dziennego oraz ambulatoryjnego (Włodarczyk 2020).

Równocześnie można dokonać podziału placówek świadczących pomoc osobom uzależnionym od alkoholu na (<https://www.parpa.pl>):

- poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia,
- poradnie leczenia uzależnień,
- całodobowe oddziały terapii uzależnienia od alkoholu,
- całodobowe oddziały leczenia uzależnień,
- dzienne oddziały terapii uzależnienia od alkoholu,
- dzienne oddziały leczenia uzależnień,
- oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych oraz hostele dla osób uzależnionych od alkoholu (Ustawa 2018.2410).

Należy wspomnieć, że poradnie oraz oddziały leczenia uzależnień mogą zajmować się

osobami uzależnionymi wyłącznie od substancji psychoaktywnych, natomiast obecnie ponad 80% osób w tych placówkach jest na leczeniu uzależnienia od alkoholu.

Osoby, które posiadają sądowe decyzje do rozpoczęcia leczenia odwykowego mogą się im poddać we wszystkich placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu, które są finansowane przez NFZ, z wyjątkiem hosteli i oddziałów leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (<https://www.parpa.pl>).

Od wielu lat analizowano i szukano skutecznych sposobów i metod leczenia osób uzależnionych od napojów alkoholowych. Obecnie metoda leczenia zależy od terapeuty i jego podejścia do tematu uzależnienia. W podejściu biomedycznym skupia się na znalezieniu skutecznego leku na alkoholizm oraz na innego typu uzależnienia. Natomiast psychoanalitycy podchodzą do tematu uzależnienia od alkoholu tak jak do różnych zaburzeń nerwicowych i poszukują wyjaśnień w relacjach z bliskimi, szczególnie z rodzicami. Terapeuci, którzy kierują się tzw. teorią uczenia uważają, że to sytuacje życiowe np. stres, skłaniają człowieka do spożywania alkoholu. I taka osoba widząc pozytywny efekt po spożyciu alkoholu, uważa, że znalazła dobre rozwiązanie i przyzwyczajają się do tego schematu. W tym przypadku terapeuci pokazują, jak radzić sobie z różnymi niełatwymi sytuacjami życiowymi unikając alkoholu. Innym kierunkiem jest praca nad motywacją człowieka tzw. psychologia motywacyjna, która ma skłonić pacjenta do ochrony siebie przed alkoholem poprzez uruchomienie mechanizmów obronnych. Swoją popularność ma również Program Dwunastu Kroków, który jest realizowany w niektórych wspólnotach Anonimowych Alkoholików (Woronowicz 2017).

Uważa się, że najważniejsze jest holistyczne podejście do pacjentów, ponieważ nowoczesne leczenie uzależnienia od alkoholu to leczenie jednocześnie ciała, umysłu i duszy (Joško–Ochojska 2012).

Współcześnie proponowane leczenie odwykowe można podzielić na następujące kategorie:

Detoksykacja

Odrucie organizmu, czyli usunięcie wszystkich szkodliwych pozostałości alkoholu, które nadal pozostały po przemianie materii. Detoksykacja jest przeprowadzana w początkowych dniach po odstawieniu alkoholu i aby go usunąć w sposób bezpieczny. W celu kontrolowania procesu czasem podaje się pacjentom nieuzależniające leki uspokajające, nasenne, przeciwdrgawkowe, czy też antydepresyjne. Oprócz tego choremu podawana jest glukoza z witaminami, antybiotyki, płyny uzupełniające oraz elektrolity ustrojowe. Należy pamiętać, że detoksykacja musi być prowadzona w warunkach szpitalnych

lub w specjalistycznym ośrodku leczenia uzależnienia alkoholu tak aby pacjent był pod stałą, całodobową opieką (Ryszkowski i in. 2015a; Joško-Ochojska 2012).

Leczenie farmakologiczne

Zastosowanie jakichkolwiek leków niezależnie od ich składu chemicznego nie jest traktowane jako leczenie uzależnienia alkoholowego. W Polsce przez wiele lat stosowano jedynie tzw. leczenie awersyjne, które opierało się na powstrzymaniu się od picia. Pacjentom podawano disufiram w formie doustnej (Anticol) albo w formie implantu („wszywki” Esperal). Ten środek nie leczył od uzależnienia od alkoholu, natomiast prowadził do uczulenia na alkohol, a w konsekwencji powstrzymywał od picia i ułatwiał rozpoczęcie terapii (Ryszkowski i in. 2015).

Nowoczesnymi lekami, które są używane w leczeniu uzależnienia od alkoholu jako dodatek do terapii są (Fudała 2013):

- Naltrekson (ReVia, Nemexin, Trexan)
- akamprozat (Campral).

Zadaniem ich jest przedłużenie czasu abstynencji oraz zmniejszenie ilości spożywanego alkoholu. Istotne jest, aby pacjent uczestniczył jednocześnie w terapii, ponieważ tylko wtedy efektywność zażywania leków jest widoczna. Omawiane leki są przypisywane najczęściej przez psychiatrę z danej placówki, w której leczy się osoba uzależniona od alkoholu i nie są refundowane. Pozostałe leki, które podawane są osobom uzależnionym od alkoholu np. przeciwdepresyjne, nie mają na celu leczenia stricte od alkoholu. Ich zadanie to zmniejszenie niekorzystnych stanów psychicznych i zaburzeń nastroju, które współistnieją wraz z uzależnieniem (Fudała 2013).

Psychoterapia indywidualna

Indywidualne spotkania z terapeutą są ważnym punktem programu placówek odwykowych. To dzięki nim pacjent zapoznaje się z miejscem oraz rozpoczyna się proces zachęcania do poddania się leczeniu. Osoba uzależniona poznaje warunki uczestnictwa w psychoterapii, wie jaki jest przygotowany program leczenia dla niego i na potwierdzenie tego podpisuje kontrakt terapeutyczny. Terapeuta ma możliwość spokojnego zdiagnozowania danego przypadku wraz z przygotowaniem adekwatnego programu wsparcia. Dzięki indywidualnym spotkaniom pacjent ma możliwość poznania siebie oraz wpływu alkoholu na jego zdrowie (Ryszkowski i in. 2015).

Psychoterapia grupowa

Obok terapii indywidualnej popularną i cenioną formą jest terapia grupowa w walce z uzależnieniem od alkoholu. Faktem jest, że najczęściej to relacje z ludźmi: rodziną,

bliskimi, czy też współpracownikami, pogarszają się w momencie, gdy osoba wpada w uzależnienie od alkoholu. W związku z tym logicznym jest praca nad sobą poprzez terapię wśród ludzi. Takie spotkania w grupie uzmysłwiają, że to co go spotyka – chęć spożywania alkoholu – jest popularnym problemem, z którym walczą również inne osoby. W grupach podczas terapii jest wsparcie oraz nauka, że można zatrzymać tę sytuację i nie popełniać dalej tych samych błędów. Popularne grupy skupiające osoby uzależnione lub ich rodziny to: grupa Anonimowych Alkoholików (AA), Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA), Grupy Krewnych i Przyjaciół Alkoholików (AI–Anon). Jak już wcześniej wspomniano, ważnym elementem jest wykorzystanie także Programu Dwunastu Kroków Anonimowych Alkoholików, który jest zbiorem zaleceń dla trzeźwiejących alkoholików (Ryszkowski i in. 2015). Warto podkreślić, że program 12. kroków bazuje na praktyce, ponieważ został stworzony przez pierwszych uczestników grup Anonimowych Alkoholików.

Stwierdzono, że aby zauważyć efekty potrzeba 18–24 miesięcznej terapii. Podstawowy etap psychoterapii w oddziałach stacjonarnych i dziennych to 6–8 tygodni, a w placówkach ambulatoryjnych 4–6 miesięcy. Całościowy cykl psychoterapii to nawet dwa lata. W jego skład wchodzi 240. godzin spotkań grupowych oraz maksymalnie do 50. godzin w ciągu roku terapii jeden na jeden z terapeutą. Po takim cyklu spotkań osoba uzależniona od alkoholu powinna nadal kontynuować pracę nad sobą i otrzymuje skierowanie do oddziałów ambulatoryjnych, a także grup AA czy też klubów abstynenta (<https://www.parpa.pl>).

Osoby uzależnione od alkoholu, które swoim zachowaniem prowadzą do rozkładu życia rodzinnego, demoralizacji osób małoletnich lub też bardzo często zakłócają spokój lub porządek publiczny, mogą otrzymać sądowe skierowanie na leczenie. Jego celem jest zachęcenie osoby chorej do rozpoczęcia terapii uzależnienia. Takie zobowiązanie do leczenia jest możliwe na podstawie art. 24–36 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (<https://www.parpa.pl>).

Na podstawie powyższej decyzji sądu wobec osoby uzależnionej od alkoholu stosowany jest przymus jedynie na etapie doprowadzenia na badanie przez biegłego, na rozprawę w sądzie, czy też do zakładu leczniczego na podjęcie kuracji, w momencie, gdy osoba odmawia współpracy. Jednocześnie nie można zatrzymać takiego pacjenta w ośrodku leczenia odwykowego bez jego zgody, ponieważ nie istnieją regulacje prawne i organizacyjne (<https://www.parpa.pl>).

W obecnych czasach należy wspomnieć również o jeszcze innej formie wspierającej proces odejścia od uzależnienia do alkoholu, a mianowicie Internecie. Blogi, różnego rodzaju

fora pozwalają na otwartość, mówienie szczerze o sobie i wpływie nałogu na życie zarówno prywatne jak i zawodowe. Podczas dynamicznej komunikacji osoby uzależnione mogą nauczyć się jak radzić sobie z problemem, mają potwierdzenie, że nie jest się samotnym i inni borykają się z tym samym uzależnieniem. Jednocześnie czują wsparcie i mogą pomóc innym. Nie ma więc się co dziwić, że Internet odgrywa ważną rolę także w tematyce uzależnienia od alkoholu. Oczekiwania osób w nałogu o możliwość konsultacji online już nie jest zaskoczeniem. Należy jednak z uwagą podejść do tego tematu i oszacować korzyści, ograniczenia oraz zagrożenia jakie mogą pojawić się w związku z konsultacją online dla osób uzależnionych od alkoholu. Nie w każdym przypadku taka forma będzie adekwatna, więc należy pamiętać, że czasem tylko spotkania twarzą w twarz będą skuteczne (Włodarczyk 2020).

Istnieją również różne aplikacje dla osób uzależnionych od alkoholu, których zadaniem jest wsparcie w pozostaniu w abstynencji poprzez motywowanie czy też kontrolowanie samopoczucia osoby uzależnionej. Przykładowe aplikacje to: Anioł Stróż i E-POP (<http://www.aniolstroz.com.pl>; <https://www.e-pop.pl>).

SKUTKI NADMIERNEGO NADUŻYWANIA ALKOHOLU

Medyczne konsekwencje uzależnienia od alkoholu - Charakterystyczne objawy somatyczne i psychiczne

Zdrowie wg definicji WHO to „dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, umożliwiający człowiekowi naukę bądź wykonywanie pracy oraz dający mu optymalną satysfakcję społeczną i kulturową”. Jak widać nie ma tutaj mowy tylko o braku choroby jako czynnika pogarszającym stan zdrowia. Ważnym elementem jest jednak samopoczucie oraz dostosowanie się do życia (Woronowicz 2009).

Zdrowie to wartość umożliwiająca realizację swoich dążeń. Jest także bogactwem społecznym, bo dzięki niemu społeczeństwo może rozwijać nowe rzeczy, co w konsekwencji prowadzi do lepszego poziomu życia. Zdrowie wzmacniają m.in. pokój, stabilna praca, pieniądze, mieszkanie/dom oraz sprawiedliwość społeczna, zaś degradują używki oraz stres.

Strefa zdrowia to jedna z pierwszych sfer, na którą negatywnie wpływa spożywanie alkoholu. Wymienić można trzy rodzaje zaburzeń (Włodarczyk 2018):

- zaburzenia, które są bezpośrednim następstwem spożycia alkoholu,
- zaburzenia jako skutek ciągłego spożywania alkoholu,
- trwałe uszkodzenia wynikające z długotrwałego nadużywania napojów alkoholowych.

Choroba alkoholowa, jeśli nie zostanie zdiagnozowana lub pomimo diagnozy nie zostanie podjęte leczenie, prowadzi do wyniszczenia organizmu, a nawet do śmierci. Według danych zebranych przez Światową Organizację Zdrowia - 2,5 mln zgonów w roku to skutek bardzo intensywnego spożywania alkoholu. Jednocześnie uzależnienie od alkoholu powoduje prawie 4,5% światowej zachorowalności na różnego rodzaju choroby (Dziukiewicz 2017).

Spożywanie alkoholu wpływa na zdrowie m.in. poprzez „biochemiczny skutek działania alkoholu” i jego wpływ na przebieg różnych chorób. Dodatkowo pojawiające się upojenie alkoholowe lub upijanie się od czas do czasu kończy się czasem uszkodzeniami ciała oraz degradacją relacji społecznych. Ostatnim elementem jest już uzależnienie od alkoholu co wpływa także na rodzaj przebiegu innych chorób, w tym przewlekłych. W wykazie ICD-10 ponad 40. jednostek chorobowych jest powiązanych z alkoholem. Spożywanie alkoholu ma także wpływ na wcześniejsze zgony pacjentów oraz wzrost ilości pilnych i przewlekłych chorób (Włodarczyk 2018).

Osoby uzależnione od alkoholu są podatne na wiele różnych rodzajów zaburzeń somatycznych, jak i psychicznych, jednak dla każdego przypadku należy wykonać dokładną

diagnozę oraz zastosować odpowiednie leczenie (Mellibruda 1997).

Problemy somatyczne

W poniższej Tabeli II znajduje się zestawienie układów organizmu, w których dochodzi do zmian w wyniku spożywania nadmiernej ilości alkoholu (<https://www.parpa.pl>; Woronowicz 2009; Dziukiewicz 2017; Cierpiąłkowska 2010; Rybka, Jankowska i Przybylska 2019):

Tabela II. Zmiany chorobowe w organizmie przy uzależnieniu od alkoholu

UKŁAD ORGANIZMU	ZMIANY CHOROBOWE
Obwodowy układ nerwowy	<ul style="list-style-type: none"> • zapalenie wielonerwowe (polineuropatia) czyli zaburzenia czucia w znajdujących się dalej od korpusu odcinkach kończyn • nerwobóle oraz bóle uciskowe nerwów • osłabienie lub brak odruchów ścięgnistych oraz bóle mięśniowe • w skrajnych przypadkach niedowład lub porażenia
Ośrodkowy układ nerwowy	<ul style="list-style-type: none"> • poszerzenie układu komorowego wraz z zanikami korowymi szczególnie w okolicach skroniowych i czołowych • encefalopatia Wernickiego • otępienie i nieamnestyczne upośledzenie funkcji poznawczych i pamięci • drgawkowe napady abstynencyjne, czyli padaczka alkoholowa
Układ pokarmowy	<ul style="list-style-type: none"> • przewlekłe stany zapalne błon śluzowych jamy ustnej, przełyku, żołądka i dwunastnicy • zaburzenia perystaltyki jelit oraz upośledzenie wchłaniania • stany zapalne trzustki i wątroby (stłuszczenie, zwłóknienie i marskość) • osłabienie zwieracza przełyku, występowanie refluksu żołądkowo–przełykowego tzw. przełyk Barreta • urazowe pęknięcie przełyku oraz zespół Mallory’ego–Weissa
Układ krążenia	<ul style="list-style-type: none"> • nadciśnienie tętnicze prowadzące do udaru mózgu • kardiomiopatia alkoholowa będąca skutkiem przerostu mięśnia sercowego.
Układ oddechowy	<ul style="list-style-type: none"> • przewlekłe zapalenie błony śluzowej tchawicy i oskrzeli • rak jamy ustnej, krtani oraz tchawicy
Układ moczowy	<ul style="list-style-type: none"> • ostra niewydolność nerek • wzrost stężenia kwasu moczowego we krwi prowadzące do dny moczanowej

Układ hormonalny	<ul style="list-style-type: none"> • nieprawidłowe wydzielanie testosteronu i luteotropiny • u mężczyzn feminizacja poprzez obkurczanie jąder, upośledzenie wytwarzania nasienia, czasem powiększenie gruczołów piersiowych • u kobiet zaburzenie cyklu menstruacyjnego, wcześniejsza menopauza • problemy z wydzielaniem hormonów tarczycy, czyli obniżenie poziomu trójiodotropiny oraz kory nadnerczy poprzez podwyższenie poziomu kortyzolu
Układ odpornościowy	<ul style="list-style-type: none"> • większe prawdopodobieństwo występowania chorób zakaźnych, zapalenie płuc i gruźlica • ryzyko pojawienia się określonych rodzajów raka, zwłaszcza przełyku, wątroby, części nosowej gardła, krtani i tchawicy oraz raka sutka u kobiet.

Nadużywanie alkoholu powoduje również niedobory witamin i innych pierwiastków koniecznych do właściwego funkcjonowania organizmu. Następstwem ich braków mogą być zarówno zaburzenia widzenia, jak i zmiany skórne, czy też zmiany w błonach śluzowych i szpiku kostnym.

Problemy psychiczne

Alkohol powoduje duże zaburzenia w zdrowiu psychicznym człowieka. Pojawiają się takie stany jak:

- bezsenność,
- niepokój,
- depresja,
- próby samobójcze,
- zmiany osobowości,
- utrata pamięci,
- majaczenie alkoholowe,
- psychoza i halucynoza alkoholowa
- zespół amnestyczny Korsakowa (<https://www.parpa.pl>).

Poniżej znajduje się krótki opis wybranych problemów psychicznych u osób uzależnionych od alkoholu:

- **Ostra omamiana, czyli ostra halucynoza alkoholowa** – jest drugą najczęściej występującą psychozą alkoholową i towarzyszy ona także innym objawom zespołu abstynencyjnego. W trakcie trwania choroby mogą pojawić się dodatkowo urojenia,

w tym prześladowcze, które tworzą się na podstawie usłyszanych historii. Dodatkowymi towarzyszącymi emocjami mogą być niepokój, obawa czy obniżenie nastroju. Czasem omamiana prowadzi do zachowań agresywnych lub autoagresywnych (Woronowicz 2009).

- **Paranoja alkoholowa tzw. obłąd zazdrości, zespół Otella** – częściej dotyczy mężczyzn (Woronowicz 2009). Jest to inna forma psychozy wynikająca z bardzo intensywnego długoletniego spożywania alkoholu. Objawia się urojeniami niewierności małżeńskiej w tym wielką podejrzliwością czasem prowadzącą do agresji oraz przemocy wobec partnera (Cierpiałkowska 2010).
- **Majaczenie drżenne tzw. *delirium tremens*** – w większości przypadków jest zauważalne po kilku lub kilkadziesiąt godzinach (max do 72. godzin) po zakończeniu picia lub w momencie zmniejszenia intensywności picia. Nie jest często widoczne w trakcie tzw. ciągu picia. Objawami tego stanu, który może trwać nawet do kilku dni, jest ostra psychoza występująca jako zaburzenia świadomości, myślenia czy też spostrzegania (np. omamów). Można je rozpoznać także po podnieceniu psychoruchowym, a także w zaburzeniach fizycznych i somatycznych, które mogą zagrażać życiu (Cierpiałkowska 2010).

Do ośrodków odwykowych trafiają osoby uzależnione od alkoholu w różnym stanie psychicznym i zdrowotnym, potrzebujące indywidualnego podejścia i różnorodnej opieki medycznej oraz psychologicznej i socjalnej. Do najczęściej obserwowanego stanu należy stan odstawienia w tym zespół abstynencyjny oraz stan ciągłego lub powtarzalnego spożywania środka uzależniającego. Przewlekłe zaburzenia psychiatryczne pojawiające się w innym momencie niż zespół abstynencyjny w tym np. tuż po użyciu alkoholu, należą do najbardziej poważnych powikłań długoterminowego spożywania napojów alkoholowych (Habrat 2010).

Spoleczne następstwa choroby alkoholowej

Uzależnienie od alkoholu jest bardzo złożonym procesem, który wpływa niekorzystnie na rolę człowieka w społeczeństwie. Należy tutaj wspomnieć o różnych sferach życia (Włodarczyk 2020; Dziukiewicz 2017):

- **sfera osobista** – rozpad więzi lub utrata bliskich osób, rozpad małżeństwa, ograniczenie życiowych celów, zwiększona agresja i przemoc, znaczne obniżenie poziomu życia, trudności w kontaktach interpersonalnych.
- **sfera zawodowa** – spadek kompetencji zawodowych, długotrwała nieobecność w pracy, spadek jakości pracy, ryzyko utraty pracy, ograniczone szanse awansu.

- **sfera prawna** – naruszanie prawa, porządku, popełnianie przestępstw i wykroczeń.
- **sfera ekonomiczna** – chwilowe problemy finansowe, straty makroekonomiczne państwa wynikające z wysokości przekazywanych środków pieniężnych z budżetu państwa na koszty ponoszone w związku ze skutkami niekontrolowanego używania lub nadużywania alkoholu obywateli.
- **sfera zdrowia** – różnego rodzaju zaburzenia, które są bezpośrednim następstwem spożycia alkoholu lub skutkiem ciągłego spożywania alkoholu, upośledzenie różnych układów organizmu.
- **sfera demografii** – zwiększona liczba zgonów wynikająca ze spożywania alkoholu.
- **sfera społeczna** – niewłaściwe relacje społeczne, zrywanie kontaktów, poczucie odizolowania społecznego, problemy z właściwym wykonywaniem ról społecznych i w konsekwencji strata kompetencji społecznych.

Precyzyjne wyliczenie szkód społecznych i rodzinnych, określenie ich wielkości oraz wpływu nie jest łatwe. Według dostępnych danych cztery mln Polaków styka się codziennie z osobą uzależnioną od alkoholu, mieszkają w rodzinach, gdzie przemoc, bieda czy demoralizacja jest wynikiem nadużyć alkoholu. Niestety alkohol powoduje również cierpienia prawie dwóch mln dzieci, których rodzic/rodzice spożywają w nadmiarze napoje alkoholowe (Ryszkowski i in. 2015).

Nie należy także zapominać, że z powodu alkoholu dochodzi do zdarzeń losowych, takich jak wypadki komunikacyjne, pożary czy utonięcia.

NADUŻYWANIE ALKOHOLU JAKO PROBLEM EPIDEMIOLOGICZNY

WHO podaje, że 2,3 mld osób na świecie spożywa alkohol, jednak 57% światowej populacji (3,1 mld osób) w wieku 15+ nie piło alkoholu w ciągu ostatnich 12. miesięcy, a 44,5% (prawie 2,5 mld) – nie piło alkoholu nigdy (WHO, 2018).

W skali świata najczęściej spożywane są alkohole wysokoprocentowe (45% całej konsumpcji), następnie piwo (34%) i wino (12%). Szacuje się, że średnie spożycie alkoholu wśród osób deklarujących picie to 33 gramy czystego alkoholu etylowego dziennie, co odpowiada 2 kieliszkom wina po 150 ml, dużemu piwu (750 ml) lub dwóm kieliszkom alkoholi wysokoprocentowych po 40 ml (WHO, 2018; MPPiRPA, 2019).

Badania wykazują, że najwięcej alkohol piją Europejczycy i Amerykanie – średnio odpowiednio 9,8 litra i 8 litrów czystego alkoholu etylowego rocznie. W skali świata 27% osób pijących to młodzież w wieku 15-19 lat, a spożycie alkoholu w tej grupie wiekowej jest najwyższe w Europie (44%), obu Amerykach (38%) i regionie Zachodniego Pacyfiku (38%) (WHO, 2018; MPPiRPA, 2019).

W wielu krajach inicjacja alkoholowa rozpoczyna się przed ukończeniem 15. roku życia, przy niewielkich różnicach pomiędzy chłopcami i dziewczętami (WHO, 2018; MPPiRPA, 2019).

W 2016 roku w wyniku szkodliwego spożywania alkoholu na świecie zmarło blisko 3 mln osób (5,3% wszystkich zgonów), w tym 2,3 mln mężczyzn i 0,7 mln kobiet. Śmiertelność związana z konsumpcją alkoholu jest wyższa niż śmiertelność spowodowana takimi chorobami, jak gruźlica, HIV/AIDS i cukrzyca (WHO, 2018; MPPiRPA, 2019).

W skali światowej 237 mln mężczyzn i 46 mln kobiet cierpi na zaburzenia związane z używaniem alkoholu, w tym w Europie - 14,8% mężczyzn i 3,5% kobiet) oraz obu Amerykach - 11,5% mężczyzn i 5,1% kobiet) i są one częstsze w krajach o wysokich dochodach na jednego mieszkańca (WHO, 2018; MPPiRPA, 2019).

Spośród wszystkich zgonów związanych z nadużywaniem alkoholu, najwięcej było skutkiem (WHO, 2018; MPPiRPA, 2019):

- urazów (28,7%),
- chorób przewodu pokarmowego (21,3%),
- chorób sercowo-naczyniowych (19%),
- chorób zakaźnych (12,9%),
- nowotworów (12,6%).

Częstotliwość ryzykownego spożywania alkoholu (WHO definiuje je jako wypicie 60 gram czystego alkoholu etylowego lub więcej przy jednej okazji, przynajmniej raz w miesiącu) w roku 2000 spadła w całej populacji z 22,6% do 18,2% w roku 2016, ale pozostaje wciąż wysoka wśród tych osób, które deklarują picie alkoholu. Wskaźnik ten jest bardzo wysoki w Rosji i niektórych krajach europejskich, m.in. Bułgarii, Rumunii i Polsce (WHO, 2018; MPPiRPA, 2019).

Na całym świecie częstotliwość ryzykownego spożycia alkoholu jest niższa w całej populacji niż wśród nastolatków (w grupie wiekowej 15-19 lat), a najwyższa wśród młodych dorosłych, czyli osób w przedziale wieku 20-24 (WHO, 2018; MPPiRPA, 2019).

W roku 2020 zauważono spadek spożycia alkoholu o 0,16 litra i wykazano, iż od lat 90. wzrasta konsumpcja piwa - z 42,8 litra na mieszkańca w roku 1996 do 92,7 litra w roku 2021. Wzrasta także od roku 2016 spożycie wina i w roku 2021 wyniosło ono 6,7 litra (kategoria wina i miody pitne). W pandemicznym roku 2020, w porównaniu z 2019, zwiększyło się spożycie wina o 0,2 litra na mieszkańca, kosztem piwa - spadek o 3,5 litra na osobę (Raport PIE, 2021).

W roku 2021 na 1 mieszkańca w Polsce przypadało spożycie 9,7 litra 100 procentowego alkoholu, czyli o 3 litry więcej niż 20 lat temu. W latach 1993-2000 spożycie utrzymywało się na względnie stałym poziomie 6,5-7 litra, jednak od początku XXI wieku zaczęło wzrastać. Najbardziej dynamiczny wzrost spożycia zanotowano w latach 2001-2008, w których konsumpcja alkoholu na 1 mieszkańca wzrosła aż o 45%. Rekordowo duże spożycie - 9,78 litra 100 procentowego alkoholu na 1 mieszkańca Polski miało miejsce przed pandemią w 2019 roku (Raport PIE, 2021).

Średnia spożycia alkoholu w Polsce jest wyższa niż średnia europejska, bowiem według danych WHO w 2016 roku w Polsce na jednego mieszkańca przypadało średnio 10,4 litra czystego alkoholu etylowego. Średnie spożycie alkoholu na jednego mieszkańca w Polsce wynosi 9,4 litra, natomiast w Warszawie jest wyższe od przeciętnego o 50% i wynosi średnio 13,3 litra. Najczęściej Polacy piją piwo (56%) i wódkę (36%), rzadziej wino (8%), jednak w samej Warszawie większy jest udział w spożyciu win – jest to 25% całej konsumpcji (WHO, 2018; MPPiRPA, 2019).

Badanie CBOS z 2019 roku wykazało, że najczęściej spożywanym alkoholem było piwo. W roku 2010 sięgało po piwo 52% spośród pijących alkohol, a w roku 2019 wybierało je 39% osób. Odsetek osób najchętniej wybierających wino rośnie od 2007 roku, natomiast największy wzrost dotyczył alkoholi wysokogatunkowych, np. koniaku, whisky. W roku 2019 11% badanych zadeklarowało, że jeśli sięga po kieliszek, to najczęściej z tego typu trunkiem.

Do 6% (o 3 punkty procentowe) wzrosła też kategoria odpowiedzi „coś innego” niż wymienione alkohole i przypuszcza się, że są to cydry lub radlery lub shandy, czyli miksy piwa i lemoniady (Bożewicz, 2019). Piwo zdecydowanie zdeklasowało pozostałe trunki w najmłodszej grupie badanych (18–24 lata), w której 63% respondentów najczęściej sięga po ten alkohol. W kolejnym przedziale wiekowym (25–34 lata) piwo było wybierane znacznie rzadziej (39%), a na kolejnym miejscu plasowało się wino (31%). Wśród osób powyżej 45. roku życia mniej więcej co trzeci badany deklaruje, że najczęściej wybiera piwo, ponadto wzrosło spożycie wódki – sięgało po nią 22% ankietowany w wieku 55-64 lata i 26% powyżej 65. roku życia (Bożewicz, 2019). Spośród grup zawodowych po wódkę najczęściej sięgają robotnicy wykwalifikowani (24%) i niewykwalifikowani (22%), emeryci (25%) oraz renciści (26%). Alkohole wysokogatunkowe, takie jak koniak czy whisky, relatywnie najczęściej piją pracujący na własny rachunek (25%), zaś wśród pracowników administracyjno-biurowych (48%) i gospodyń domowych (54%) najczęściej piło wino (Bożewicz, 2019).

Szacuje się, że nadużywanie alkoholu dotyczy ponad 2,5 mln Polaków, w rodzinach z problemem alkoholowym żyje 3-4 mln osób, w tym 1,5-2 mln dzieci, a 700-900 tys. osób jest uzależnionych od alkoholu (WHO, 2018; MPPiRPA, 2019).

Badanie „Aktualne problemy i wydarzenia” przeprowadzone przez CBOS w 2019 roku na liczącej 965 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski wykazało, że 56% Polaków 56% zadeklaruje, że pije alkohol okazjonalnie, 8% - że spożywa go często, a 33% - że unika okazji do picia alkoholu lub w ogóle nie bierze go do ust (Bożewicz, 2019). W stosunku do badania z 2010 roku odsetek deklarujących częste picie nieznacznie zmniejszył się z 11% do 8% i więcej ubyło całkowitych abstynentów - z 22% do 16%. Spośród grup wiekowych alkohol najczęściej pili badani w wieku 25–34 lata: tylko 7% z nich jest abstynentami, 65% sięgało po alkohol okazjonalnie, a 9% – często. W 2010 roku relatywnie najwięcej pijących alkohol było wśród najmłodszych badanych (18–24 lata), dziś te osoby zaliczają się do grupy wiekowej 25–34 lata, co pozwala sądzić, że ich styl konsumpcji alkoholu nie zmienia się wraz z upływem czasu. Podobnie w przypadku osób z grupy wiekowej 65. lat i więcej, którzy 9. lat temu plasowali się w przedziale 55–64 lata: odsetek abstynentów wśród nich wynosi 28% i również pozostał stały dla tej kohorty. W rezultacie nie stwierdzono już grupy wiekowej, tak jak w 2010 roku, w której więcej osób deklaruje abstynencję niż picie alkoholu. Spośród grup zawodowych stosunkowo najczęściej po alkohol sięgają robotnicy niewykwalifikowani, bezrobotni oraz pracujący na własny

rachunek, natomiast istotnie rzadziej niż pozostali – pracownicy administracyjno-biurowi, renciści i gospodynie domowe (Bożewicz, 2019).

Jakikolwiek alkohol 74% najczęściej spożywało w mieszkaniu, 9% - w pubie lub barze, a 8% w restauracji (Bożewicz, 2019).

Do codziennego lub prawie codziennego picia 2% respondentów przyznało się wyłącznie w kontekście piwa. Przynajmniej raz w tygodniu po piwo sięgało 25% respondentów (nieodrzucających alkoholu), a kolejne 30% piło je raz lub kilka razy w miesiącu. Do spożywania wina przynajmniej raz w tygodniu przyznało się 3% osób, które nie są abstynentami. Raz lub kilka razy w miesiącu wino piło 26% i 36% sięgało po nie kilka razy w roku. Wódkę przynajmniej raz w tygodniu piło dwóch na stu respondentów. Więcej niż co piąty (22%) przyznaje się do jej picia wódki co najmniej raz w miesiącu, a 39% – kilka razy w roku (Bożewicz, 2019).

ALKOHL A PŁEĆ

Do lat 70. kobiety były prawie wyłączone z badań epidemiologicznych, klinicznych i doświadczalnych nad alkoholem (Wasilewski, 2007). Okazało się jednak, że kobiety piją inaczej, a ich uzależnienie różni się od uzależnienia mężczyzn. Alkoholizm kobiet ma swoją specyfikę, co ma ogromne znaczenie między innymi w terapii. Tradycyjne sposoby leczenia alkoholizmu zostały jednak opracowane z myślą o mężczyznach, a to może zniechęcić niektóre kobiety do leczenia (Wasilewski, 2007).

Badanie CBOS z 2019 roku (Bożewicz, 2019) wykazały, że kobiety dwa razy częściej niż mężczyźni w ogóle nie sięgają po alkohol - wśród mężczyzn odsetek abstynentów wynosi 10%, podczas gdy wśród kobiet 21%. W 2010 roku 30% kobiet deklarowało, że nigdy nie bierze alkoholu do ust, ale na przestrzeni kolejnych lat obserwuje się, że spożycie alkoholu wśród kobiet rośnie (Bożewicz, 2019). Kobiety znacznie częściej niż mężczyźni twierdziły, że piją bardzo mało (69% wobec 39%), zaś mężczyźni istotnie częściej - że ilość spożywanego przez nich alkoholu mieści się w normie. Najwyższy odsetek pijących kobiet odnotowano w grupie wiekowej 25–34 lata (93%), a najmniejszy w grupie 65 lat i więcej (63%). Wśród mężczyzn relatywnie najczęściej po alkohol sięgali badani w wieku 45–54 lata (99%), a najrzadziej – także najstarsi (83% osób powyżej 65 roku życia). Większość mężczyzn najczęściej sięgało po piwo (56%), natomiast kobiety po wino (45%). Alkohol wysokogatunkowy, np. koniak czy whisky, jest najchętniej wybierany przez 11% zarówno mężczyzn, jak i kobiet (Bożewicz, 2019).

Dane uzyskane w wyniku Narodowego Testu Zdrowia Polaków wykazało, że 20% Polaków deklarowało całkowitą abstynencję (o 1 punkt procentowy więcej niż w 2021 roku i aż o 9 punktów procentowych więcej niż w roku 2020). Odsetek kobiet pijących alkohol wynosił 75%, natomiast mężczyzn 86% (Narodowy test Zdrowia Polaków 2022).

Alkohol spożywało najwięcej osób z grupy o wyższym wykształceniu (86%) - bez zmian względem roku poprzedniego (w 2020 – 92%), natomiast najmniej z grupy osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym – 73% (w 2021 – 74%, w 2020 – 85%). Po alkohol przynajmniej raz dziennie nadal sięgało 10% dorosłych Polaków. Jednocześnie osób pijących go kilka razy w tygodniu jest o 1 punkt procentowy mniej – 20% (Narodowy test Zdrowia Polaków 2022).

Mężczyzn sięgających przynajmniej raz dziennie po alkohol było 15% - tyle samo jak

w roku poprzednim, jednak o 1 punkt procentowy wzrósł odsetek mężczyzn pijących dwa drinki lub więcej drinków dziennie. Odsetek kobiet pijących alkohol każdego dnia nie zmienił się rok do roku i wynosił 5% (z tego po dwa drinki dziennie lub więcej sięgało 2% Polek, tak samo jak przed rokiem). Po wódkę sięgało kilka razy w tygodniu 6% pijących mężczyzn i 2% pijących kobiet (wzrost o 1 punkt procentowy w każdej z grup względem 2021), a aż 2% mężczyzn i 1% kobiet piło ją codziennie (wzrost o 1 punkt procentowy w każdej z grup względem 2021). Kilka razy w miesiącu wódkę piło aż 21% mężczyzn i 8% kobiet (Narodowy test Zdrowia Polaków 2022).

Alkohol działa inaczej (bardziej toksycznie) na organizm kobiety niż mężczyzny, a ryzyko negatywnych konsekwencji spożywania alkoholu przez kobiety jest znacznie większe i rośnie wraz ze wzrostem ilości wypijanego alkoholu (Fudala, 2007).

Podkreśla się, że w ostatnich latach rośnie liczba nadmiernie pijących młodych kobiet i dziewcząt, a ich poziom picia (co do ilości i częstości spożywanego alkoholu) zbliża się do poziomu picia mężczyzn (Fudala, 2007). Kobiety pijące najwięcej alkoholu to osoby w wieku od 18 do 29 lat, pozostające w stanie wolnym (panny i osoby rozwiedzione), mieszkanki miast (powyżej 50 tys. mieszkańców), uczące się i studiujące oraz bezrobotne. Co dziesiąta kobieta w tym wieku wypija rocznie ponad 7,5l czystego alkoholu, co stwarza ryzyko poważnych szkód zdrowotnych, psychologicznych i społecznych (Fudala, 2007).

Stężenie alkoholu we krwi zależy od ilości wypitego alkoholu oraz masy ciała, ponieważ kobiety są przeciętnie mniejsze od mężczyzn i mają mniejszą wagę, a nawet jeżeli waży tyle samo co mężczyzna to po wypiciu identycznej porcji alkoholu jej organizm otrzyma go 40% więcej (Fudala, 2007). Jest to ściśle związane z tym, że kobiety mają więcej tkanki tłuszczowej i mniej płynów w organizmie, więc ta sama ilość alkoholu zostaje rozpuszczona w mniejszej ilości płynów w stosunku do masy całego ciała. Poza tym kobiety w porównaniu z mężczyznami mają w żołądku znacznie mniej enzymów odpowiedzialnych za metabolizowanie alkoholu i więcej estrogenów, które sprzyjają intensywniejszemu wchłanianiu alkoholu (Fudala, 2007).

Organizm kobiety wykazuje mniejszą, niż organizm mężczyzny, zdolność do obrony przed negatywnymi konsekwencjami picia alkoholu. Wynika to z tego, że kobiety słabiej metabolizują alkohol w żołądku i większa jego ilość dociera do wątroby, co powoduje jej niszczenie. Rozwój dysfunkcji wątroby występuje u kobiet po krótszym okresie picia i po mniejszych dawkach alkoholu niż u mężczyzn (Fudala, 2007).

Alkohol powoduje u kobiet silniejsze dysfunkcje mózgu, zakłócając bardziej oraz inaczej jakościowo zdolności psychomotoryczne. Dotyczy to zwłaszcza osłabienia zdolności

radzenia sobie z działaniami złożonymi, jak np. kierowaniem samochodem. Pijące nadmiernie kobiety są bardziej narażone na upośledzenie funkcji poznawczych niż nadużywający alkoholu mężczyźni (Fudala, 2007).

Alkohol zaburza funkcje hormonalne i może zakłócić cykl miesięczkowy. U kobiet pijących ryzykownie występuje zwiększone zagrożenie nowotworem sutka. Nadużywanie alkoholu przez kobiety zwiększa predyspozycję do ostrych form osteoporozy i powoduje o wiele większą podatność na złamania kości (zwłaszcza w okresie menopauzy - alkohol wypłukuje bowiem wapń z organizmu i zakłóca metabolizm witaminy D). Skutkiem nadużywania alkoholu przez kobiety może być brak zainteresowania seksem, oziębłość płciowa i niezdolność do przeżywania orgazmu. Może być przyczyną występowania zaburzeń nastroju, zwłaszcza o charakterze lękowym i depresyjnym (Fudala, 2007).

Każda ilość alkoholu spożywanego przez kobiety w ciąży działa toksycznie na rozwijające się w ich łonie dziecko. U kobiet pijących alkohol podczas ciąży znacznie wcześniej występują przedwczesne porody oraz poronienia (Fudala, 2007).

Ryzyko szkód zdrowotnych pojawia się już wtedy, gdy kobieta wypija dziennie więcej niż dwie standardowe porcje alkoholu (czyli 1 półlitrowe piwo, kieliszek wina o pojemności 200ml, czy 60ml wódki). Trzy standardowe porcje alkoholu dziennie powodują u kobiet zaburzenia zdrowia, które występują u mężczyzn pijących więcej niż dziewięć porcji czystego alkoholu dziennie (Fudala, 2007).

Kobiety częściej niż pijący nadmiernie mężczyźni są ofiarami wypadków, urazów, przemocy fizycznej oraz gwałtów i nadużyć seksualnych (Fudala, 2007).

Picie alkoholu zwiększa natężenie zachowań ryzykownych, w tym seksualnych, co pociąga za sobą zagrożenie przemocą seksualną, zakażeniami czy niechcianą ciążą (Fudala, 2007).

Według Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów alkoholowych umieralność kobiet nadużywających alkoholu jest wyższa niż mężczyzn, przy czym główne jej przyczyny to (PARPA, 2019):

- alkoholowe uszkodzenie wątroby,
- zapalenie trzustki,
- wypadki,
- przemoc,
- samobójstwa,
- nowotwory,

- choroby serca.

Za najczęstsze różnice związane z płcią, a dotyczące przebiegu i leczenia uzależnienia u kobiet uważa się to, że (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006):

- kobiety zazwyczaj w późniejszym wieku niż mężczyźni zaczynają nadużywać alkoholu, jednak wśród dziewcząt ujawniają się tendencje do upodabniania się ich stylu picia do stylu picia przez chłopców,
- kobiety w odróżnieniu od mężczyzn doświadczają szybciej i więcej negatywnych skutków nadużywania alkoholu i to zarówno w wymiarze biologicznym, psychologicznym, jak i społecznym. Szybkie narastanie negatywnych skutków nadużywania alkoholu określa się jako „teleskopowy rozwój uzależnienia u kobiet”,
- występowanie alkoholizmu w rodzinie prawdopodobnie pełni mniejszą rolę w jego powstawaniu niż u mężczyzn,
- w sposób istotny ryzyko uzależnienia się od alkoholu u kobiet zwiększają obciążenia środowiskowe, zaburzenia seksualne, lękowo-depresyjne cechy osobowości i zamieszkiwanie z pijącym partnerem,
- kobiety, które podejmują leczenie zgłaszają więcej różnorodnych problemów związanych z życiem rodzinnym, osobistym, finansami, pracą zawodową i zdrowiem niż mężczyźni i stają się one często głównym motywem podejmowania leczenia,
- u kobiet, w odróżnieniu od mężczyzn, w połączeniu z alkoholizmem występuje więcej problemów psychicznych i emocjonalnych, zwłaszcza związanych z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi,
- kobiety mają zazwyczaj większe poczucie winy i większy krytycyzm wobec uzależnienia niż mężczyźni,
- za najbardziej znaczące zwiastuny pojawienia się problemów alkoholowych u kobiet uważa się:
 - początek nadużywania alkoholu w wieku dorastania,
 - przebywanie w nieformalnym związku z partnerem nadużywającym alkoholu,
 - zaburzenia seksualne i/lub wykorzystanie seksualne w dzieciństwie,
 - zaburzenia depresyjne i/lub lękowe,
 - przyjmowanie leków i innych substancji psychoaktywnych.
- wśród terapeutów panuje zgodność, że u alkoholiczek występują swoiste potrzeby fizyczne oraz społeczne oraz problemy psychologiczne.

Na podstawie przeprowadzonych badań, za Woydyłło (2003), można stwierdzić, że kobiety w porównaniu z mężczyznami częściej:

- cierpią z powodu objawów nerwicowych oraz zaburzeń snu,
- przeżywają poczucie winy, depresję lub stany lękowe,
- piją w związku z problemami emocjonalnymi i w ramach kompensacji problemów (mężczyźni - z przyczyn socjalnych),
- piją w związku z sytuacją domową (mężczyźni - z pracą),
- zaczynają pić po traumatyzujących wydarzeniach lub w stresie,
- piją w związku z zachowaniami partnera (niejednokrotnie jest to picie z partnerem spowodowane uległością, chęcią niedopuszczenia, żeby się upił itp.),
- mogą pić ze względu na wahania nastroju związane ściśle z cyklem miesięczkowym,
- piją z powodu samotności (np. gospodynie domowe),
- piją w związku z objawami tzw. zespołu opuszczonego gniazda (zagubienie i samotność spowodowane spadkiem liczby obowiązków po opuszczeniu domu przez dorosłe dzieci),
- nadużywają alkoholu, jeżeli w dzieciństwie były molestowane lub wykorzystywane seksualnie,
- są obciążone większym ryzykiem nadużywania alkoholu, jeżeli występują u nich problemy (lub zaburzenia) seksualne (tamże).

Istotny wpływ na szybszy rozwój uzależnienia u kobiet oraz na zwracanie się po pomoc mają czynniki socjokulturowe, bowiem w wielu społeczeństwach kobieta (Woydyłło, 2003):

- jest osobą odpowiedzialną za dom i wychowanie dziecka, a więc za jakość życia rodzinnego,
- staje przed innymi niż mężczyzna wymaganiami moralnymi i etycznymi
- są inne względem niej oczekiwania,
- nie jest akceptowana jako osoba pijąca, a to determinuje staranne ukrywanie picia, późniejsze uświadomienie sobie problemu oraz odwlekanie decyzji dotyczącej zwrócenia się po pomoc,
- szybciej niż mężczyzna wypada z ról społecznych (bardziej widoczne są zaniedbania spowodowane piciem),
- szybciej niż mężczyzna jest odrzucana przez otoczenie (Woydyłło, 2003)

METODOLOGIA I CEL BADAŃ

Uzależnienie od alkoholu zaczyna się na początku od spożywania małych ilości alkoholu natomiast po pewnym czasie zwiększa się jego intensywność oraz pojawia się powtarzalność picia. Nałogi nie są niczym nowym, od zawsze występowały i będą nadal występować na ziemi, nie zależnie od rozwoju cywilizacji. Faktem jest jednak to, że obecnie uzależnieniem od alkoholu dotkniętych jest coraz więcej ludzi. Wynika to z chęci oderwania się od problemów a także z potrzeby bycia lepszym, bardziej mającym, a to przekłada się na lepsze samopoczucie człowieka (Zambrzycka i in. 2019).

Wraz z upływającym czasem kultura spożywania alkoholu uległa zmianie oraz samo spożywanie alkoholu zostało zaakceptowane przez część środowisk społecznych, które nie widzą wpływu takiego zachowania na degradację życia osoby pijącej lub jej rodziny oraz możliwość wystąpienia różnego rodzaju schorzeń (Frąckowiak i Motyka 2015a). Nie jest więc zaskoczeniem, że również w Polsce jednym z głównych problemów zdrowotnych jest uzależnienie od alkoholu.

Wiele badań zostało wykonanych w różnych krajach, aby poznać problem uzależnienia od alkoholu i pokazują one, że w ostatnich 30 latach również kobiety coraz częściej i coraz więcej spożywają alkoholu (Gąsior 2005). Istotne jest również to, że większość osób, które nadużywają alkohol, niezależnie od tego czy są młodzi, czy starzy, nie jest świadoma swojego uzależnienia. Nie wiedzą, że mają chorobę alkoholową i powinni się leczyć, a ta choroba jak każda nieleczona choroba prowadzi w niektórych przypadkach nawet do śmierci (Jeżyna, Bejda i Kułak-Bejda 2020).

Celem pracy była ocena zależności pomiędzy płcią a ryzykiem uzależnienia od alkoholu.

Postawiono następujące pytanie badawcze: Czy płeć ma wpływ na ryzyko uzależnienia od alkoholu?

Postawiono hipotezę badawczą: H1. Kobiety są bardziej podatne na ryzyko uzależnienia od alkoholu.

Ankieta została przeprowadzana w grupie 105 pacjentów Szpitala Psychiatrycznego w Suwałkach na pododdziale detoksykacji Oddziału Leczenia Uzależnień i Zaburzeń Emocjonalnych.

Badanie było anonimowe i przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem ankiety autorskiej i na podstawie analizy wyników sformułowano wnioski w temacie zależności między płcią a ryzykiem uzależnienia od alkoholu.

Kwestionariusz ankiety w wersji papierowej został rozdany ankietowanym w miejscu ich przebywania. Każdy z respondentów wypełniał ankietę samodzielnie tj. bez obecności oraz bez zadawania pytań przez ankietera.

Ankieta zawierała łącznie 22 pytania zamknięte jednokrotnego wyboru, w tym drabinę Cantrila i skale standaryzowane SWLS, CAGE, AUDIT-C, RAPS4 i IZZ.

Drabina Cantrila (ang. *self-anchoring scale, Cantril's Ladder*) to przykład prostej 10. stopniowej skali, w której osoba ankietowana sama się ocenia i wybiera, gdzie się znajduje w danej skali. Dzięki temu jest to test, który bardzo dobrze nadaje się do określenia wymiaru dobrostanu psychicznego człowieka i oceny własnego życia. W skali cyfra 10 oznacza najlepsze życie, jakie można sobie wyobrazić, a cyfra 0 oznacza najgorsze życie, jakie można sobie wyobrazić.

SWLS (ang. *Satisfaction with Life Scale, Standaryzowana Skala Satysfakcji z Życia*). Zawiera pięć stwierdzeń, które są oceniane w 7. stopniowej skali. Osoba poddana badaniu określa w jakim stopniu każde ze zdań pasuje do jego obecnego życia (Juczyński 2001; Diener i in. 1985), gdzie:

- 1 – zupełnie nie zgadzam się,
- 2 – nie zgadzam się,
- 3 – raczej nie zgadzam się,
- 4 – ani się zgadzam, ani nie zgadzam,
- 5 – raczej zgadzam się,
- 6 – zgadzam się
- 7 – całkowicie zgadzam się.

Otrzymane oceny zostały następnie zsumowane a całkowity wynik określa stopień satysfakcji z życia.

Możliwy zakres wyników mieści się w granicach od 5 do 35 punktów, a im wynik jest wyższy tym osoba badana jest bardziej zadowolona z życia. Dokładny rozkład zaprezentowany jest poniżej:

- 5 – 9 pkt. – osoba zdecydowanie niezadowolona ze swojego życia,
- 10 – 14 pkt. – osoba bardzo niezadowolona ze swojego życia,
- 15 – 19 pkt. – osoba raczej niezadowolona ze swojego życia,
- 20 pkt. – osoba ani zadowolona, ani niezadowolona ze swojego życia,
- 21 – 25 pkt. – osoba raczej zadowolona ze swojego życia,
- 26 – 30 pkt. – osoba bardzo zadowolona ze swojego życia,

- 31 – 35 pkt. – osoba zdecydowanie zadowolona ze swojego życia.

Do interpretacji uzyskanych wyników skorzystano również ze skali stenowej i wtedy wynik surowy SWLS ma 10 zakresów. Wyniki, które mieszczą się w granicach:

- 1–4 stena przyjęto traktować jako wyniki niskie,
- 5-6 stena- jako przeciętne,
- 7–10 stena jako wysokie.

Test CAGE (*ang. Cage, Klatka*) - nazwa testu CAGE jest ściśle powiązana z pierwszymi literami najistotniejszych słów zawartych w oryginalnych pytaniach (Nowak 2021):

- **C** (*ang. Cut – redukować*)

Czy zdarzyły się w Pana/Pani życiu takie okresy, kiedy odczuwał/a Pan/Pani konieczność ograniczenia swego picia?

- **A** (*ang. Angry – zły*)

Czy zdarzało się, że różne osoby z Pana/Pani otoczenia denerwowały Pana/Panią uwagami na temat Pana/Pani picia?

- **G** (*ang. Guilty – winny*)

Czy zdarzyło się, że odczuwał/a Pan/Pani wyrzuty sumienia lub wstyd z powodu swojego picia?

- **E** (*ang. Empty – pusty*)

Czy zdarzało się Panu/Pani, że rano po przebudzeniu pierwszą rzeczą było wypicie alkoholu dla uspokojenia nerwów lub postawienia się na nogi (picie na pusty żołądek)?

Jest to test prosty i potrzeba maksymalnie 1 minutę, aby go wypełnić. Interpretacja jest również łatwa, ponieważ udzielenie co najmniej dwóch twierdzących odpowiedzi na zawarte w teście pytania jest znaczące klinicznie i wskazuje na znaczne prawdopodobieństwo istnienia uzależnienia od alkoholu.

Test AUDIT-C (*ang. The Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption, Test Identyfikacji Zaburzeń Spożycia Alkoholu – Konsumpcja*). Jest jednym z praktycznych i krótkich testów przesiewowych. Został opracowany na zlecenie Światowej Organizacji Zdrowia w 1989 roku. Skrócona wersja testu, zastosowana w kwestionariuszu ankiety niniejszej pracy, zawiera tylko trzy pytania. Ustalona dla tego testu norma jest zależna od płci i tak dla kobiet wynosi do 2–3 pkt., a dla mężczyzn 4 pkt. lub poniżej. Jednocześnie

przekroczenie tych wartości może świadczyć o istnieniu problemu alkoholowego takim jak picie szkodliwe lub uzależnienie.

Test RAPS4 (ang. *Rapid Alcohol Problem Screening*, Szybkie badanie przesiewowe problemu alkoholowego). Jest to prosty test i zawiera 4 pytania. Gdy dla co najmniej jednego z pytań uzyskamy odpowiedź „tak” to możemy mówić o dużym prawdopodobieństwie uzależnienia od alkoholu.

IZZ (Standaryzowany inwentarz zachowań zdrowotnych wg Juczyńskiego). W teście IZZ są 24 stwierdzenia, które opisują różnorodne zachowania wpływające na zdrowie takie jak (Juczyński 2001):

- prawidłowe nawyki żywieniowe (PNŻ),
- zachowania profilaktyczne (ZP),
- pozytywne nastawienie psychiczne (PNP),
- praktyki zawodowe (PZ).

Dzięki temu można określić także stopień nasilenia każdej z czterech powyższych kategorii zachowań poprzez mi.in. uzyskanie informacji o rodzaju spożywanego jedzenia, respektowaniu zaleceń zdrowotnych, codziennych nawykach aktywności fizycznej oraz snu, a także unikania silnych stresów i sytuacji niekorzystnie wpływających na nasze samopoczucie.

Osoba poddana badaniu zaznaczała w kwestionariuszu ankiety, jak często wykonywała określone czynności związane ze zdrowiem. Ocena realizowana była w skali 5. stopniowej:

- 1 – prawie nigdy,
- 2 – rzadko,
- 3 – od czasu do czasu,
- 4 – często,
- 5 – prawie zawsze.

Możliwy zakres punktów jaki mógł uzyskać to 24 – 120 pkt. Im wynik był wyższy, tym było większe nasilenie deklarowanych przez badanego zachowań zdrowotnych. Do oceny uzyskanych wyników wykorzystano oddzielną dla kobiet i mężczyzn skalę stenową, przedstawioną w Tabeli III. Podział stenów jest podobny jak w teście SWLS:

- 1 – 4 stena – wyniki niskie
- 5 i 6 stena – wyniki przeciętne,
- 7 – 10 stena – wyniki wysokie.

Tabela III. Normy polskie IZZ

Mężczyzna	Sten	Kobieta
Wynik surowy		Wynik surowy
24 – 50	1	24 – 53
51 – 58	2	54 – 62
59 – 65	3	63 – 70
66 – 71	4	71 – 77
72 – 78	5	78 – 84
79 – 86	6	85 – 91
87 – 93	7	92 – 98
94 – 101	8	99 – 104
102 – 108	9	105 – 111
109 – 120	10	112 – 120

Dodatkowo dla każdej z kategorii oddzielnie wyliczono nasilenie zachowań zdrowotnych. Jako wskaźnik zastosowano średnią liczbę punktów w każdej kategorii, tzn. suma punktów podzielona przez 6. Wykorzystany klucz diagnostyczny przedstawia Tabela IV.

Tabela IV. Klucz diagnostyczny dla IZZ

Kategorie zachowań	Numery pozycji
Prawidłowe nawyki żywieniowe (PNŻ)	1, 5, 9, 13, 17, 21
Zachowania profilaktyczne (ZP)	2, 6, 10, 14, 18, 22
Pozytywne nastawienie psychiczne (PZP)	3, 7, 11, 15, 19, 23
Praktyki zdrowotne (PZ)	4, 8, 12, 16, 20, 24

Do wyliczeń danych wg klucza diagnostycznego skorzystano z 18 ankiet kobiet i 81 ankiet mężczyzn. 6 ankiet wypełnionych przez panów zostało odrzuconych, ze względu na brak odpowiedzi lub niepełne odpowiedzi.

Wzór zastosowanego kwestionariusza ankiety znajduje się w aneksie na końcu niniejszej pracy magisterskiej.

Uzyskane wyniki badań zostały zaprezentowane w formie wykresów i tabel, stworzonych w programie Microsoft Excel.

METODOLOGIA I CEL BADAŃ

Uzależnienie od alkoholu zaczyna się na początku od spożywania małych ilości alkoholu natomiast po pewnym czasie zwiększa się jego intensywność oraz pojawia się powtarzalność picia. Nałogi nie są niczym nowym, od zawsze występowały i będą nadal występować na ziemi, nie zależnie od rozwoju cywilizacji. Faktem jest jednak to, że obecnie uzależnieniem od alkoholu dotkniętych jest coraz więcej ludzi. Wynika to z chęci oderwania się od problemów a także z potrzeby bycia lepszym, bardziej mającym, a to przekłada się na lepsze samopoczucie człowieka (Zambrzycka i in. 2019).

Wraz z upływającym czasem kultura spożywania alkoholu uległa zmianie oraz samo spożywanie alkoholu zostało zaakceptowane przez część środowisk społecznych, które nie widzą wpływu takiego zachowania na degradację życia osoby pijącej lub jej rodziny oraz możliwość wystąpienia różnego rodzaju schorzeń (Frąckowiak i Motyka 2015a). Nie jest więc zaskoczeniem, że również w Polsce jednym z głównych problemów zdrowotnych jest uzależnienie od alkoholu.

Wiele badań zostało wykonanych w różnych krajach, aby poznać problem uzależnienia od alkoholu i pokazują one, że w ostatnich 30 latach również kobiety coraz częściej i coraz więcej spożywają alkoholu (Gąsior 2005). Istotne jest również to, że większość osób, które nadużywają alkohol, niezależnie od tego czy są młodzi, czy starzy, nie jest świadoma swojego uzależnienia. Nie wiedzą, że mają chorobę alkoholową i powinni się leczyć, a ta choroba jak każda nieleczona choroba prowadzi w niektórych przypadkach nawet do śmierci (Jeżyna, Bejda i Kułak-Bejda 2020).

Celem pracy była ocena zależności pomiędzy płcią a ryzykiem uzależnienia od alkoholu.

Postawiono następujące pytanie badawcze: Czy płeć ma wpływ na ryzyko uzależnienia od alkoholu?

Postawiono hipotezę badawczą: H1. Kobiety są bardziej podatne na ryzyko uzależnienia od alkoholu.

Ankieta została przeprowadzana w w okresie 05.03.2022 – 05.05.2022, w grupie 105 pacjentów Szpitala Psychiatrycznego w Suwałkach na pododdziale detoksykacji Oddziału Leczenia Uzależnień i Zaburzeń Emocjonalnych.

Badanie było anonimowe i przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem ankiety autorskiej i na podstawie analizy wyników sformułowano wnioski w temacie zależności między płcią a ryzykiem uzależnienia od alkoholu.

Kwestionariusz ankiety w wersji papierowej został rozdany ankietowanym w miejscu ich przebywania. Każdy z respondentów wypełniał ankietę samodzielnie tj. bez obecności oraz bez zadawania pytań przez ankietera.

Ankieta zawierała łącznie 22 pytania zamknięte jednokrotnego wyboru, w tym drabinę Cantrila i skale standaryzowane SWLS, CAGE, AUDIT-C, RAPS4 i IZZ.

Drabina Cantrila (ang. *self-anchoring scale, Cantril's Ladder*) to przykład prostej 10. stopniowej skali, w której osoba ankietowana sama się ocenia i wybiera, gdzie się znajduje w danej skali. Dzięki temu jest to test, który bardzo dobrze nadaje się do określenia wymiaru dobrostanu psychicznego człowieka i oceny własnego życia. W skali cyfra 10 oznacza najlepsze życie, jakie można sobie wyobrazić, a cyfra 0 oznacza najgorsze życie, jakie można sobie wyobrazić.

SWLS (ang. *Satisfaction with Life Scale, Standaryzowana Skala Satysfakcji z Życia*). Zawiera pięć stwierdzeń, które są oceniane w 7. stopniowej skali. Osoba poddana badaniu określa w jakim stopniu każde ze zdań pasuje do jego obecnego życia (Juczyński 2001; Diener i in. 1985), gdzie:

- 1 – zupełnie nie zgadzam się,
- 2 – nie zgadzam się,
- 3 – raczej nie zgadzam się,
- 4 – ani się zgadzam, ani nie zgadzam,
- 5 – raczej zgadzam się,
- 6 – zgadzam się
- 7 – całkowicie zgadzam się.

Otrzymane oceny zostały następnie zsumowane a całkowity wynik określa stopień satysfakcji z życia.

Możliwy zakres wyników mieści się w granicach od 5 do 35 punktów, a im wynik jest wyższy tym osoba badana jest bardziej zadowolona z życia. Dokładny rozkład zaprezentowany jest poniżej:

- 5 – 9 pkt. – osoba zdecydowanie niezadowolona ze swojego życia,
- 10 – 14 pkt. – osoba bardzo niezadowolona ze swojego życia,
- 15 – 19 pkt. – osoba raczej niezadowolona ze swojego życia,
- 20 pkt. – osoba ani zadowolona, ani niezadowolona ze swojego życia,
- 21 – 25 pkt. – osoba raczej zadowolona ze swojego życia,
- 26 – 30 pkt. – osoba bardzo zadowolona ze swojego życia,

- 31 – 35 pkt. – osoba zdecydowanie zadowolona ze swojego życia.

Do interpretacji uzyskanych wyników skorzystano również ze skali stenowej i wtedy wynik surowy SWLS ma 10 zakresów. Wyniki, które mieszczą się w granicach:

- 1–4 stena przyjęto traktować jako wyniki niskie,
- 5-6 stena- jako przeciętne,
- 7–10 stena jako wysokie.

Test CAGE (*ang. Cage, Klatka*) - nazwa testu CAGE jest ściśle powiązana z pierwszymi literami najistotniejszych słów zawartych w oryginalnych pytaniach (Nowak 2021):

- **C** (*ang. Cut – redukować*)

Czy zdarzyły się w Pana/Pani życiu takie okresy, kiedy odczuwał/a Pan/Pani konieczność ograniczenia swego picia?

- **A** (*ang. Angry – zły*)

Czy zdarzało się, że różne osoby z Pana/Pani otoczenia denerwowały Pana/Panią uwagami na temat Pana/Pani picia?

- **G** (*ang. Guilty – winny*)

Czy zdarzyło się, że odczuwał/a Pan/Pani wyrzuty sumienia lub wstyd z powodu swojego picia?

- **E** (*ang. Empty – pusty*)

Czy zdarzało się Panu/Pani, że rano po przebudzeniu pierwszą rzeczą było wypicie alkoholu dla uspokojenia nerwów lub postawienia się na nogi (picie na pusty żołądek)?

Jest to test prosty i potrzeba maksymalnie 1 minutę, aby go wypełnić. Interpretacja jest również łatwa, ponieważ udzielenie co najmniej dwóch twierdzących odpowiedzi na zawarte w teście pytania jest znaczące klinicznie i wskazuje na znaczne prawdopodobieństwo istnienia uzależnienia od alkoholu.

Test AUDIT-C (*ang. The Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption, Test Identyfikacji Zaburzeń Spożycia Alkoholu – Konsumpcja*). Jest jednym z praktycznych i krótkich testów przesiewowych. Został opracowany na zlecenie Światowej Organizacji Zdrowia w 1989 roku. Skrócona wersja testu, zastosowana w kwestionariuszu ankiety niniejszej pracy, zawiera tylko trzy pytania. Ustalona dla tego testu norma jest zależna od płci i tak dla kobiet wynosi do 2–3 pkt., a dla mężczyzn 4 pkt. lub poniżej. Jednocześnie

przekroczenie tych wartości może świadczyć o istnieniu problemu alkoholowego takim jak picie szkodliwe lub uzależnienie.

Test RAPS4 (ang. *Rapid Alcohol Problem Screening*, Szybkie badanie przesiewowe problemu alkoholowego). Jest to prosty test i zawiera 4 pytania. Gdy dla co najmniej jednego z pytań uzyskamy odpowiedź „tak” to możemy mówić o dużym prawdopodobieństwie uzależnienia od alkoholu.

IZZ (Standaryzowany inwentarz zachowań zdrowotnych wg Juczyńskiego). W teście IZZ są 24 stwierdzenia, które opisują różnorodne zachowania wpływające na zdrowie takie jak (Juczyński 2001):

- prawidłowe nawyki żywieniowe (PNŻ),
- zachowania profilaktyczne (ZP),
- pozytywne nastawienie psychiczne (PNP),
- praktyki zawodowe (PZ).

Dzięki temu można określić także stopień nasilenia każdej z czterech powyższych kategorii zachowań poprzez mi.in. uzyskanie informacji o rodzaju spożywanego jedzenia, respektowaniu zaleceń zdrowotnych, codziennych nawykach aktywności fizycznej oraz snu, a także unikania silnych stresów i sytuacji niekorzystnie wpływających na nasze samopoczucie.

Osoba poddana badaniu zaznaczała w kwestionariusz ankiety, jak często wykonywała określone czynności związane ze zdrowiem. Ocena realizowana była w skali 5. stopniowej:

- 1 – prawie nigdy,
- 2 – rzadko,
- 3 – od czasu do czasu,
- 4 – często,
- 5 – prawie zawsze.

Możliwy zakres punktów jaki mógł uzyskać to 24 – 120 pkt. Im wynik był wyższy, tym było większe nasilenie deklarowanych przez badanego zachowań zdrowotnych. Do oceny uzyskanych wyników wykorzystano oddzielną dla kobiet i mężczyzn skalę stenową, przedstawioną w Tabeli III. Podział stenów jest podobny jak w teście SWLS:

- 1 – 4 stena – wyniki niskie
- 5 i 6 stena – wyniki przeciętne,
- 7 – 10 stena – wyniki wysokie.

Tabela III. Normy polskie IZZ

Mężczyzna	Sten	Kobieta
Wynik surowy		Wynik surowy
24 – 50	1	24 – 53
51 – 58	2	54 – 62
59 – 65	3	63 – 70
66 – 71	4	71 – 77
72 – 78	5	78 – 84
79 – 86	6	85 – 91
87 – 93	7	92 – 98
94 – 101	8	99 – 104
102 – 108	9	105 – 111
109 – 120	10	112 – 120

Dodatkowo dla każdej z kategorii oddzielnie wyliczono nasilenie zachowań zdrowotnych. Jako wskaźnik zastosowano średnią liczbę punktów w każdej kategorii, tzn. suma punktów podzielona przez 6. Wykorzystany klucz diagnostyczny przedstawia Tabela IV.

Tabela IV. Klucz diagnostyczny dla IZZ

Kategorie zachowań	Numery pozycji
Prawidłowe nawyki żywieniowe (PNŻ)	1, 5, 9, 13, 17, 21
Zachowania profilaktyczne (ZP)	2, 6, 10, 14, 18, 22
Pozytywne nastawienie psychiczne (PZP)	3, 7, 11, 15, 19, 23
Praktyki zdrowotne (PZ)	4, 8, 12, 16, 20, 24

Do wyliczeń danych wg klucza diagnostycznego skorzystano z 18 ankiet kobiet i 81 ankiet mężczyzn. 6 ankiet wypełnionych przez panów zostało odrzuconych, ze względu na brak odpowiedzi lub niepełne odpowiedzi.

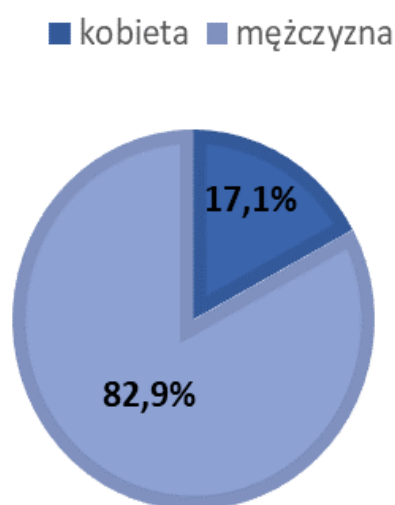
Wzór zastosowanego kwestionariusza ankiety znajduje się w aneksie na końcu niniejszej pracy magisterskiej.

Uzyskane wyniki badań zostały zaprezentowane w formie wykresów i tabel, stworzonych w programie Microsoft Excel.

CHARAKTERYSTYKA TERENU BADAŃ I GRUPY BADANEJ

Badaniem objęto 105 pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu Psychiatrycznym w Suwałkach na pododdziale detoksykacji Oddziału Leczenia Uzależnień i Zaburzeń Emocjonalnych.

W przeprowadzonym badaniu zdecydowanie większą część grupy stanowili mężczyźni – 87 osób (82,9%). Uczestniczyło w nim tylko 18 kobiet, czyli 17,1% badanej grupy (Ryc. 1).

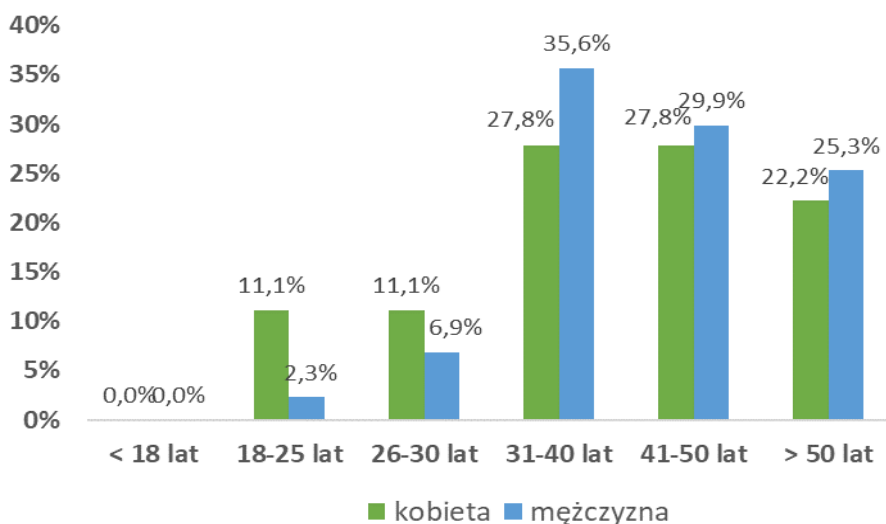


Ryc. 1. Podział płci w grupie badanej, *Źródło: badania własne*

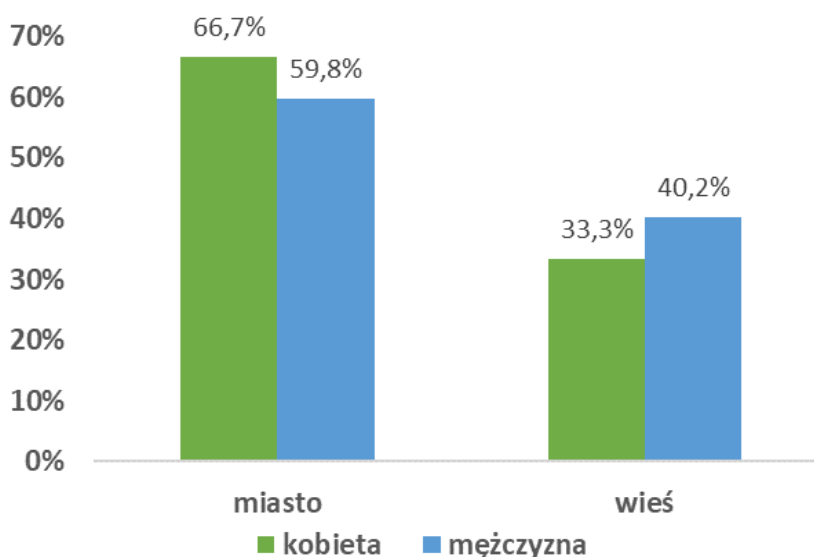
Rozpatrując kategorie wiekowe ankietowanych osób widać, że w grupie badanej odsetek osób spożywających alkohol wzrastał dwukrotnie u osób od wieku 31 lat i osiągał poziom 27,8% dla kobiet i 35,6% dla mężczyzn (Ryc. 2).

Wraz z dalszym wzrostem wieku ten procent stopniowo, ale nie znacznie spadał, wynosząc odpowiednio dla kobiet oraz mężczyzn w wieku 41–50 lat - 27,8% i 29,9%. Grupa młodych pijących mężczyzn w wieku 18–25 lat to jedynie 2,3%. W grupie badanych nie było osób w wieku poniżej 18 lat, jednak wynika to z tego, że ankieta była realizowana na pododdziale dla osób pełnoletnich (Ryc. 2).

Miejscem zamieszkania dla większej populacji badanych osób, zarówno kobiet (66,7%) jak i mężczyzn (59,8%) było miasto (Ryc. 3).



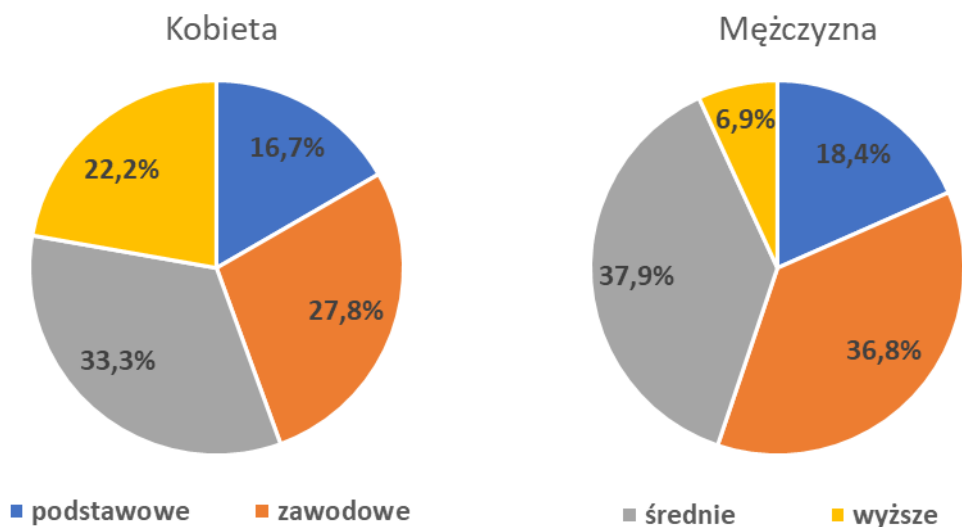
Ryc. 2. Rozkład wieku wśród badanych osób, Źródło: badania własne



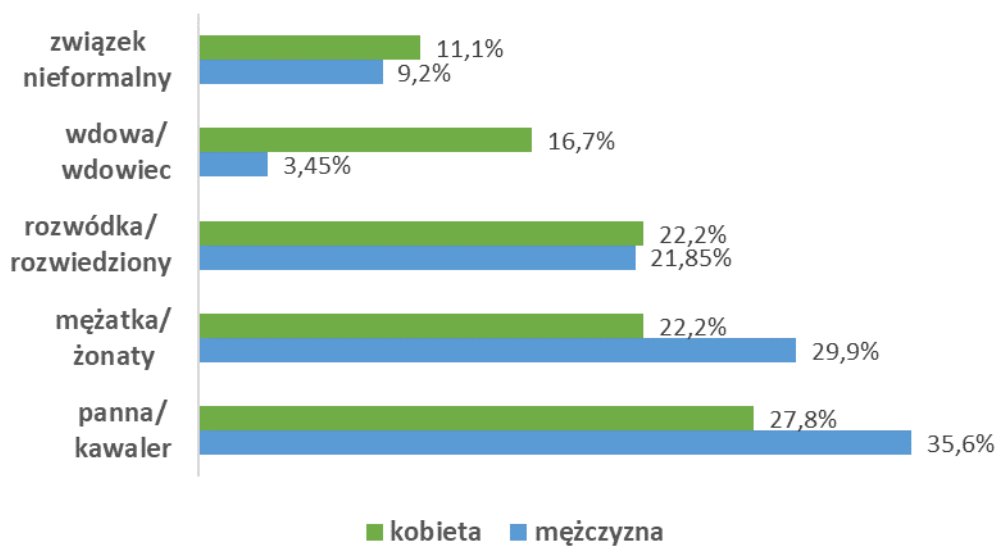
Ryc. 3. Rozkład pochodzenia grupy badawczej, Źródło: badania własne

Analizując wpływ wykształcenia na spożywanie alkoholu można stwierdzić, że pierwsze miejsce zajmowały osoby z wykształceniem średnim, zarówno w grupie kobiet (33,3%), jak i mężczyzn (37,9%). Kolejny rodzaj wykształcenia to zawodowe z wartością 27,8% dla kobiet i 36,8% dla mężczyzn (Ryc. 4).

Osoby będące w każdej z form stanu cywilnego spożywały alkohol. Zauważyć można znaczną różnicę wynoszącą 32,15% dla mężczyzn, gdzie najwięcej piło kawalerów (35,6%), a najmniej wdowców (3,45%). U kobiet ta różnica nie była tak duża i wynosiła 16,7% pomiędzy panną (wynik 27,8%) a związkiem nieformalnym (wynik 11,1%) (Ryc. 5).



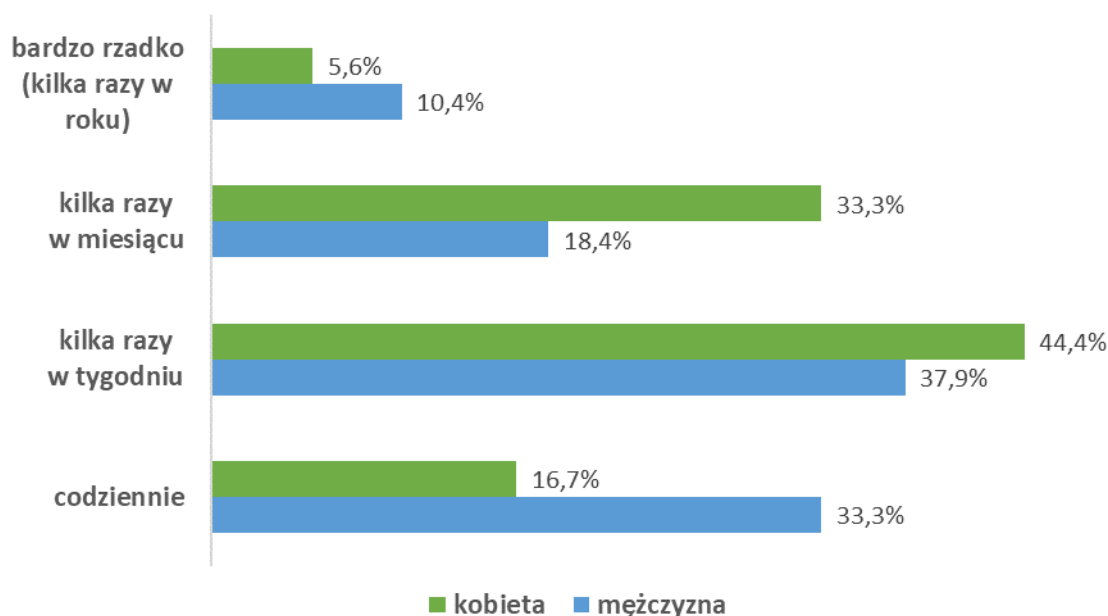
Ryc. 4. Rozkład wykształcenia w badanej grupie, Źródło: badania własne



Ryc. 5. Rozkład stanu cywilnego grupy badanej, Źródło: badania własne

WYNIKI BADAŃ

Zarówno badane kobiety (44,4%), jak i mężczyźni (37,9%) najczęściej twierdzili, że alkohol spożywają „kilka razy w tygodniu”. W grupie mężczyzn często (33,3%) wymieniano także kategorię „codziennie”, a wśród kobiet (33,3%) - „kilka razy w miesiącu” (Ryc. 6).



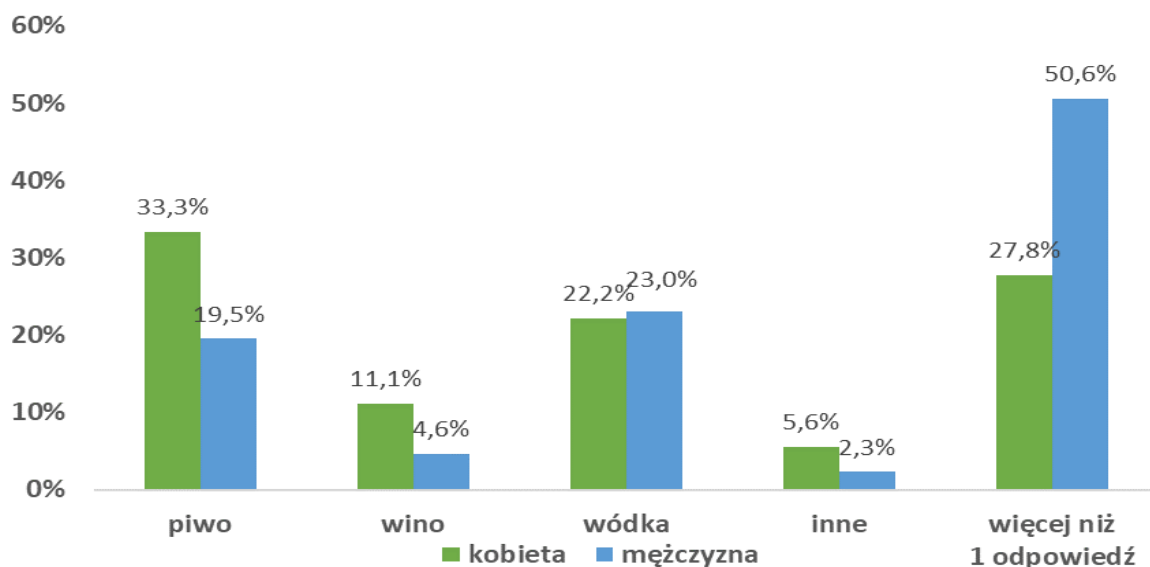
Ryc. 6. Częstotliwość picia alkoholu, Źródło: badania własne

Rodzaj najczęściej spożywanego alkoholu w grupie badanych osób to wódka u mężczyzn (23%) i piwo u kobiet (33,3%). Były również osoby, które piły nie jeden, ale kilka rodzajów alkoholu – odpowiednio 27,8% kobiet i 50,6% mężczyzn. Jako „inne” wymienione zostały takie gatunki alkoholu jak: nalewka, szampan oraz whisky (Ryc. 7).

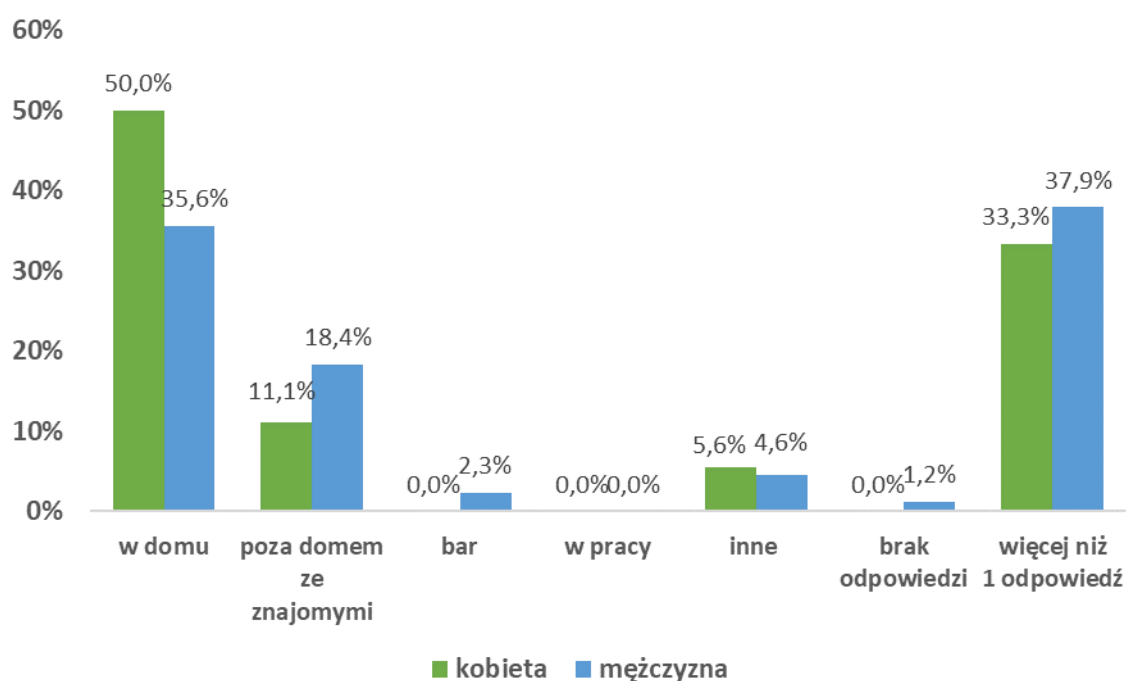
Jednym z najczęstszych miejsc wybieranych do spożywania alkoholu był dom – odpowiednio przez 50% kobiet oraz 35,6% mężczyzn. Oczywiście były sytuacje, kiedy badani spożywali alkohol w kilku miejscach (opcja „więcej niż 1 odpowiedź”), co dotyczyło 33,3% kobiet i 37,9% mężczyzn. Trzy osoby wskazało odpowiedź „wszędzie”. Nikt nie wybrał opcji w pracy (Ryc. 8).

Główną przyczyną picia alkoholu przez kobiety były problemy rodzinne (38,9%) i przyzwyczajenie (16,7%). U mężczyzn było odwrotnie, ponieważ spożywanie wynikało głównie z przyzwyczajenia (21,9%), a problemy rodzinne były na drugim miejscu (16,1%). Znaczny odsetek ankietowanych wybrał opcję więcej niż jedną odpowiedź (kobiety 22,2%,

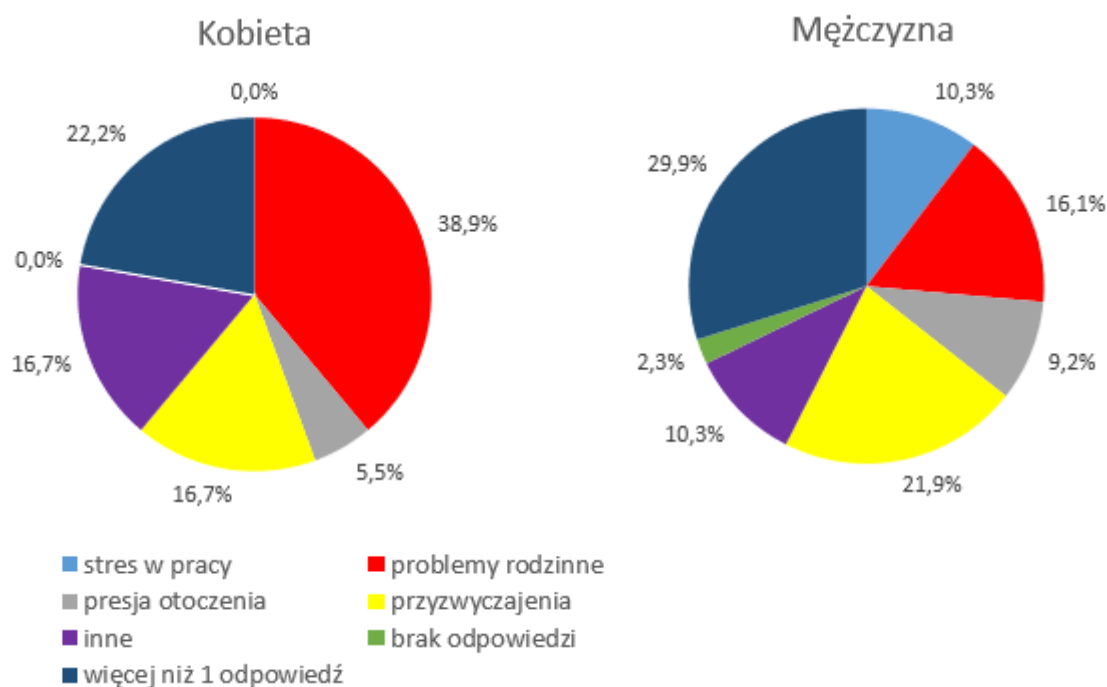
mężczyźni 29,9%). Bardzo ważne były elementy dopisane przez ankietowanych w kategorii „inne”, takie jak m.in: nałóg, depresja, potrzeba resetu psychicznego, czy też choroba psychiczna. Dodatkowo pojawił się brak umiejętności radzenia z emocjami i samotność oraz bezsens życia. Należy nadmienić, że obok negatywnych emocji, które zachęcały do spożywania alkoholu były też elementy „pozytywne” jak np. odniesiony sukces, różne inne okazje i uroczystości, a także po prostu dobry smak alkoholu (Ryc. 9).



Ryc. 7. Rodzaj spożywanego alkoholu, Źródło: badania własne

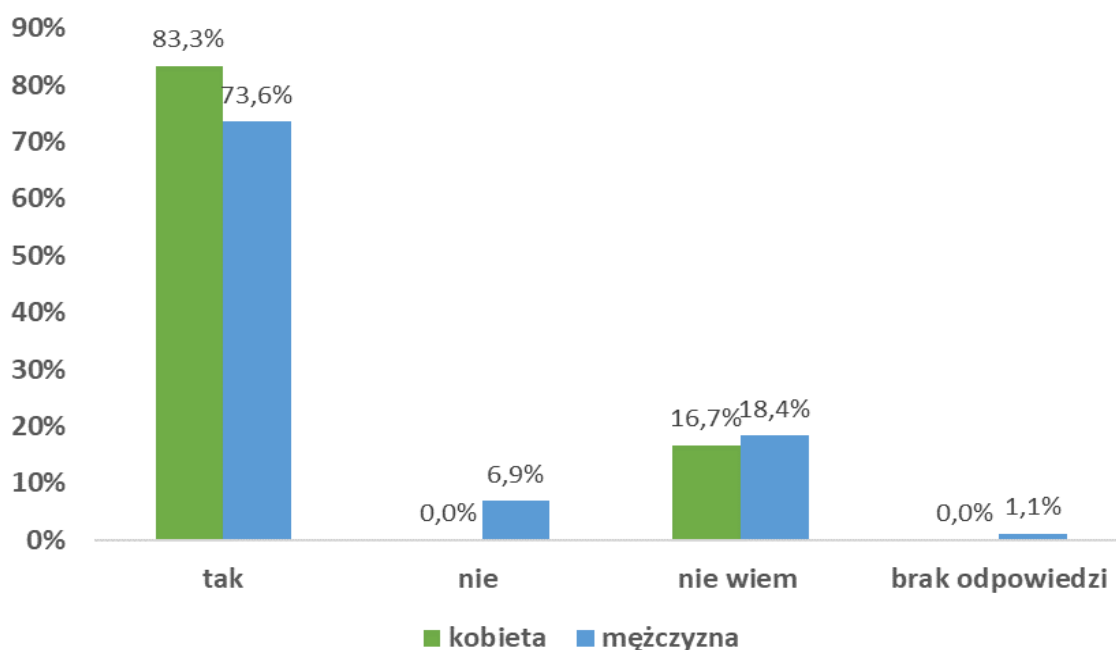


Ryc. 8. Miejsce picia napojów zawierających alkohol, Źródło: badania własne



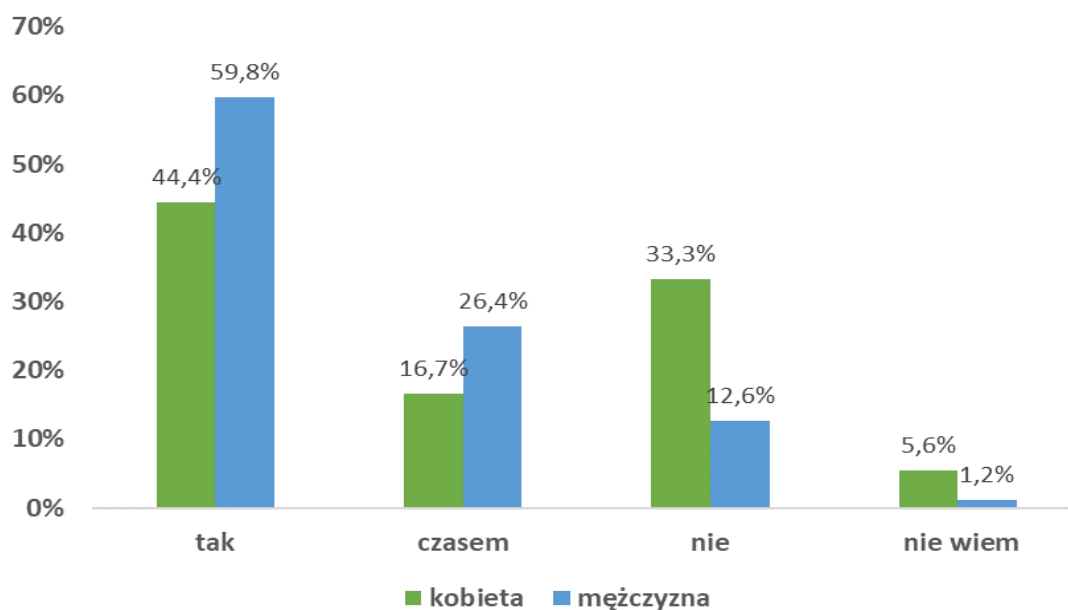
Ryc. 9. Przyczyny spożywania alkoholu, Źródło: badania własne

Wykonane badania potwierdziły, że spożywanie alkoholu było sposobem na oderwanie się od kłopotów i zmartwień. Taką odpowiedź wybrało 83,3% kobiet oraz 73,6% mężczyzn (Ryc. 10).



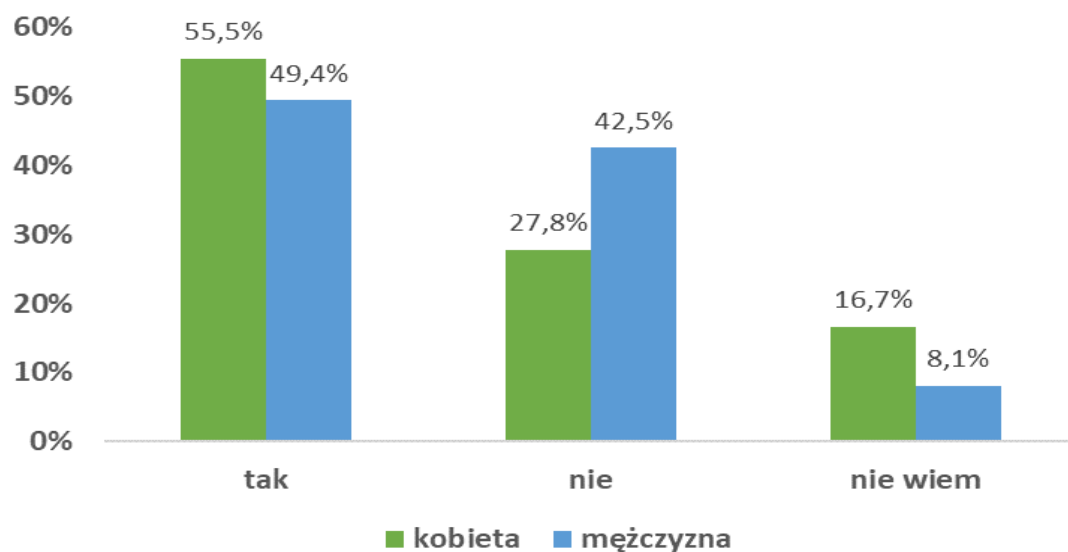
Ryc. 10. Picie alkoholu jako sposób oderwania się od kłopotów i zmartwień, Źródło: badania własne

Wśród ankietowanych osób -59,8% mężczyzn oraz 44,4% kobiet uznało, że spożywanie alkoholu ma zdecydowany wpływ na ich pracę zawodową (Ryc. 11).



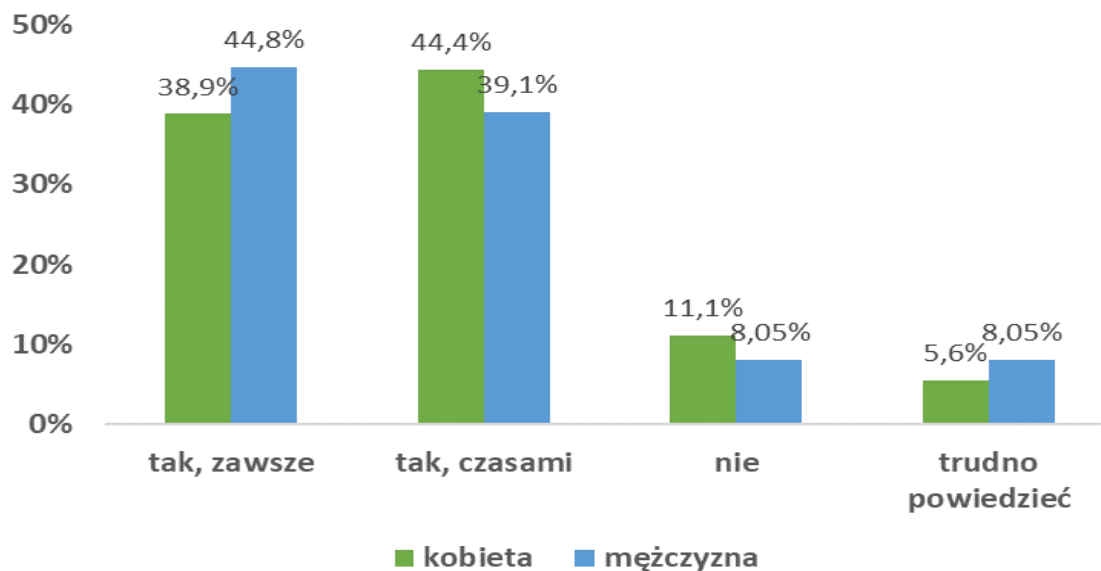
Ryc. 11. Wpływ spożywania alkoholu na pracę zawodową, Źródło: badania własne

Stwierdzono, że picie napojów alkoholowych przez respondentów wpływało na inne osoby z ich otoczenia. Kolejny członek rodziny osoby ankietowanej (55,5% kobiet oraz 49,4% mężczyzn) był także uzależniony od alkoholu (Ryc. 12).



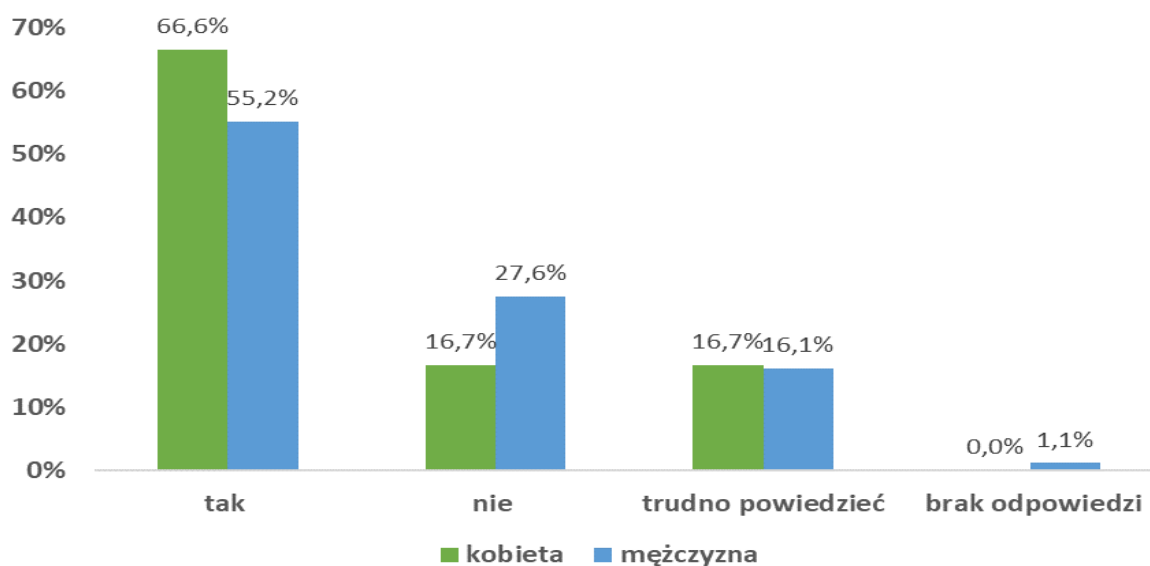
Ryc. 12. Czy w Pana/Pani rodzinie jest osoba uzależniona od alkoholu?, Źródło: badania własne

Wpływ alkoholu na komórkę społeczną jaką jest rodzina potwierdziły uzyskane wyniki i odpowiedzi „tak, zawsze” oraz „tak, czasami” których udzieliło 83,3% kobiet i 83,9% mężczyzn (Ryc. 13).



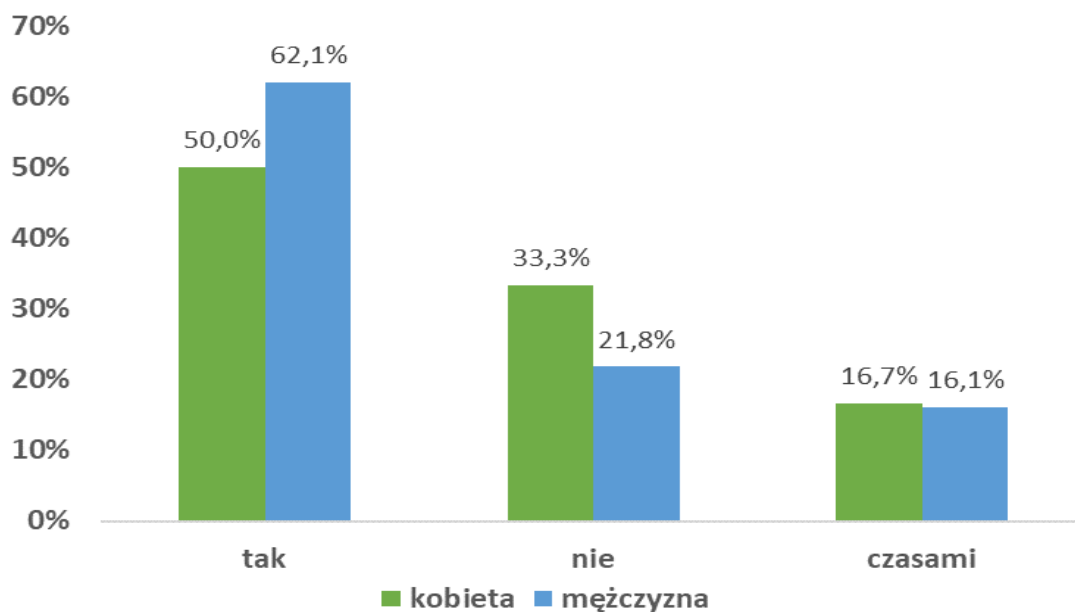
Ryc. 13. Wpływ spożywania alkoholu na życie rodzinne, Źródło: badania własne

Trudne sytuacje życiowe skłaniają do sięgania po alkohol zdaniem 66,6% badanych kobiet oraz 55,2% mężczyzn (Ryc. 14).



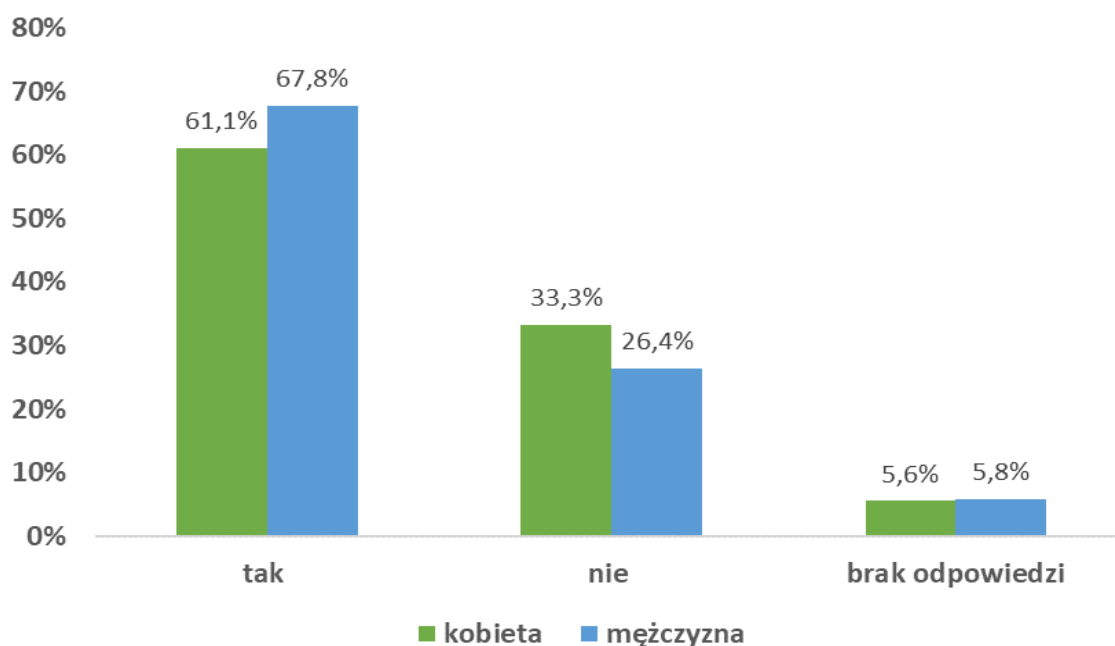
Ryc. 14. Spożywanie alkoholu w obliczu śmierci lub straty życiowej, Źródło: badania własne

Zdecydowane problemy ze snem wynikające ze spożywania alkoholu zauważyło u siebie 50% populacji badanych kobiet oraz 62,1% mężczyzn, natomiast występujące czasami zakłócenia snu – 16,7% kobiet i 16,1% mężczyzn (Ryc. 15).



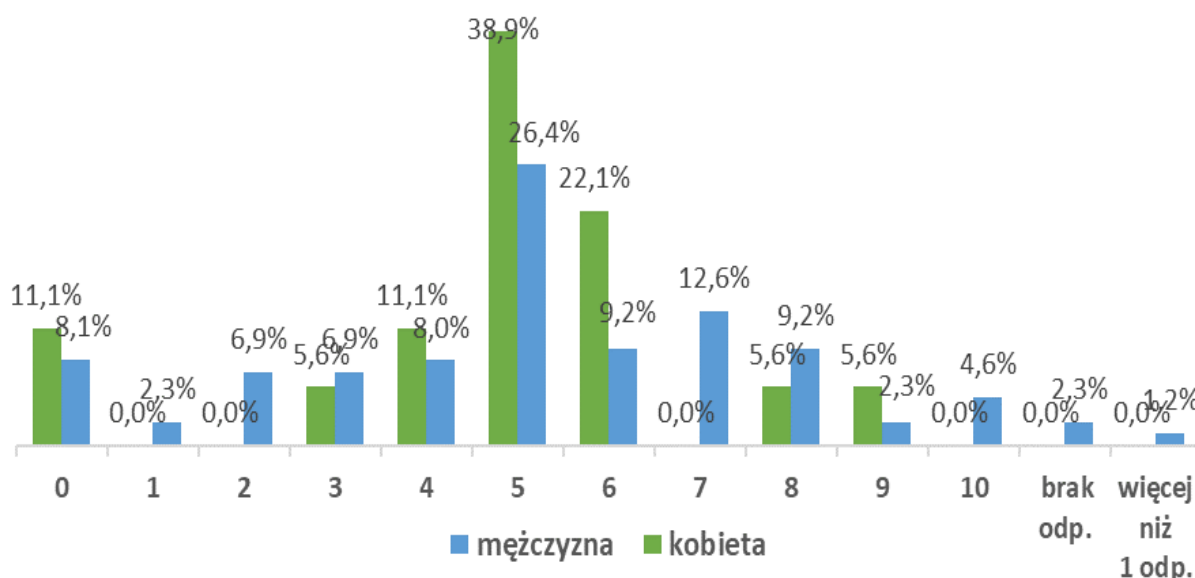
Ryc. 15. Problemy ze snem spowodowane pić alkoholu, Źródło: badania własne

W szpitalu z powodu spożywania napojów alkoholowych przebywało 61,1% kobiet oraz 67,8% mężczyzn (Ryc. 16).



Ryc. 16. Obecność w szpitalu z powodu picia, Źródło: badania własne

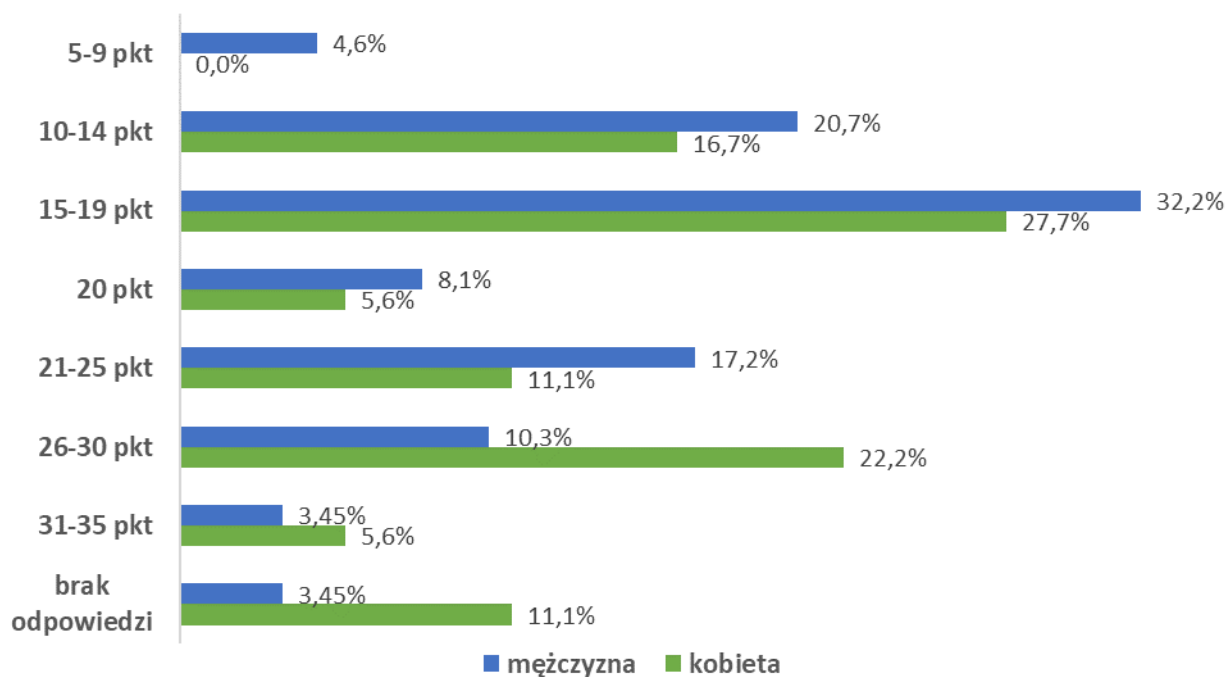
Wyniki uzyskane za pomocą Drabiny Cantrila wykazały, że 38,9% kobiet oraz 26,4% mężczyzn określiło ocenę własnego życia na poziomie 5 (środek skali). Na drugim miejscu u kobiet, z wynikiem 22,1% był poziom 6, a u mężczyzn poziom 7 (12,6%). Pojawiły się również pojedyncze oceny własnego życia na poziomie 0, czyli najgorsze a także 10, czyli najlepsze życie jakie można sobie wyobrazić (Ryc. 17).



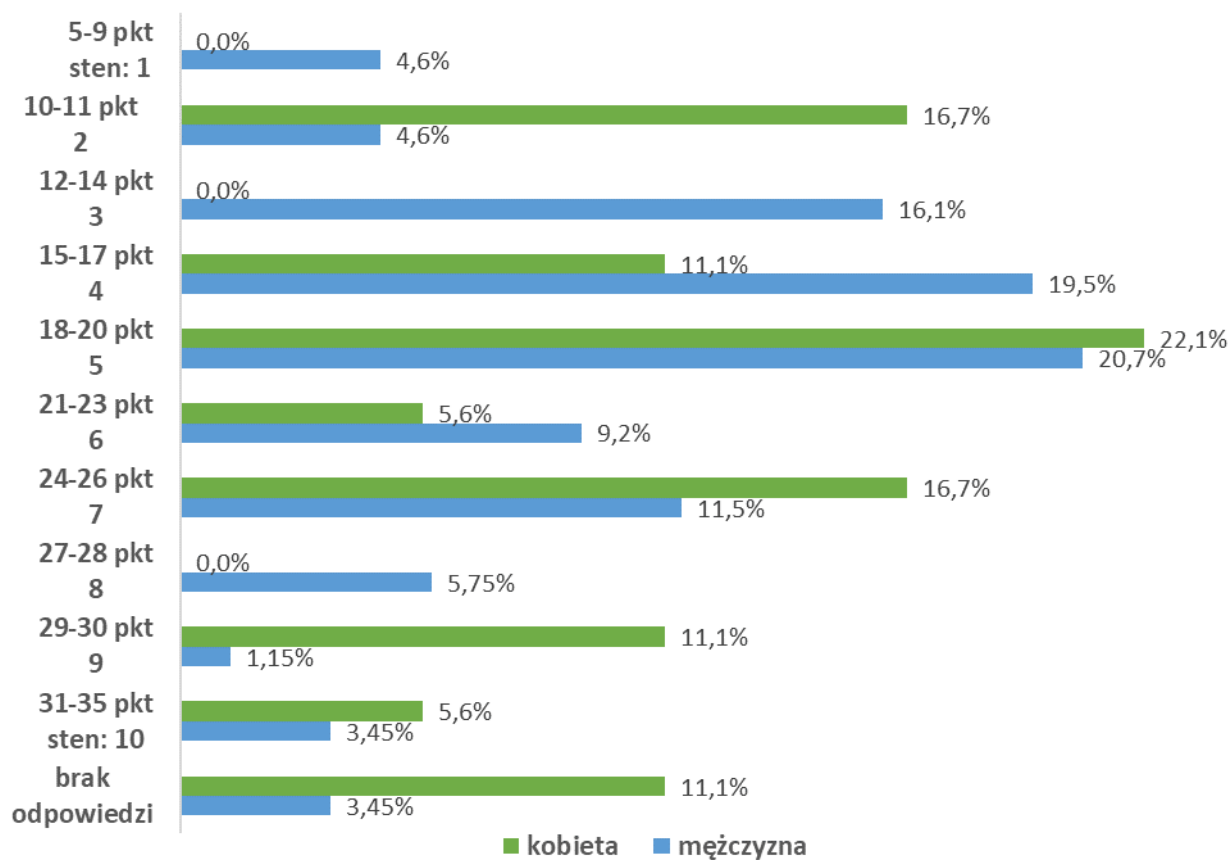
Ryc. 17. Rozkład wyników drabiny Cantrila, Źródło: badania własne

Zastosowanie kwestionariusza SWLS pozwoliło na stwierdzenie, że wśród osób, które w różnym stopniu były niezadowolone z życia (zakres 5–19 pkt.) było 8 kobiet (44,4%) oraz 50 mężczyzn (57,5%). Osoby zadowolone z życia (zakres pkt. 21–35) to 38,9% kobiet i 30,95% mężczyzn. Osoby ani zadowolone, ani niezadowolone ze swojego życia (20 pkt.) stanowiło 5,6% kobiet oraz 8,1% mężczyzn (Ryc. 18).

Do interpretacji uzyskanych wyników skorzystano również ze skali stenowej i przy takim założeniu uzyskano dwa obszary po około 33% tj. dla wyników najniższych i najwyższych w skali. Największy % odpowiedzi klasyfikował się w zakresie 18–20 pkt. i dotyczył 22,1% kobiet i 20,7% mężczyzn. Wartości w skali stenowej dla kobiet były rozłożone w podobnych odsetkach, natomiast u mężczyzn przeważały wyniki dla stenu niskiego (44,8%), który zawarty był pomiędzy 5–17 punktami wg SWLS. Niestety 1/10 ankietowanych kobiet nie udzieliła odpowiedzi na pytanie (Ryc. 19).

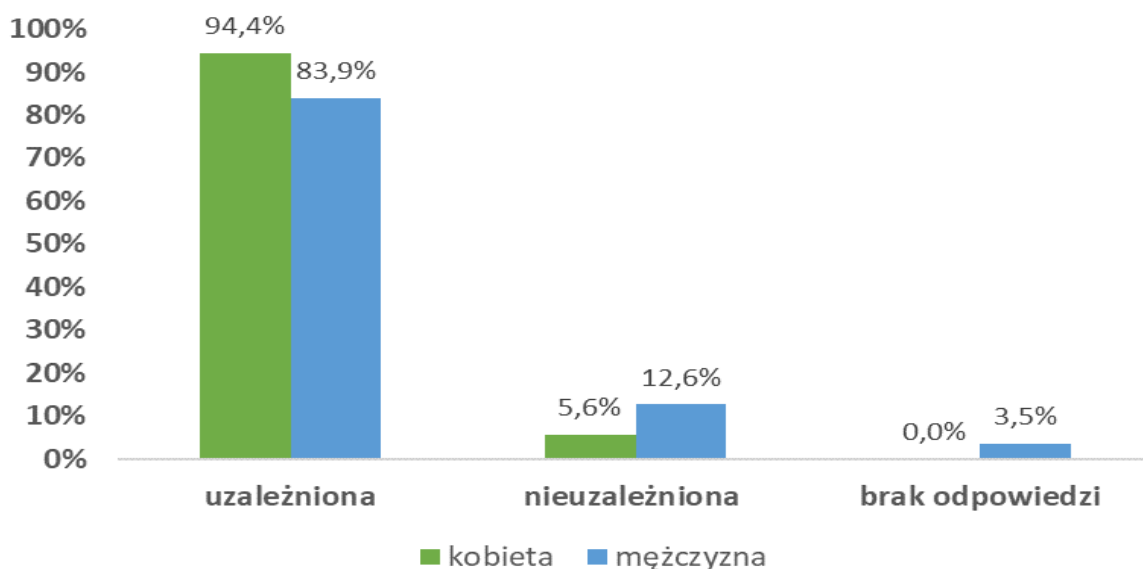


Ryc. 18. SWLS rozkład wg 7 zakresów, Źródło: badania własne



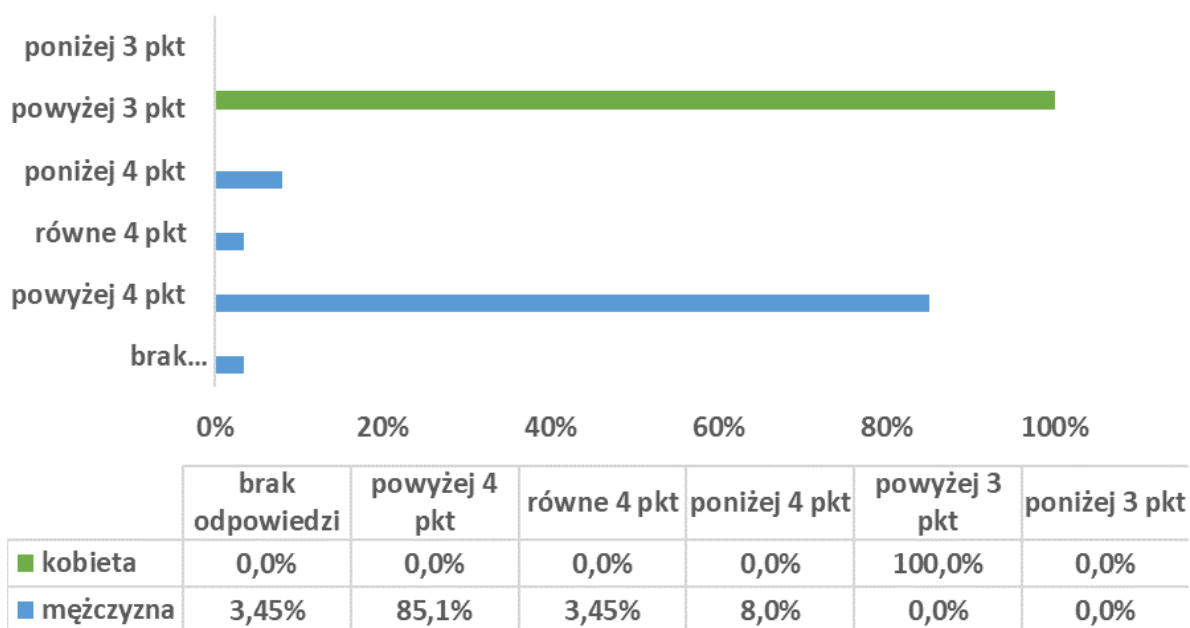
Ryc. 19. SWLS rozkład wg 10 zakresów, Źródło: badania własne

Na podstawie testu CAGE uzyskane wyniki dla badanej grupy osób wykazały, że uzależnionych od alkoholu było 94,4% kobiet i 83,9 % mężczyzn (Ryc. 20).



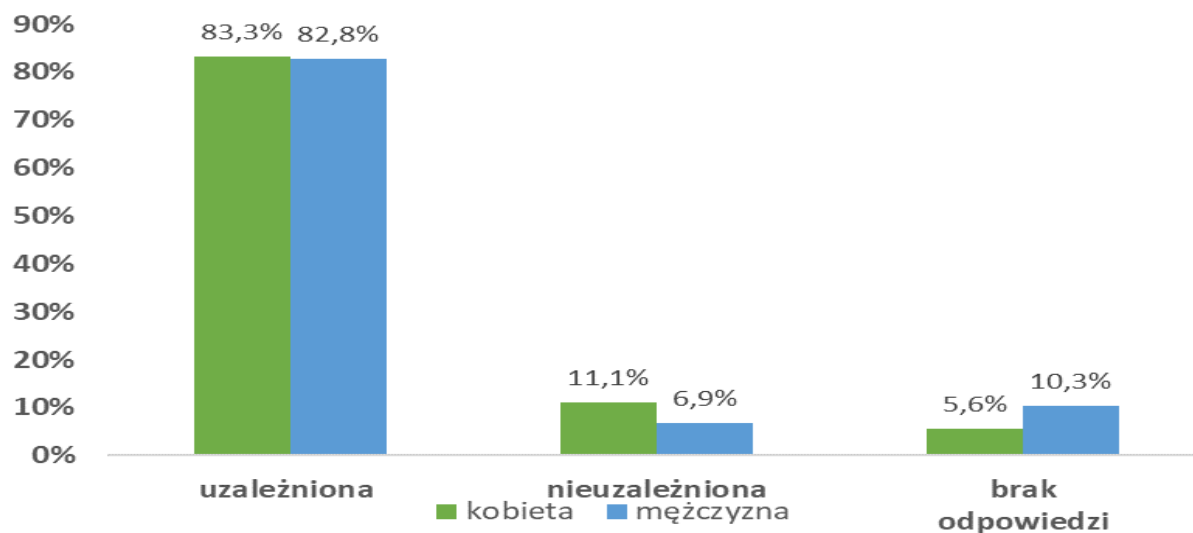
Ryc. 20. Wyniki testu CAGE, Źródło: badania własne

W przypadku 100% badanych kobiet wynik uzyskany w teście AUDIT–C był powyżej 3, a w przypadku mężczyzn 85,1% uzyskało wynik powyżej 4, co świadczy o istnieniu problemu z alkoholem (Ryc. 21).



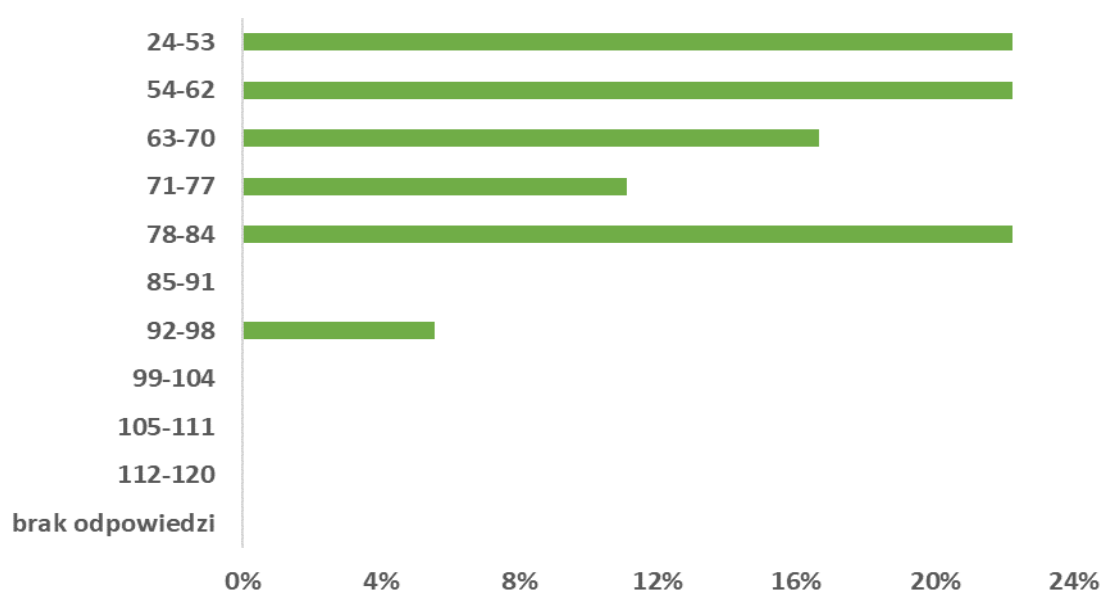
Ryc. 21. Wyniki testu AUDIT–C, Źródło: badania własne

W przypadku zastosowania testu RAPS4 okazało się, że odsetek kobiet i mężczyzn uzależnionych od alkoholu był porównywalny (odpowiednie 83,3% i 82,8%). Wyniki obrazuje Rycina 22.



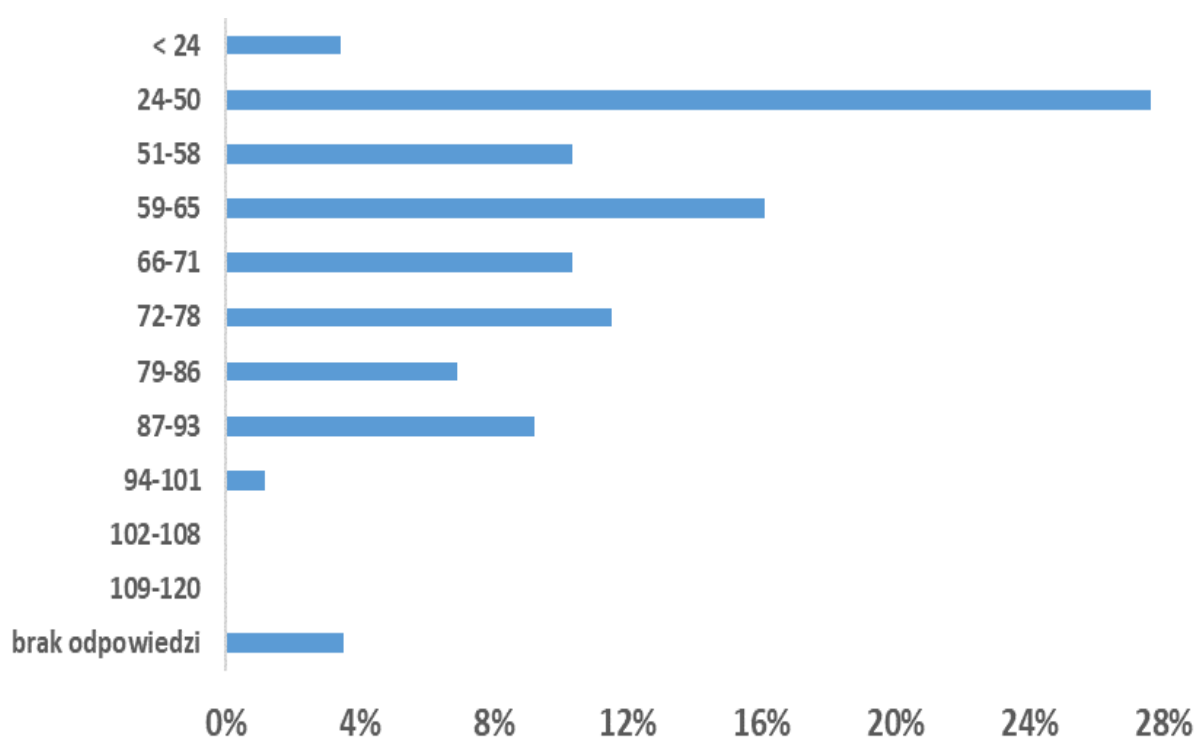
Ryc. 22. Wyniki testu RAPS4, Źródło: badania własne

Zastosowanie standaryzowanego inwentarza zachowań zdrowotnych wg Juczyńskiego wykazało, że przeważająca część kobiet (72,2%) uzyskała wyniki w kategorii niskiego stena (tzn. wartości w zakresie 24 – 77), co przekłada się na słabe całościowe podejście do zachowań zdrowotnych (Ryc. 23).



Ryc. 23. Wyniki testu IZZ dla kobiet, Źródło: badania własne

W przypadku badanej grupy mężczyzn, wyliczony na podstawie danych z ankiety wynik reprezentujący słabe podejście do zachowań zdrowotnych, czyli sten niski (tutaj jest to zakres 24–71) był niższy o 7,9% niż u kobiet i wynosił 64,3%. Najwięcej odpowiedzi znalazło się w przedziale 24 – 50. Pozytywne jest to, że wśród mężczyzn pojawiły się odpowiedzi mówiące o zdrowych zachowaniach i zadeklarowało to 9 osób, czyli 10,3%. Dodatkowo w przypadku badanych mężczyzn pojawiły się odpowiedzi poniżej 24, które były wynikiem nieuzupełnienia dokładnie ankiety (Ryc. 24).



Ryc. 24. Wyniki testu IZZ dla mężczyzn, Źródło: badania własne

Wyniki uzyskane dla kobiet w trzech kategoriach zachowań zdrowotnych: PNŻ (Prawidłowe nawyki żywieniowe), ZP (Zachowania profilaktyczne) i PZ (Praktyki zdrowotne), wyliczone wg klucza diagnostycznego (Tabela V) i ogólne (Tabela VI), były wyższe niż dla mężczyzn co świadczy, że stopień nasilenia zachowań zdrowotnych w poszczególnych kategoriach był na wyższym poziomie u kobiet. Jedynie w kategorii PNP (Pozytywne nastawienie psychiczne) wyniki wg klucza diagnostycznego były prawie identyczne i niezależne od płci (2,94 dla pań i 2,93 dla panów).

Tabela V. Wyniki dotyczące zachowań zdrowotnych z uwzględnieniem płci badanych

IZZ	Płeć	Wartości	
		M ± SD	Min. – Max.
Prawidłowe nawyki żywieniowe (PNŻ)	kobieta	2,57 ± 0,84	1,33 – 4,00
	mężczyzna	2,42 ± 0,87	1,00 – 5,00
Zachowania profilaktyczne (ZP)	kobieta	3,04 ± 0,84	1,67 – 4,83
	mężczyzna	2,72 ± 0,94	1,00 – 4,83
Pozytywne nastawienie psychiczne (PNP)	kobieta	2,94 ± 0,98	1,33 – 4,67
	mężczyzna	2,93 ± 0,86	1,00 – 5,00
Praktyki zdrowotne (PZ)	kobieta	2,56 ± 0,68	1,50 – 4,17
	mężczyzna	2,40 ± 0,75	1,00 – 5,00

Oznaczenia: M – wartość średnia wg klucza diagnostycznego, Min. – wartość minimalna, Max. – wartość maksymalna, SD – odchylenie standardowe.

Źródło: badania własne

Tabela VI. Średnie wartości punktowe zachowań zdrowotnych

IZZ	Płeć	Wartości	
		M ± SD	Min. – Max.
Prawidłowe nawyki żywieniowe (PNŻ)	kobieta	15,44 ± 5,06	8 – 24
	mężczyzna	14,31 ± 5,19	6 – 30
Zachowania profilaktyczne (ZP)	kobieta	18,22 ± 5,05	10 – 29
	mężczyzna	16,33 ± 5,64	6 – 29
Pozytywne nastawienie psychiczne (PNP)	kobieta	17,67 ± 5,86	8 – 28
	mężczyzna	17,56 ± 5,14	6 – 30
Praktyki zdrowotne (PZ)	kobieta	15,39 ± 4,08	9 – 25
	mężczyzna	14,38 ± 4,52	6 – 30
IZZ	kobieta	66,00 ± 15,69	36 – 98
	mężczyzna	61,98 ± 17,65	24 – 114

Oznaczenia: M – wartość średnia, Min. – wartość minimalna, Max. – wartość maksymalna, SD – odchylenie standardowe.

Źródło: badania własne

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że:

1. W badanej grupie było 4 razy więcej mężczyzn niż kobiet.

2. Przyzwyczajenie okazało się pierwszą przyczyną picia alkoholu u mężczyzn, natomiast u kobiet to problemy rodzinne skłaniały do spożywania napojów alkoholowych.
3. Różnica zaobserwowana między płciami to rodzaj spożywanego alkoholu: wódka wśród mężczyzn i piwo u kobiet.
4. Więcej mężczyzn niż kobiet zauważało w swoim życiu, że uzależnienie od alkoholu ma negatywny wpływ na pracę zawodową oraz problemy ze snem.
5. Kobiety częściej sięgały po alkohol jako lek po stracie czy też po śmierci bliskiej osoby.
6. Większa część mężczyzn niż kobiet była niezadowolona ze swojego życia.
7. Kobiety wykazywały wyższy poziom zachowań zdrowotnych w trzech kategoriach.

PODSUMOWANIE

Uzależnienie od alkoholu na przestrzeni lat zostało szeroko przebadane pod różnym kątem. Nie dziwi więc również to, że istnieją badania oraz sformułowane wnioski w temacie uzależnienia kobiet, czy też w kontekście płci a uzależnienie od alkoholu. Należy jednak nadmienić, że wyniki i interpretacja zależą od grupy poddanej badaniu i mogą czasem się różnić od wyników zaobserwowanych przez inne osoby.

W literaturze przedmiotu zebrane zostały wszystkie teoretyczne informacje w temacie uzależnienia od alkoholu m.in. fazy rozwoju choroby, następstwa nadmiernego spożywania alkoholu, a także testy do diagnozowania uzależnienia oraz rodzaje terapii (Kurpas D. i in. 2009). Analizowane były również psychospołeczne mechanizmy uzależnień kobiet i mężczyzn (Frąckowiak–Sochańska 2011).

Dostępne dane epidemiologiczne pokazują, że to mężczyźni byli częściej uzależnieni od alkoholu i częściej przebywali w placówkach medycznych stanowiąc 75% leczonej tam populacji z powodu problemu z alkoholem. Nadmierne spożywanie alkoholu to częstsza przyczyna utraty pracy u mężczyzn. W przypadku kobiet uzależnienie prowadzi do rozpadu związków z prawdopodobieństwem do 90% (Frąckowiak–Sochańska 2011).

Również Gąsior (2005) opisał problem zwiększonego spożywania alkoholu przez kobiety. Przeprowadzone przez niego badania wskazują, że typ alkoholizmu ma wpływ na sposób reagowania kobiet na zastosowany ten sam typ terapii. Wyodrębnił 3 grupy uzależnionych kobiet:

- typ 1: bez obciążeń rodzinnych, z podwyższonym poziomem niepokoju i znacznym nasileniem przedchorobowych cech lękowo–depresyjnych,
- typ 2A: z obciążeniami rodzinnymi alkoholizmem, z wysokim poziomem niepokoju oraz nieprzystosowania i znaczne nasilenie przedchorobowych cech antyspołecznych,
- typ 2B: z obciążeniami rodzinnymi alkoholizmem, niski poziom niepokoju a także umiarkowane nasilenie przedchorobowych cech socjalnych (Gąsior 2005).

Nie można zapomnieć, że zarówno mężczyzna, jak i kobieta, mogą wpaść w chorobę alkoholową, jednak problem nadużywania alkoholu przez kobiety w ostatnich latach zwiększył się. Warto wspomnieć, że do lat 70. tych XX wieku nie przeprowadzono wielu badań epidemiologicznych, klinicznych ani doświadczalnych wśród kobiet w temacie alkoholizmu, ponieważ skupiano się głównie na mężczyznach. Z czasem zauważono, że picie alkoholu, a w konsekwencji uzależnienie od niego u kobiet różni się od

tego obserwowanego u mężczyzn, co ma wpływ na sposób realizacji terapii, które nie są dobrze dostosowane dla kobiet (Dudek K. 2011).

Wieloletnie badania przedstawione w publikacji Kulisiewicza z roku 1982 pokazują, że w latach 1963–1972 tylko 7,34% kobiet poddawało się leczeniu uzależnienia od alkoholu (Grzywna i Trembla 2013).

Wyniki badań przeprowadzone w latach 1994–1998 w ramach programu badawczego APETA (Analiza Przebiegu i Efektów Terapii Alkoholików) utworzonego przez Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego wśród ponad 20. tysięcy osób uzależnionych od alkoholu w placówkach leczenia odwykowego w Polsce pokazały, że pacjentami są przeważnie mężczyźni (81%). Tak duży odsetek mężczyzn w placówkach odwykowych może wynikać z tego, że stereotyp kobiety – opiekunki domu, powoduje, że rzadziej zgłaszają się na leczenie. Na szczęście to się zmienia i kobiety, które mają świadomość problemów z alkoholem stają się również pacjentkami ośrodków (Nikodemka 1999).

W latach 2011–2012 zrealizowano badania na grupie ponad 300 osób, które w 2009 roku po raz pierwszy pojawiły się w Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Bielsku–Białej. Grupa mężczyzn stanowiła 77,8%, a ilość kobiet poddająca się leczeniu to 22,2% (Grzywna i Trembla 2013). Ukazuje to widoczny wzrost w porównaniu z 19% kobiet leczonych w poradni w latach 90. tych XX wieku (Nikodemka 1999). Tak więc na przestrzeni lat zwiększyła się liczba uzależnionych kobiet bądź przestały się ukrywać i kobiety coraz częściej podejmują leczenie.

W 2018 roku w Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Lublinie zostało złożonych 365 wniosków o zastosowanie leczenia odwykowego, w tym 79,2% tej populacji stanowili także mężczyźni (Diagnoza w zakresie problemów alkoholowych na terenie miasta Lublin 2019).

Również badania z 2012 roku zrealizowane przez TNS Polska dla Związku Pracodawców Polski Przemysł Spirytusowy na próbie prawie 4. tysięcy Polaków w wieku 18. lat i więcej potwierdzają, że kobiety stanowią większość wśród abstynentów (Frąckowiak i Motyka 2015). Podobne wyniki zostały uzyskane w badaniach własnych, gdzie większość badanej grupy stanowili mężczyźni (82,9%), a kobiety jedynie 17,1%.

W grupie osób, wśród których przeprowadzona została ankieta można zauważyć, że w porównaniu z osobami młodymi tzn. w wieku poniżej 30. lat, dwukrotnie więcej osób spożywało alkohol w wieku 31. lat i więcej. W kategorii osób powyżej 31. lat znajdowało się 77,8% kobiet i aż 90,8% mężczyzn. Podobieństwo do uzyskanych wyników można zauważyć

również w danych uzyskanych w programie APETA (Analiza Przebiegu i Efektów Terapii Alkoholików), gdzie najwięcej wśród uzależnionych jest osób w wieku 35–44 lata (Nikodemka 1999). Także ponad 60% pacjentów Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Bielsku–Białej była w wieku 30–40 lat (Grzywna i Trembla 2013). Analizując przekrój wiekowy mieszkańców Lublina zgłoszonych do leczenia odwykowego wynika, że tutaj również najwięcej jest osób w wieku 31–50 lat, czyli 43,3% (Diagnoza w zakresie problemów alkoholowych na terenie miasta Lublin 2019). Dostępne dane z badania CBOS z 2019 roku mówią o tym, że spośród grup wiekowych alkohol najczęściej piją badani w wieku 25–34 lata (Bożewicz 2019). Natomiast wg danych PARPA, które zostały zebrane w VII–VIII 2008 na losowej grupie ponad 1000 mieszkańców Polski w wieku 18 lat i więcej, wynika, że mężczyźni spożywający alkohol są w wieku 30–39 lat natomiast kobiety są młodsze tj. 18–29 lat (Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce 2008). Dla porównania dane z 2020 roku zaprezentowane również przez PARPA mówią już o tym, że 91,9% osób w wieku 35–49 lat spożywa alkohol (Rowicka, Postek i Zin–Sędek 2021).

Ponad połowa ankietowanych obecnie osób była mieszkańcami miast i podobne wyniki zaobserwowało wielu badaczy w tym Nikodemka (1999), Frąckowiak i Motyka (2015) oraz potwierdzają to dane z badań z 2020 roku (Rowicka, Postek i Zin–Sędek 2021).

W badaniach własnych najwięcej alkoholu spożywały osoby z wykształceniem średnim i to zarówno u kobiet (33,3%), jak i mężczyzn (37,9%). Tuż za nimi uplasowały się osoby z wykształceniem zawodowym z wynikiem 27,8% dla kobiet i 36,8% dla mężczyzn. Do takich samych wniosków doszedł Gąsior (2005). Przedstawił on wyniki badań zrealizowane na grupie 144 kobiet poddanych identycznemu siedmiodniowemu programowi terapeutycznemu. Wykształcenie jakie posiadały badane to w 50% średnie - (Gąsior 2005). Analizując dane dla mieszkańców Lublina pod kątem wykształcenia stwierdzono, że 45% populacji posiadało wykształcenie średnie lub pomaturalne (Diagnoza w zakresie problemów alkoholowych na terenie miasta Lublin 2019). Dane z badań z roku 2020 potwierdzają, że najwięcej alkoholu spożywają osoby z wykształceniem średnim (86,2%), natomiast najmniej osoby z wykształceniem gimnazjalnym i niższym (59,7%) (Rowicka, Postek i Zin–Sędek 2021). Inaczej prezentowały się wyniki uzyskane przez Nikodemką oraz Grzywnę i Tremblę, a także w 2008 uzyskane przez PARPE. Rozpatrując wykształcenie osób uzależnionych od alkoholu wg danych Nikodemskiej widać, że u mężczyzn przeważało wykształcenie zasadnicze zawodowe (40,06%), a jedynie u kobiet wykształcenie średnie było na pierwszym miejscu z wynikiem 43,98% (Nikodemka 1999). Natomiast kobiety z wyższym wykształceniem i mężczyźni z zasadniczo zawodowych należeli do grupy osób

najczęściej spożywającej alkohol w 2008 roku (Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce 2008). Natomiast niezależnie od płci na pierwszym miejscu uklasowały się osoby z wykształceniem zawodowym: w tym 52,8% mężczyzn i 42,3% kobiet (Grzywna i Trembla 2013).

W poddanej badaniu grupie osób w ramach badań własnych w czołówce osób spożywających napoje alkohole byli kawalerowie (35,6%) oraz panny (27,8%). Inaczej prezentowało się to w przestudiowanych publikacjach. 58% populacji osób poddanej badaniu w programie APETA to osoby będące w związku małżeńskim, a wśród nich 68% stanowili mężczyźni i 52% zamężne kobiety (Nikodemka 1999). Gąsior zauważył natomiast, że 50. badanych kobiet tj. 35% badanej grupy, były samotne tzn. były to wdowy, rozwiedzione oraz panny (Gąsior 2015). Najwięcej osób w związku małżeńskim było również w badaniach w latach 2011–2012: 54% mężczyzn i 58% kobiet (łącznie 55% populacji), a drugie miejsce stanowiły osoby stanu wolnego: 25% kawalerów i 16% panien (Grzywna i Trembla 2013).

Pod kątem częstotliwości spożywania alkoholu zaobserwowano, że kobiety skierowane na leczenie odwykowe w Lublinie spożywały alkohol kilka razy w roku (34%) lub kilka razy w miesiącu (20%). W przypadku mężczyzn było odwrotnie i największa częstotliwość to kilka razy w miesiącu z wynikiem 41%, na drugim miejscu- 34% - kilka razy w roku (Diagnoza w zakresie problemów alkoholowych na terenie miasta Lublin 2019). Według badań z 2020 roku codziennie lub prawie codziennie spożywanie alkoholu zadeklarowało prawie 8% ankietowanych osób. Natomiast co najmniej raz na tydzień oraz raz na miesiąc alkohol spożywało po około 30% respondentów (Rowicka, Postek i Zin-Sędek 2021). Podobną do badań z 2020 roku najpopularniejszą częstotliwość uzyskano w badaniach własnych, gdzie zarówno ankietowane kobiety (44,4%), jak i mężczyźni (37,9%) pili alkohol kilka razy w tygodniu. Na drugim miejscu, z wynikiem 1/3 każdej z populacji, uklasowały się kobiety pijące kilka razy w miesiącu i mężczyźni spożywający alkohol codziennie.

Wśród wybieranych rodzajów alkoholi, mężczyźni najczęściej pili wódkę (23%), a kobiety piwo (33,3%). W ankietowanej grupie osób znalazły się również takie osoby, które spożywały więcej niż jeden rodzaj alkoholu - odpowiednio 27,8% kobiet i ponad 50% mężczyzn. Wśród innych wybieranych alkoholi, nie zdefiniowanych w ankiecie, pojawiły się: nalewka, szampan i whisky. W latach 90. tych XX wieku najbardziej popularnymi napojami alkoholowymi spożywanymi przez osoby uzależnione były również piwo i wódka. Na spożycie piwa decydowało się 27% kobiet i 22% mężczyzn, a po wódkę sięgali częściej panowie - 53%, niż panie - 34% (Nikodemka 1999).

W 2013 w Polsce do najbardziej popularnych alkoholi należało piwo (55,6%) i wódka

(37,2%) w przeliczeniu na 100% alkoholu (Zgliczyński 2016). Osoby skierowane na leczenie odwykowe w Lublinie najczęściej sięgały po wódkę - 51,3%, a następnie po piwo - 50,0% i wino -19,1% (Diagnoza w zakresie problemów alkoholowych na terenie miasta Lublin 2019). Przytoczone dane potwierdzają, że najczęściej spożywanym alkoholem było piwo, natomiast jego udział w spożyciu alkoholu zmalał od 2010 roku. Wtedy ponad 50% osób spośród pijących alkohol przyznawała, że najczęściej sięga po piwo a obecnie jest to 39% osób. Drugie miejsce wśród alkoholi zajmuje wino (25%), a na trzecim miejscu znalazła się wódka z 16%. Według tych danych mężczyźni najczęściej piją piwo (56%) a kobiety wino (45%) (Bożewicz 2019).

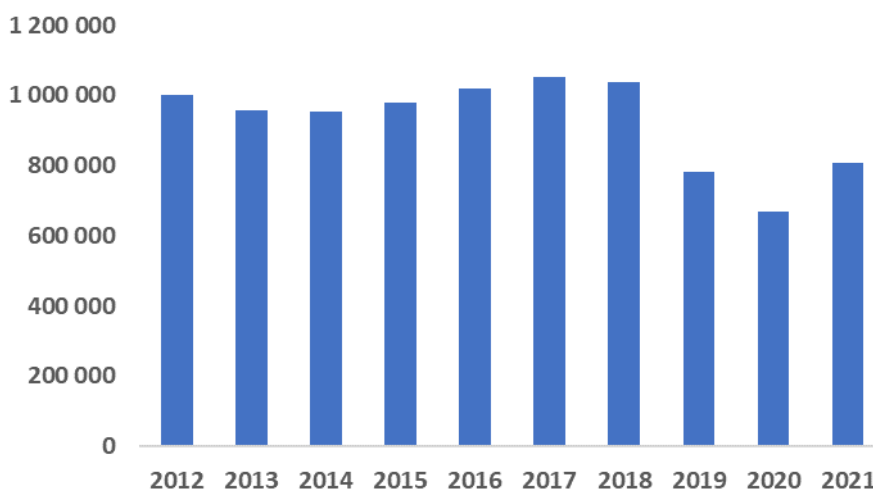
Najbardziej popularnym miejscem do picia alkoholu dla 50% kobiet i około 35,6% mężczyzn był dom, a drugim miejscem poza domem w towarzystwie znajomych. W badanej populacji osób 1/3 kobiet i mężczyzn spożywało alkohol w wielu miejscach. Miejsce do picia – dom – zadeklarowało także ponad 60% kobiet i mężczyzn w badaniach z 2012 roku, a na drugim miejscu było również picie u znajomych (Frąckowiak i Motyka 2015). Odwrotna kolejność była wśród ankietowanych osób w Lublinie i tak 65,3% spożywało alkohol przede wszystkim u znajomych, a 39,5% w domu (Diagnoza w zakresie problemów alkoholowych na terenie miasta Lublin 2019).

Dwie identyczne przyczyny picia napojów alkoholowych występowały zarówno u kobiet jak i mężczyzn z tym, że na pierwszym miejscu u mężczyzn było przyzwyczajenie (21,9%), a u kobiet problemy rodzinne (38,9%). Na drugim miejscu było odwrotnie tzn. przyzwyczajenie u pań (16,7%) i problemy rodzinne u mężczyzn (16,1%). Opcja „inne” zawarta w przeprowadzonej ankiecie (kobiety 16,7%, mężczyźni 10,3%) pozwoliła uzyskać dodatkowe informacje o przyczynie spożywania alkoholu wśród poszczególnych płci. Pojawiły się tutaj takie hasła jak: nałóg, depresja i potrzeba resetu psychicznego oraz brak umiejętności radzenia sobie z emocjami i bezsens życia. Nie bez znaczenia był także wpływ pozytywnych emocji zachęcających do picia alkoholu, w tym sukces, uroczystości, czy też dobry smak napoju alkoholowego. W badaniach przeprowadzonych w 2020 roku stwierdzono, że zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn, motywy picia wynikają z presji społecznej np. spożywanie alkoholu w trakcie uroczystości, ale także z przyjemności – dobre samopoczucie w trakcie picia. Do najrzadszych miejsc spożywania alkoholu należał park, picie samotne czy też spożywanie alkoholu w barze (Rowicka, Postek i Zin-Sędek 2021).

W badaniach własnych 59,8% mężczyzn i 44,4% kobiet potwierdziło, że picie napojów alkoholowych wpłynęło na ich pracę zawodową, a jednocześnie 33,3% kobiet nie zauważyło takiego związku. Należy wspomnieć o tym, że wpływ na pracę zawodową

to również nieobecność pracownika wynikająca m.in. z leczenia odwykowego, czy też wystąpienia innych chorób związanych z nadmiernym spożywaniem alkoholu. Z danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wynika, że zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu oznaczone kodem F10 wg klasyfikacji ICD-10 odpowiadały w latach 2012–2021 łącznie za 9257310 dni absencji chorobowej. Zobrazowano to na Rycinie 25 (Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS wg jednostek chorobowych 2012–2021).

W latach 2019–2021 zauważalny jest spadek dni absencji jednak wynika on z pandemii COVID-19 i m.in. pracą zdalną, kiedy pracownik w zaciszu domu mógł jednocześnie pracować i spożywać alkohol (Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS wg jednostek chorobowych 2012–2021).



Ryc. 25 Liczba dni absencji chorobowej w latach 2012-2021 dla kodu F10, czyli zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu

Tylko w 2021 roku wydano 5,4 tys. zaświadczeń lekarskich z kodem C, czyli niezdolność do pracy spowodowaną nadużyciem alkoholu. Ponad 1/3 stanowiły zaświadczenia krótkie na okres od 1–5 dni. Porównując dane z rokiem 2020 zauważony jest wzrost o 5,2% całkowitej ilości zaświadczeń z kodem C, a o 13% zaświadczenia krótkie. Ponad 75% zaświadczeń lekarskich z kodem C otrzymali panowie i było to o prawie 5% więcej niż rok wcześniej. Analizując wiek osób, które otrzymały zaświadczenia w związku z niezdolnością spowodowaną nadużyciem alkoholu, stwierdzono, że w 2021 roku najwięcej jest osób w przedziale wiekowym 30–44 lat, czyli podobnie jak w wynikach badań własnych oraz części cytowanych publikacji. Wśród mężczyzn 68,7% zaświadczeń z kodem C stanowiły zaświadczenia z tytułu zaburzeń

psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych użyciem alkoholu, czyli kod F10. U kobiet ten odsetek był o ponad połowę mniejszy i wynosił 30,5%. W 2021 roku absencja chorobowa kobiet i związany z tym pobyt w szpitalu wynikał przede wszystkim z COVID-19 i było to 117,5 tys. dni pobytu w szpitalu. Natomiast czas spędzony w szpitalu z powodu kodu F10 to 53,3 tys. dni. W przypadku mężczyzn to zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu (F10) były główną przyczyną hospitalizacji (275,5 tys. dni) a na drugim miejscu COVID-19 z 270,6 tys. dni (Sikora i Karczewicz 2021). Na podstawie powyższych danych widać ewidentny wpływ alkoholu na pracę zawodową.

W ponad połowie przypadkach (55,5% pań i 49,4% panów) osoby ankietowane wiedziały, że inny członek ich rodziny jest uzależniony od alkoholu. Zależność pomiędzy pić alkoholu a jakością życia rodzinnego dostrzegało ponad 80% kobiet i mężczyzn. Wyniki badań zrealizowanych w Gdańsku na zlecenie Gdańskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień i Gminy Miasta Gdańsk w listopadzie 2015, wśród ponad 1000 losowo wybranych osób ukazały, że wśród ankietowanych osób ponad 1/4 (28,4%) ma świadomość tego, że ktoś w najbliższej rodzinie nadużywa alkoholu i upija się. Taką sytuację zauważyło 31% kobiet i 25,3% mężczyzn (Abramowicz i in. 2018).

W badaniach własnych występujące zawsze lub czasami problemy ze snem będące wynikiem picia alkoholu widziało u siebie 66,7% kobiet i 78,2% mężczyzn. W latach 70. tych XX wieku Williams i Salamy wykonali badania, wśród zdrowych osób, wpływu alkoholu w dawce 0,16 – 1 gram alkoholu na kg masy ciała na ich funkcjonowanie (Roehrs i Roth 2001). Zaobserwowano, że część osób biorących udział w badaniu po spożyciu alkoholu miało zmniejszoną latencję snu, czyli zasypiały szybciej. Analiza wpływu napojów alkoholowych na fazy snu wykazała, że przede wszystkim przy większych dawkach alkoholu zaobserwowano w drugiej połowie snu dłuższe okresy czuwania lub okresy snu lekkiego (Roehrs i Roth 2001). Zauważono również, że problemy ze snem występowały częściej wśród osób uzależnionych od alkoholu, niż wśród osób niemających problemów z alkoholem (Brower 2001).

W roku 2000, w Stanach Zjednoczonych przez sześć miesięcy bezsenność dotknęła 18% osób uzależnionych od alkoholu i tylko 10% osób nie uzależnionych. Natomiast większy wskaźnik bezsenności tzn. między 36–72% był widoczny wśród pacjentów poddanych leczeniu odwykowemu i zależy on m.in. od grupy osób, sposobu pomiaru snu, a także czasu od ostatniego wypicia (Brower 2001).

Wynik testu RAPS4 pozwolił na stwierdzenie, że ponad 80% badanych osób, zarówno kobiet jak i mężczyzn, było uzależnionych od alkoholu. W 2020 roku wśród określonej,

zbadanej populacji mieszkańców Polski, do co najmniej jednego objawu ryzykownego picia, zmierzonego testem RAPS4, przyznało się 14,2% ankietowanych osób, w tym 22,3% mężczyzn i 6,8% kobiet (Rowicka, Postek i Zin-Sędek 2021).

Reasumując warto podkreślić, że kobiety zwykle zaczynają nadużywać alkoholu później od mężczyzn, choć w przypadku młodych dziewcząt obserwuje się także tendencję do upodobniania się pod tym względem do chłopców. U kobiet mówi się o „teleskopowym” rozwoju uzależnienia: skutki nadużywania alkoholu są intensywne i pojawiają się szybciej niż u mężczyzn. Najczęściej motywem poszukiwania pomocy są problemy ze zdrowiem, ale również z życiem osobistym, pracą i finansami. Alkoholizm wśród kobiet łączy się często z problemami psychicznymi i emocjonalnymi, przede wszystkim z zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi. Występowanie alkoholizmu w rodzinie w przypadku kobiet ma znaczenie, jednak mniejsze niż w przypadku mężczyzn. Kobiety często piją w samotności, stąd bliscy nie zauważają początkowo problemów z nadużywaniem alkoholu. Kobieta alkoholiczka wcale nie musi być zaniedbana, awanturująca się i wiecznie wstawiona, a mocny makijaż i środki odświeżające oddech dobrze powyższe maskują (Od nowa).

Objawy alkoholizmu u kobiet dzieli się na te, które występują również u mężczyzn oraz na symptomy specyficzne tylko dla kobiet.

Zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn o uzależnieniu mówi się, gdy pojawiają się (Od nowa):

- silna potrzeba spożywania alkoholu;
- brak kontroli nad piciem;
- wzrost tolerancji na ilość wypitego alkoholu;
- zaniedbywanie zainteresowań i obowiązków na rzecz picia;
- wystąpienie zespołu abstynencyjnego.

W przypadku kobiet nadużywających alkoholu powinno budzić niepokój to, że występuje (Od nowa):

- wykonywanie codziennych obowiązków pod wpływem alkoholu,
- popijanie w samotności przy jednoczesnej całkowitej abstynencji w towarzystwie,
- bezsenność, na którą lekiem staje się drink lub kieliszek wina przed snem,
- silny makijaż, mający ukryć tak zwaną twarz alkoholiczki (podkrążone i przekrwione oczy, niezdrowe rumieńce, plamy na twarzy, opuchlizna).

Kobiety słabiej metabolizują alkohol, stąd więcej trafia go do wątroby i może powodować, szybciej niż u panów, jej uszkodzenie w krótszym czasie. Kobiety po alkoholu muszą liczyć się z (Od nowa):

- upośledzeniem funkcji poznawczych,
- zaburzeniami nastroju (między innymi z lękami i depresją),
- silnym osłabieniem zdolności psychomotorycznych.

Mężczyźni najczęściej sięgają po alkohol, by (Dlaczego mężczyźni piją...):

- aby sobie „ulżyć choć na chwilę”,
- uciec od lęku, presji, nadmiernej odpowiedzialności itp.,
- ze strachu przed porażką lub dlatego, że jakąś porażkę właśnie ponieśli,
- aby dodać sobie animuszu, odwagi potrzebnej do zrealizowania zadania,
- wtedy kiedy okazuje się, że sytuacja ich przerosła,
- żeby dodać sobie siły, więcej wytrzymać, dalej dojść, dłużej pracować
- bo często uważają, że tylko wtedy mogą być sobą, wyrzucić nagromadzone tygodniami czy miesiącami emocje, powiedzieć co czują, co myślą.

Męski alkoholizm może być także wynikiem samotności. W przeciwieństwie do kobiet, u których samotność jest bardziej wyraźna, samotność męska bywa często „samotnością w tłumie”. Panowie odreagowują swoją fizyczną samotność albo samotność ze swoją drugą połową, czując się przez nią nierozumiani, niedoceniani, kontrolowani, pokrzywdzeni lub gdy złością się, że nie da się idealnie i w stu procentach spełnić w każdej roli-pracownika, męża, partnera, kochanka, ojca i syna. Piją więc na męskich imprezach, „balach samców”, wieczorach kawalerskich itp. (Dlaczego mężczyźni piją...).

Młodzi mężczyźni często piją, aby „wkupić się w łaski grupy rówieśniczej”, ponieważ picie wciąż uważane, jest za oznakę twardzielstwa, męskości, za atrybut kształtowania przyjaźni, braterstwa, dobrej zabawy itp. (Dlaczego mężczyźni piją...).

Mężczyźni w średnim wieku piją uważając, że tego wymaga zawód, który wykonują np. murarza, górnik, kierowcy, pracownika wielkiej korporacji, rekin finansowego, lekarza, prawnika itp. (Dlaczego mężczyźni piją...).

Starsi mężczyźni piją, bo albo uważają, że spełnili już wszystkie swoje zadania i teraz zasłużyli sobie na nagrodę (często nie dostrzegając innej nagrody) i w związku z tym mogą już pić bez konsekwencji takich jak utrata pracy, prestiżu, rozpadu rodziny itp.. Mogą jednak także pić sądząc, że nie spełnili się w swoich rolach, gdy w momencie przejścia na emeryturę czują się niepotrzebni i wyrzuceni na margines lub przez lata nie wypracowali sobie innej (niż picie) alternatywy dla spędzania wolnego czasu, którego teraz mają w nadmiarze (Dlaczego mężczyźni piją...).

Podobnie jak w przypadku kobiet, także mężczyznom nie jest obcy syndrom pustego gniazda, chociaż mężczyznom trudniej niż kobietom jest się do tego przyznać. To może być także powód do sięgania po alkohol (Dlaczego mężczyźni piją...).

Uważa się, że alkoholizm u kobiet może rozwinąć się o wiele szybciej, dlatego nie należy lekceważyć pierwszych objawów i jak najszybciej podjąć leczenie uzależnienia od alkoholu (Od nowa).

W przypadku obu płci wykorzystuje się te same metody leczenia alkoholizmu, począwszy od odtrucia alkoholowego po psychoterapię indywidualną i grupową. Pierwszym krokiem jest oczywiście uświadomienie sobie problemu z nadużywaniem alkoholu. Potrzebne jest także wsparcie całej rodziny, ponieważ ono pomaga szybciej wyjść z uzależnienia. W przypadku kobiet silne poczucie winy i wstydu powoduje, że w przypadku uzależnienia od alkoholu bardzo trudno jest im skorzystać z pomocy w zamkniętym ośrodku leczenia uzależnień. Należy jednak im uzmysłowić, że to niekiedy jedyny sposób, aby wyrwać je ze stresującego środowiska (Od nowa).

W badaniu Kleszczewskiej-Albińskiej i Skudlarek (2022) przeprowadzonym w dwóch ośrodkach leczenia odwykowego zlokalizowanych na Górnym Śląsku wzięło udział 90. osób (w tym 36,7% kobiet i 63,3% mężczyzn uzależnionych od alkoholu. Przedział wiekowy wynosił od 22 do 70 lat ($M = 43,70$, $SD = 11,26$), średnia długość uczęszczania na terapię uzależnień – $M = 7,97$ miesięcy, $SD = 5,76$

W rezultacie przeprowadzonego badania zaobserwowano, że kobiety, w porównaniu z mężczyznami (Kleszczewska-Albińska i Skudlarek, 2022):

- charakteryzowały się przeciętnym nastawieniem na działanie, umiarkowaną biernością, niskim poziomem bezradności i poczucia zagrożenia chorobami
- w wyższym stopniu deklarowały zewnętrzną motywację do uczestniczenia w terapii,
- po zaangażowaniu się w terapię przejawiały wyższą potrzebę uczenia się nowych zachowań i podejmowania działań mających na celu własny rozwój,
- uzyskały umiarkowane wyniki dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na zadaniu
- częściej stosowały styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na emocjach,
- częściej angażowały się w czynności zastępcze.

Z kolei mężczyźni częściej niż kobiety (Kleszczewska-Albińska i Skudlarek, 2022):

- charakteryzowali się umiarkowanym nastawieniem na działanie, niską tendencją do biernego oczekiwania na pomoc i niskim poczuciem zagrożenia chorobami,

- byli w umiarkowanym stopniu nastawieni na działania skoncentrowane na rozwiązywaniu problemów i na koncentrację na własnych emocjach
- byli w dużym stopniu skoncentrowani na unikaniu radzenia sobie w sytuacjach stresowych – częściej poszukiwali kontaktów towarzyskich.

Autorki (Kleszczewska-Albińska i Skudlarek, 2022) sugerują, że w programie terapii warto uwzględnić:

- zróżnicowanie czynników motywacyjnych,
- w pracy z kobietami:
 - położenie większego nacisku na wykorzystanie czynników zewnętrznych,
 - położenie szczególnego nacisku na rozwijanie umiejętności potrzebnych do identyfikowania, akceptowania i radzenia sobie z trudnymi emocjami,
 - zwrócenie uwagi na aktywności podejmowane przez kobiety w trudnych dla nich sytuacjach,
- w pracy z mężczyznami
 - położenie większego nacisku na wykorzystanie czynników wewnętrznych,
 - zwrócenie uwagi na kontakty towarzyskie, które podejmują,
 - położenie nacisku na rozwijanie umiejętności niezbędnych do poszukiwania adaptacyjnych relacji towarzyskich.

WNIOSKI

Na podstawie wyników uzyskanych w przeprowadzonej ankiecie sformułowano następujące wnioski

1. Uzależnienie od alkoholu dotykało najczęściej mężczyzn, a niezależnie od płci osoby posiadające wykształcenie średnie, mieszkające w mieście, będące w wieku powyżej 31. lat i stanu wolnego.
2. W grupie kobiet powodem sięgania po alkohol i popadanie w chorobę alkoholową, były problemy rodzinne, w tym uzależnienie od alkoholu innych członków rodziny oraz strata/śmierć bliskiej osoby, a w grupie mężczyzn tendencja do sięgania po napoje alkohole wynikała z przyzwyczajenia.
3. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety najczęściej spożywali alkohol w zaciszu domu, kilka razy w tygodniu, przy czym kobiety z reguły częściej sięgały po piwo, a mężczyźni po wódkę.
4. Znaczna część mężczyzn miała świadomość złego wpływu spożywania alkoholu na życie zawodowe oraz swoje zdrowie (głównie bezsenność) i częściej niż kobiety była niezadowolona ze swojego dotychczasowego życia.
5. Kobiety wykazywały wyższy poziom zachowań prozdrowotnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Abramowicz M., Brosz M., Bykowska–Godlewska B, Michalski T., Strzałkowska A.: Wzorce konsumpcji alkoholu. Studium socjologiczne. Wydawnictwo Zakładu Realizacji Badań Społecznych Q&Q, Kawle Dolne 2018.
2. Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS wg jednostek chorobowych w latach 2012–2021. <https://psz.zus.pl>, data pobrania 12.07.2021.
3. Anioł stróż: <http://www.aniolstroz.com.pl>, data pobrania 24.06.2022.
4. Bożewicz M. Konsumpcja alkoholu w Polsce, Komunikat z Badań CBOS, 2019,151, 1-11.
5. Bożewicz M.: Konsumpcja alkoholu w Polsce. Komunikat z Badań Centrum Badania Opinii Społecznej CBOS. Warszawa, 2019.
6. Brower K.J.: Alcohol's Effects on Sleep in Alcoholics. *Alcohol Research & Health*, 2001, 25(2), 110–125.
7. Cierpiałkowska L.: Efekty krótkotrwałego i długotrwałego działania alkoholu na organizm człowieka [w:] *Psychologia uzależnień – alkoholizm*. Cierpiałkowska L., Ziarko M. (red.), Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa, 2010,19–59.
8. Diagnoza w zakresie problemów alkoholowych na terenie miasta Lublin. Ogólnopolska Grupa Szkoleniowa sp. z o.o. 2019.
9. Diener E., Emmons R. A., Larsen R. J., Griffin S.: The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 1985, 49, 71–75.
10. Dlaczego mężczyźni pija... <https://www.almalibre.pl/meski-alkoholizm/>, data pobrania 02.11.2023.
11. Dudek K.: Specyfika kobiecego uzależnienia od alkoholu. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 2011, 4(8), 14–28.
12. Dziukiewicz J.: Alkoholizm i nadużywanie alkoholu: powszechny problem społeczny i zdrowotny XXI wieku [w:] *Problemy nauk społecznych, humanistycznych, ekonomicznych: konteksty i wyzwania*. Pujer K. (red.) Exante, Wrocław, 2017: 17–26.
13. E–pop: <https://www.e–pop.pl>, data pobrania 24.06.2022.
14. Frąckowiak M., Motyka M.: Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu. *Hygeia Public Health*, 2015, 50(2), 314–322.

15. Frąckowiak M., Motyka M.: Zespół zależności alkoholowej: charakterystyka, fazy rozwoju, metody diagnozowania. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2015, 96(2), 315–320.
16. Frąckowiak–Sochańska M.: Zdrowie psychiczne kobiet i mężczyzn. Płeć społeczno – kulturowa a kategorie „zdrowia psychicznego” i „chorób psychicznych”. *Nowiny Lekarskie*, 2011, 80(5), 394–406.
17. Fudała J. *Kobiety i alkohol*, PARPAMEDIA, Warszawa, 2007.
18. Fudała J.: Leczenie uzależnienia od alkoholu, *Medycyna Praktyczna dla Pacjentów*. 07.03.2013, <https://www.mp.pl/pacjent>, data pobrania 24.06.2022.
19. Gąsior K.: Typy alkoholizmu u kobiet. *Alkoholizm i Narkomania*, 2005, 18(1–2), 39–56.
20. GPPiRPA 2019, Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych m. st. Warszawy w 2019 roku
21. Grzywna T., Trembla K.: Analiza okoliczności pierwszorazowych zgłoszeń do poradni odwykowej. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2013, 21(2), 150–155.
22. Habrat B.: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Systemy diagnostyczne, klasyfikacje, terminologia. *Psychiatria*, 2010, 7(2), 75–81.
23. Huss M.: *Alcoholismus chronicus*, 1852, 339-354.
24. ICD–10 Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta, Tom I, wydanie 2008.
25. Jeżyna J., Bejda G., Kułak-Bejda A.: Wybrane aspekty uzależnienia od alkoholu. [w:] *Współczesny wymiar uzależnień*. Kułak-Bejda A., Waszkiewicz N. (red.) Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok, 2020: 81–96.
26. Joško–Ochojska J.: *Higiena, epidemiologia i zdrowie publiczne. Podręcznik dla studentów*. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice, 2012.
27. Juczyński Z.: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Pracownia testów psychologicznych Polskiego Towarzystwa. Warszawa 2001
28. Kleszczewska-Albińska A., Skudlarek M. O uzależnionych od alkoholu uczestniczących w terapiach, 06.07.2022; <https://www.termedia.pl/mz/O-uzalezniionych-od-alkoholu-uczestniczacych-w-terapiach,47741.html>, data pobrania 02.11.2023.
29. Kurpas D., Kaczmarek M., Miturska H., Karakiewicz B., Rotter I.: *Psychopatologia szczegółowa*. 9. Uzależnienie od alkoholu [w:] *Podstawy psychiatrii dla studentów*

- pielęgniarstwa. Kurpas D., Miturska H., Kaczmarek M.. Wydawnictwo Continuo, Wrocław, 2009: 83–91.
30. Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z. (2006). Integracyjna psychoterapia uzależnień Warszawa: IPZ.
31. Mellibruda J.: Psycho–bio–społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania* 1997, 3(28), 277–306.
32. Modrzyński R.: Zaburzenia związane z używaniem alkoholu – propozycje zmian w klasyfikacji ICD–11. *Polskie Forum Psychologiczne*, 2019, 24(3), 324–333.
33. Narodowy test Zdrowia Polaków 2022, http://ocdn.eu/medonet/medonet%20market/NTZP2022_raport_display.pdf?fbclid=IwAR2OFicRpr7Lw7zxYBu5yfUJUfUCXclxgz3zNHRx3ukdRV-AVxxV8FdmrRo, data pobrania 02.11.2023.
34. Nikodemska S.: Demograficzny portret pacjenta cz. I. Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia, 1999, 4, 21–26.
35. Nowak P. Test CAGE – pytania, interpretacja wyników, *ABC Zdrowie*. 18.08.2021, <http://www.portal.abczdrowie.pl/test-cage>, data pobrania 24.06.2022.
36. Od nowa (<https://odnowa24h.pl/alkoholizm-u-kobiet-najczestsze-modele-picia-wsrod-kobiet/>), data pobrania 02.11.2023.
37. Opora R.: Charakterystyka zjawiska uzależnienia i nadużywania alkoholu przez kobiety, *Resocjalizacja Polska (Polish Journal of Social Rehabilitation)*, 2012, 3, 317–326.
38. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych PARPA: <https://www.parpa.pl>, data pobrania 24.06.2022.
39. PARPA 2019, <https://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/kobiety-i-alkohol>, data pobrania 02.11.2023.
40. Raport PIE, 2021, <https://pie.net.pl/category/raporty/>, data pobrania 02.11.2023.
41. Roehrs T., Roth T.: Sleep, Sleepiness, and Alcohol Use. *Alcohol Research & Health*, 2001, 25(2), 101–109.
42. Rowicka M., Postek S., Zin–Sędek M.: Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce, Raport z badań kwestionariuszowych 2020 r. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Warszawa 2021. <https://www.parpa.pl>, data pobrania 12.07.2022.
43. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 r. w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu. Dostępne na: <http://isap.sejm.gov.pl> (Dz.U. 2018 poz. 2410)

44. Rybka M., Jankowska L., Przybylska J.: Opieka pielęgniarska nad pacjentem z zespołem zależności alkoholowej. Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku, Włocławek, 2019.
45. Ryszkowski A., Wojciechowska A., Kopański Z., Brukwicka I., Lishchynskyy Y., Mazurek M.: Objawy i skutki nadużywania alkoholu. *Journal of Clinical Healthcare*, 2015, 1, 2–6.
46. Ryszkowski A., Wojciechowska A., Kopański Z., Brukwicka I., Lishchynskyy Y., Uracz W.: Walka z uzależnieniem alkoholowym. *Journal of Clinical Healthcare*, 2015, 1, 14–17.
47. Samochowiec A., Chęć M., Kołodziej Ł., Samochowiec J.: Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych? *Alkoholizm i Narkomania*, 2015, 28, 55–63.
48. Sikora A., Karczewicz E.: Raport Absencja chorobowa w 2021 r. Raport o absencji chorobowej. Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych. Warszawa, 2022, <https://www.zus.pl>, data pobrania 12.07.2022.
49. Skoczek M., Grzyb K., Wanot B.: Alkoholizm. Leczenie i skutki. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie, Częstochowa, 2020, 1, 107–120.
50. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Dostępne na: <http://isap.sejm.gov.pl> (Dz.U. 1982 nr 35 poz. 230)
51. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dostępne na: <http://isap.sejm.gov.pl> (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135)
52. Wasilewski D. (2007). Kobieta i alkohol, *PSYCHE. INFO Magazyn o Zdrowiu Psychicznym*, 2007, 3/4, s. 12-16
53. WHO 2018, Global status report on alcohol and health 2018
54. Włodarczyk E.: Społeczne konsekwencje problemu alkoholowego w Polsce. *Pedagogika Społeczna*, 2018, 2(68), 241–258.
55. Włodarczyk E.: Zaburzenia związane z używaniem alkoholu – obraz i możliwości pomocy [w:] Człowiek w pułapce problemów. Psychospołeczne problemy jednostki oraz instytucjonalne i pozainstytucjonalne sposoby ich rozwiązywania.. Karaszewska H. (red.). Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2020: 31–58.

56. Wnuk M., Marcinkowski J.T.: Alkoholizm – przegląd koncepcji oraz metod leczenia. *Hygeia Public Health*, 2012, 47(1), 49–55.
57. Woronowicz B.: Kliniczne i społeczne aspekty uzależnienia od alkoholu. *AKMED Centrum Konsultacyjne. Wyzwania 4.indd*, 2017, 165–188.
58. Woronowicz B.: Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia. *Media Rodzinna*, Poznań, 2009.
59. Woydyłło, E. (2005) *Sekrety kobiet*, Warszawa: Wyd. Literackie
60. Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce 2008. <https://www.parpa.pl>. Data pobrania 12.07.2022.
61. Zaburzenie związane ze spożywaniem alkoholu: Porównanie DSM–IV i DSM–5 (Alcohol Use Disorder: A Comparison Between DSM–IV and DSM–5), 2021.: <https://www.niaaa.nih.gov>, data pobrania 24.06.2022.
62. Zambrzycka K., Snarska K.K., Dolińska C., Chorąży M.: Alkoholizm i jego następstwa. [w:] *Wybrane problemy zdrowotne i zawodowe pracowników ochrony zdrowia T.1*. Kowalczyk K., Krajewska–Kułak E. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok, 2019: 239–287.
63. Zgliczyński W.S.: Alkohol w Polsce. *Infos 11 (215)*. Biuro Analiz Sejmowych (BAS) 2016.



ISBN 978-83-67454-73-5