

Maciej Pałyska

POWODY NIEPODEJMOWANIA LECZENIA W PRZYPADKU ALKOHOLIZMU W OPINIACH SPOŁECZNYCH.

Wprowadzenie

Na początku lat siedemdziesiątych zespół autorów z IPiN przeprowadził w dwu regionach kraju, rolniczo-turystycznym i dzielnicy wielkowiejskiej, badania nad opiniami ludności o alkoholizmie. Cele ówczesnych badań podyktowane były potrzebą uzyskania informacji, które pomogłyby w skonstruowaniu planowanego podówczas programu oświaty zdrowotnej. Zgodnie z tą potrzebą skoncentrowano się na poznaniu wiedzy ludności o chorobie alkoholowej, oceny zagrożenia związanego z alkoholizmem, znajomości skutków nadmiernego picia i konieczności ograniczeń w używaniu napojów alkoholowych.

Wyniki badań wskazywały na niedostateczną świadomość zagrożeń płynących z używania i nadużywania alkoholu, powszechną akceptację praktyk alkoholowych, brak umiejętności odróżnienia osoby nadużywającej alkoholu od uzależnionej, brak konsekwencji w uutożsamianiu alkoholizmu z chorobą oraz postrzeganie go w dużej mierze w kategoriach norm obyczajowych. Poziom wiedzy i ocen był wśród ludności wiejskiej w porównaniu z miejską istotnie niższy.

Jednocześnie blisko 95 % badanych odpowiadało twierdząco na zadane wprost pytanie, czy chorego na alkoholizm należy leczyć. Podobnie wysoki procent odpowiedzi wskazywał prawidłowo spośród wymienionych możliwości leczenia poradnię przeciwałkoholową lub oddział odwykowy (1).

Planując badania w latach 1986-90 początkowo jako powtórzenie badań wcześniejszych, zwróciliśmy uwagę na ową rozbieżność wyni-

ków. Wysoki procent odpowiedzi uznanych za prawidłowe w przytoczonych pytaniach, dotyczących leczenia, uznaliśmy za wynik sugestii ze względu na oczywistość zawartego w pytaniach związku semantycznego: chorego - leczyć, alkoholika - leczyć przeciwalkoholowo.

Problem gotowości do podjęcia leczenia, który stawiały pytania odrzucone ze względów metodologicznych, wydał się nam na tyle istotny, że uznaliśmy za stosowne zmienić konstrukcję kwestionariusza, starając się wychwycić wszelkie możliwe opinie związane z problemem leczenia alkoholizmu, a więc opinie o instytucjach leczących, sposobach leczenia, możliwościach wyleczenia itp.

Narzędzia badawcze

Narzędzie, jakie powstało w ciągu dwu pierwszych lat obecnych badań, podporządkowane było weryfikacji nowych założeń, opartych na wynikach i doświadczeniach z badań poprzednich.

Narzędzie to oparte było w dużym stopniu na pytaniach otwartych lub zbudowanych według kategorii utworzonych na podstawie swobodnych wypowiedzi samych badanych, uzyskanych w trakcie badań pilotażowych: wywiadów otwartych, wywiadów kierowanych i próbnych wywiadów kwestionariuszowych.

Założenia

1. Zaufanie wobec instytucji medycznych w ogóle sprzyja zgodzie na medyczny model zależności alkoholowej.
2. Sprzyja szczególnie wtedy, gdy nie przeciwdziała mu równie silnie ukształtowany niemedyczny model alkoholizmu.
3. Zgoda na leczenie jest formą akceptacji modelu medycznego.
4. Obawa przed chorobą jako taką powinna sprzyjać decyzji o podjęciu leczenia.
5. Obawy przed uciążliwością leczenia i przed jego konsekwencjami społecznymi mogą przeciwdziałać podjęciu decyzji o zgłoszeniu mimo, że uznaje się kompetencje medycyny.
6. Typ wykonywanej pracy i społeczność, w której się ją wykonuje, wpływają na konieczność podejmowania decyzji o leczeniu uzależnienia. Społeczność wiejska pozwala uzależnionemu na częstsze opóźnianie decyzji o podjęciu leczenia.

7. Ludzie młodszy, w wieku największego zagrożenia przez alkohol (stojący przed wyborem, którego dokonali już przedstawiciele starszego pokolenia), mają mniej osobistych doświadczeń związanych z uzależnieniem i mniej kontaktów społecznych z osobami już uzależnionymi.

W związku z tym:

- a. mają bardziej optymistyczne wyobrażenie o możliwościach medycyny w ogóle i leczenia odwykowego szczególności,
 - b. bezrefleksyjnie akceptują medyczny wzór leczenia uzależnienia, nie dostrzegając koniecznego współdziałania ze strony pacjenta,
 - c. słabiej potępiają zjawisko picia nadmiernego, mniej odrzucają alkoholika.
8. Utrwaleniu pozytywnych oczekiwań wobec służby zdrowia sprzyja większa jej dostępność oraz wyższy poziom usług: mieszkańcy regionów wiejskich są ogólnie w gorszej pod tym względem sytuacji niż ludność miejska.

Nowo stworzony kwestionariusz dotyczył w związku z tak postrzeganymi hipotezami nie tylko opinii związanych z uzależnieniem, ale także doświadczeń osobistych respondenta i jego rodziny w związku z kontaktami ze służbą zdrowia w ogóle.

Realizacja badań

W roku 1988 przeprowadzono pierwszą część badań ankietowych na próbie kwotowej w wytypowanych jako rolnicze rejonach czterech województw: białkopodlaskiego, elbląskiego, przemyskiego i zamojskiego.

W roku 1989 przeprowadzono tym samym kwestionariuszem badania na próbach losowych w dwu miastach - Braniewie w województwie elbląskim i Zamościu. Wybór metody kwotowej w pierwszej części badań był podyktowany założeniem o jednorodności zawodowej badanej populacji, zaś o możliwym jej skrzywieniu wiekowym z uwagi na starzenie się wsi.

Uzyskano w rezultacie próby zbliżone pod względem wieku i płci badanych, różniące się zaś istotnie, podobnie jak populacje, z któ-

rych zostały dobrane, poziomem wykształcenia i przynależnością społeczno-zawodową.

Zabrano w sumie 649 ankiet wiejskich i 696 miejskich. Ze względu na liczebność i technikę pobrania prób można uznać, że są one reprezentatywne z uwagi na zmienne społeczno-demograficzne będące przedmiotem porównań (2).

Ważniejsze wnioski z przeprowadzonych badań wskazywały, że: alkoholizm nie jest postrzegany przez większość jako problem w otoczeniu; Możliwości wyleczenia z alkoholizmu szacowane są optymistycznie; Lecznictwo odwykowe, z którym badani nie mają własnych doświadczeń, widziane jest przez pryzmat lecznictwa ogólnego, z którym większość badanych ma dobre doświadczenia.

Wiedzę dotyczącą praktycznej realizacji leczenia: w jakich placówkach szukać pomocy i jak kierować na leczenia posiadała mniej niż połowa badanych. Tylko 1/3 zdecydowałaby się na nakłanianie do leczenia osoby bliskiej uzależnionej od alkoholu natychmiast po rozpoznaniu przez siebie tego uzależnienia, następna 1/3 zaakceptowałaby leczenie, gdyby zawiodły inne sposoby przeciwdziałania. Akceptowane wzory picia były podobne w obu badanych populacjach. Wiś cechował nieco większy liberalizm wobec wielkości dawek konsumowanego alkoholu oraz częstości ich spożywania w granicach uznawanych za umiarkowane. Wynik ten nie był zaskoczeniem z uwagi na zakładaną jednorodność kulturową badanych populacji - miasta były położone w pobliżu badanych rejonów wiejskich.

Dane statystyczne z roku 1989 odnoszące się do całego kraju (7) wskazują na trzykrotnie mniejszą liczbę leczonych alkoholików ze wsi niż z miasta. Przeprowadzone w roku 1990 analizy przyjęć w przychodniach odwykowych w badanych rejonach w latach 1988 i 1989 potwierdzają niewielki udział pacjentów ze wsi zarówno wśród leczonych ogółem, jak i zgłaszających się po raz pierwszy, wahający się od 1/3 do 1/10 ogółu pacjentów (8).

Wydaje się nieprawdopodobne, aby takie zróżnicowanie zgłaszalności związane być mogło z podobnym zróżnicowaniem w zapadalności na uzależnienie na wsi i w mieście.

Zakładając jako bardziej prawdopodobne, że przy zbliżonych poziomach i wzorach konsumpcji zapadalność na uzależnienie jest zbliżona, można poszukiwać przyczyn obniżających zgłaszalność pacjentów ze wsi.

W trakcie opracowywania wywiadów otwartych służących stworzeniu nowego kwestionariusza spontanicznie wyłoniło się osiem typowych powodów, które zdaniem licznych respondentów mogą powstrzymać podjęcie leczenia. Są to: obawa przed leczeniem (określonej choroby), niechęć do leczenia w ogóle, brak wiary w skuteczność leczenia, brak troski o zdrowie, wstyd, konieczność wyrzeczeń, pogorszenie sytuacji materialnej.

Postawiliśmy pytanie o znaczenie tych powodów w przypadku alkoholizmu oraz - dla celów porównawczych: chorób serca, chorób nowotworowych, gruźlicy i chorób zębów. Trzy pierwsze z nich uznawane były za stanowiące zagrożenie społeczne większe niż alkoholizm (gruźlica na wsi) zaś choroby zębów są najczęstszym doświadczeniem osobistym respondentów (5, 6).

Mieliśmy nadzieję, że pytanie to rzuci nieco światła na obniżoną zgłaszalność ze środowiska wiejskiego.

Wyniki

I. Porównanie opinii o powodach niepodejmowania leczenia w zależności od rodzaju choroby i miejsca zamieszkania.

Przedstawione w tablicach 1, 2 wyniki ukazują, że różnice w częstości odpowiedzi między miastem a wsią nie są specyficzne dla alkoholizmu i występują w przypadku wszystkich analizowanych chorób, wskazując na pewną charakterystyczną dla wsi ostrożność w odpowiedziach. Dlatego porównania pomiędzy miastem a wsią nie mogą odnosić się do danych bezwzględnych, ale do pozycji rankingowej poszczególnych powodów niepodejmowania leczenia.

Obawa przed leczeniem wg mieszkańców wsi największą rolę odgrywa w przypadku choroby zębów - 72,2 %, na drugim miejscu znajdują się choroby nowotworowe - 56,6 %, na trzecim alkoholizm - 53,3 %.

W opinii mieszkańców miasta największą rolę odgrywa ten powód w przypadku choroby zębów - 85,6 %. Alkoholizm zajmuje miejsce drugie - 73,8 %, przed chorobami nowotworowymi - 66,7 %.

Niechęć do leczenia w ogóle, a więc niechętny stosunek do korzystania z pomocy służby zdrowia, nie związany z oczekiwanymi formami terapii, jest wymieniany najczęściej zarówno przez respondentów wiejskich - 56,4 %, jak miejskich - 80,0 %, jako powód niepodejmowania leczenia alkoholizmu.

Tabela 1

Powody niepodejmowania leczenia alkoholizmu
w opinii mieszkańców wsi i miast oraz rolników i nierolników
(bez względu na miejsce zamieszkania)

Powody niepodejmowania leczenia % (ranga)	wieś	miasto	rolnicy	nierolnicy
	N-649	N-687	N-450	N-879
obawa przed leczeniem	53 /6/	74 /7/	55 /6/	68 /7/
niechęć do leczenia w ogóle	56 /5/	80 /4/	58 /5/	74 /4/
brak wiary w skuteczność leczenia	59 /3/	78 /5/	62 /2-3/	72 /5/
uciążliwość leczenia	53 /7/	78 /6/	54 /7/	72 /6/
brak troski o zdrowie	58 /4/	81 /3/	58 /4/	76 /2-3/
wstyd	61 /2/	82 /2/	62 /2-3/	76 /2-3/
konieczność wyrzeczeń	76 /1/	83 /1/	76 /1/	81 /1/
pogorszenie sytuacji materialnej	30 /8/	46 /8/	31 /8/	42 /8/

Brak wiary w skuteczność leczenia w przypadku alkoholizmu uzyskuje najwyższy poziom odpowiedzi w obu badanych środowiskach: 58,9 % wieś, 78,3 % miasto.

Uciążliwość leczenia: pierwsze miejsce zajmują choroby zębów - 72,2 % wieś, 85,6 % miasto, alkoholizm występuje na drugim miejscu - 58,9 % wieś, 78,3 % miasto.

Brak troski o zdrowie: pośród odpowiedzi ze wsi pierwsze miejsce zajmują choroby serca - 59,9 %, drugie alkoholizm - 57,8 % odpowiedzi. W odpowiedziach z miasta najwyższą pozycję ma alkoholizm - 81,8 %.

Wstyd jest powodem niepodejmowania leczenia alkoholizmu zdaniem 60,5 % na wsi i 81,6 % w miastach. Drugie miejsce, zajmowane przez gruźlicę, uzyskuje już dużo niższą liczbę odpowiedzi: 26,6 % - wieś i 49,6 % miasto.

Konieczność wyrzeczeń, pojmowana jako związany z leczeniem rygor zmiany przyzwyczajzeń, jest najczęściej wymieniana w przypad

Tabela 2

**Powody niepodjęcia leczenia
w przypadku innych niż alkoholizm chorób w opinii mieszkańców wsi i miast**

Powody niepodjęcia leczenia % /ranga/	choroby serca		choroby nowotworowe		gruźlica		choroby zębów	
	wieś	miasto	wieś	miasto	wieś	miasto	wieś	miasto
obawa przed leczeniem	42 /4/	42 /7/	51 /1/	67 /2/	22 /7/	34 /7/	72 /1/	86 /1/
niechęć do leczenia w ogóle	45 /2/	52 /4/	36 /5/	44 /5/	49 /1/	51 /2/	44 /4/	60 /4/
brak wiary w skuteczność	41 /5/	45 /5/	53 /2/	75 /1/	19 /8/	29 /8/	10 /5/	15 /5/
uciążliwość leczenia	45 /3/	57 /2/	47 /3/	65 /3/	37 /3/	51 /4/	57 /2/	70 /3/
brak troski o zdrowie	60 /1/	65 /1/	42 /4/	47 /4/	46 /2/	69 /1/	53 /3/	71 /2/
wstyd	10 /8/	9 /8/	13 /8/	25 /8/	27 /5/	50 /5/	8 /7/	9 /7/
konieczność wyrzeczeń	37 /6/	54 /3/	21 /6/	43 /6/	32 /4/	51 /3/	9 /6/	7 /8/
pogorszenie sytuacji materialnej	27 /7/	42 /6/	17 /7/	36 /7/	23 /6/	42 /6/	8 /8/	11 /6/

ku alkoholizmu: 76,3% - wieś i 82,6% - miasto, na drugim miejscu znajdują się choroby serca: 36,9 % - wieś i 54,0 % - miasto.

Pogorszenie sytuacji materialnej, rozumiane nie tyle jako skutek wydatków na leczenie, co raczej jako utrata dochodów wymuszona leczeniem, sytuuje alkoholizm na miejscu pierwszym: 29,9 % - wieś, 46,3 % - miasto. Zajmujące dalsze pozycje choroby serca (wieś 27,0% i miasto - 41,7 %) oraz gruźlica (wieś - 23,4 % i miasto - 41,5 %) różnią się pod tym względem stosunkowo nieznacznie.

II. Porównanie opinii o powodach niepodejmowania leczenia, wyrażanych przez mieszkańców wsi, z odpowiedziami na ten temat rolników wykazuje, że rolnicy wszystkich odpowiedzi udzielają nieznacznie częściej, przy zachowaniu ogólnej struktury rankingu (tabela 1).

III. Porównanie opinii ludności wsi i miasta wskazuje na zgodność w pozycji rangowej "konieczności wyrzeczeń" - 1, "wstyd" - 2 i "pogorszenia sytuacji materialnej" - 8. Największa różnica rangowa występuje w ocenie "braku wiary w skuteczność leczenia": wieś - 3 i miasto - 5.

III.1. Opinie o powodach niepodejmowania leczenia alkoholizmu w zależności od miejsca zamieszkania i płci respondentów przedstawia tablica 3.

Płeć różnicuje opinie o powodach niepodejmowania leczenia zarówno wśród mieszkańców wsi jak miasta.

Na wsi zgodne są tylko odpowiedzi o randze 1 - "konieczność wyrzeczeń" i 8 - "pogorszenie sytuacji materialnej". Wyższe natomiast rangi w opiniach mężczyzn w porównaniu z kobietami uzyskują 2 - "wstyd", 3 - "brak troski o zdrowie" i 6 - "uciążliwość leczenia". Kobiety wyżej sytuują 2 - "brak wiary w skuteczność leczenia" i 4 - "niechęć do leczenia w ogóle".

W mieście zgodne u mężczyzn i kobiet są rangi: 2 - "konieczność wyrzeczeń", 7 - "obawa przed leczeniem", 8 - "pogorszenie sytuacji materialnej". Wyższe rangi w opinii mężczyzn uzyskują: 1 - "wstyd", 3 - "uciążliwość leczenia", zaś wśród kobiet: 1 - "brak troski o zdrowie", 3 - "niechęć do leczenia w ogóle" i 5 - "brak wiary w skuteczność leczenia".

Miejsce zamieszkania różnicuje poglądy mężczyzn najsilniej w takich kwestiach, jak "brak troski o zdrowie" (3 miejsce na wsi, a 5 w mieście) oraz "brak wiary w skuteczność leczenia" (4 miejsce na

Tabela 3

Przyczyny niepodjęcia leczenia alkoholizmu
w opinii mieszkańców wsi i miast w zależności od płci
(bez względu na miejsce zamieszkania)

Powody niepodjęcia leczenia % (ranga)	mężczyźni		kobiety	
	wieś	miasto	wieś	miasto
obawa przed leczeniem	51 /7/	75 /7/	55 /6/	73 /7/
niechęć do leczenia w ogóle	55 /5/	79 /4/	57 /4/	81 /3/
brak wiary w skuteczność leczenia	57 /4/	78 /5/	61 /2/	78 /5/
uciążliwość leczenia	53 /6/	78 /6/	53 /7/	78 /6/
brak troski o zdrowie	59 /3/	78 /3/	57 /5/	84 /1/
wstyd	61 /2/	84 /1/	60 /3/	80 /4/
konieczność wyrzeczeń	75 /1/	83 /2/	78 /1/	82 /2/
pogorszenie sytuacji materialnej	31 /8/	46 /8/	29 /8/	47 /8/

wsi a 6 w mieście). Mężczyźni z miasta wyższą rangę przypisują "wstydowi" i "uciążliwości leczenia", co wydaje się niezgodne z oczekiwaniami ze względu na mniejszą na wsi anonimowość i większe trudności w dotarciu do lekarza.

Kobiety ze wsi przypisują wyższą rangę "brakowi wiary w skuteczność leczenia" (miejsce 2 wobec 5 w mieście) oraz "konieczność wyrzeczeń" (1 miejsce wobec 2 w mieście) i "wstydowi" (pozycja 3 wobec 4 w mieście).

III.2. Powody niepodjęcia leczenia alkoholizmu w opinii mieszkańców wsi i miast w zależności od wieku przedstawia tabela numer 4.

A. Wśród mieszkańców wsi panuje zgodność co do miejsca 1, które dotyczy "konieczności wyrzeczeń" i 8 - przypisanego "pogorszeniu sytuacji materialnej". Ludzie młodszy, w wieku 18-44 lat, większą rolę przypisują "wstydowi" (miejsce 2), który ma mniejsze znaczenie dla starszych, w wieku 45-59 lat (miejsce 4) i najmniejsze dla najstarszych, w wieku 60 lat i powyżej (miejsce 7). Respondenci

Tabela 4

Przyczyny niepodejmowania leczenia
alkoholizmu w opinii mieszkańców wsi i miast w zależności od wieku

Powody niepodejmowania leczenia % /ranga/	wiek 18 - 24		25 - 44		45 - 59		60+	
	wieś	miasto	wieś	miasto	wieś	miasto	wieś	miasto
obawa przed leczeniem	53 /6/	72 /7/	56 /5/	76 /6/	46 /7/	71 /7/	56 /6/	71 /7/
niechęć do leczenia w ogóle	59 /3/	84 /2/	56 /6/	79 /4/	56 /3/	79 /6/	58 /4/	81 /1/
brak wiary w skuteczność	56 /4-5/	83 /4-5/	63 /3/	78 /5/	51 /6/	80 /5/	60 /2-3/	75 /5/
uciążliwość leczenia	49 /7/	83 /4-5/	52 /7/	76 /7/	53 /5/	82 /3/	58 /5/	76 /4/
brak troski o zdrowie	56 /4-5/	80 /6/	58 /4/	82 /3/	57 /2/	85 /1/	60 /2-3/	79 /2/
wstyd	64 /2/	84 /1/	67 /2/	84 /1/	55 /4/	81 /4/	48 /7/	72 /6/
koniczność wyrzeczeń	68 /1/	83 /3/	79 /1/	84 /2/	77 /1/	84 /2/	73 /1/	76 /3/
pogorszenie sytuacji materialnej	32 /8/	48 /8/	30 /8/	44 /8/	24 /8/	52 /8/	32 /8/	44 /8/

starsi w grupach wieku 45-59 oraz 60 i więcej lat, większe znaczenie przypisują "brakowi troski o zdrowie" i "uciążliwości leczenia".

B. Młodszy respondenci z miasta (grupa 18-44 lat) największą rolę w powstrzymaniu się od leczenia przyznają "wstydomi" (miejsce 1), który w opiniach grupy w wieku 45-59 lat uzyskuje rangę 4, zaś w opiniach grupy najstarszej (60 lat i powyżej) - rangę 6. Starsze grupy wieku przywiązują większą wagę do "braku troski o zdrowie" i "uciążliwości leczenia". Dwie sąsiadujące ze sobą grupy wieku (45-59 lat oraz 60 lat i powyżej) różnią się najbardziej w ocenie wagi "niechęci do leczenia w ogóle": pierwsza z nich przyznaje mu rangę 6, zaś druga - 1.

W poszczególnych grupach wieku sumy różnic rangowych między miastem a wsią są podobne, największe w przypadku grup najstarszej i najmłodszej.

III.3. Powody niepodejmowania leczenia alkoholizmu w opinii mieszkańców wsi i miast zależnie od wykształcenia przedstawia tabela 5.

A. Najwyższą rangę we wszystkich grupach wykształcenia na wsi uzyskuje "konieczność wyrzeczeń", najniższą - "pogorszenie sytuacji materialnej". Grupa z wykształceniem co najwyżej podstawowym wyróżnia się wysoką rangą przypisywaną "brakowi troski o zdrowie" (pozycja 2) oraz niską rangą nadawaną "wstydomi" (pozycja 5).

B. Poziom wykształcenia powoduje większe zróżnicowanie opinii wśród mieszkańców miast.

Grupa o wykształceniu co najwyżej podstawowym wyróżnia się wysoką rangą przypisywaną "brakowi troski o zdrowie" (miejsce 1) i niską, nadawaną "konieczności wyrzeczeń" (miejsce 6).

Pod względem rozpiętości ocen różnią się najbardziej grupy z miasta i ze wsi z wykształceniem co najwyżej podstawowym. Pod względem sumy różnic między rangami różnią się najbardziej grupy z wykształceniem zasadniczym zawodowym.

Omówienie i wnioski

Podjęcie decyzji o leczeniu w sytuacji uświadomienia sobie konkretnego schorzenia zależy od opinii odtyczących tej sytuacji w kilku kwestiach:

1. oceny stopnia zagrożenia ze strony choroby, 2. potencjalnej możliwości wyleczenia, 3. proporcji między dolegliwościami związa-

Tabela 5

**Powody niepodejmowania leczenia alkoholizmu
w opinii mieszkańców wsi i miast w zależności od wykształcenia**

Powody niepodejmowania leczenia % /ranga/	wykształt. podstawowe i niższe		zasadnicze zawodowe		średnie		wyższe	
	wieś	miasto	wieś	miasto	wieś	miasto	wieś	miasto
obawa przed leczeniem	50 /7/	71 /7/	58 /4-5/	77 /5/	53 /6/	75 /7/	71 /4-5/	73 /7/
niechęć do leczenia w ogóle	56 /3-4/	78 /4/	57 /6/	81 /2/	56 /5/	81 /4/	77 /3/	81 /3-4/
brak wiary w skuteczność uciążliwość leczenia	56 /3-4/	81 /1/	64 /2/	76 /6/	62 /3/	78 /6/	65 /6/	77 /5-6/
brak troski o zdrowie	51 /6/	77 /5/	56 /7/	72 /7/	53 /7/	81 /5/	56 /7/	77 /5-6/
wstyd	57 /2/	80 /2/	58 /4-5/	78 /4/	59 /4/	85 /2/	71 /4-5/	81 /3-4/
konieczność wyrzeczeń	55 /5/	78 /3/	70 /3/	81 /1/	71 /2/	84 /3/	88 /2/	85 /2/
pogorszenie sytuacji materialnej	76 /1/	76 /6/	77 /1/	79 /3/	79 /1/	87 /1/	88 /1/	89 /1/
	30 /8/	43 /8/	38 /8/	45 /8/	27 /8/	48 /8/	18 /8/	51 /8/

nymi z chorobą w stosunku do dolegliwości płynących z leczenia, 4. skutków społecznych leczenia dla pacjenta i dla jego rodziny.

Na decyzję tę składają się także nastawienia podmiotowe uwarunkowane osobowościowo lub kulturowo: stosunek do własnego zdrowia (troska lub jej brak) oraz stopień gotowości do korzystania z pomocy służby zdrowia.

Spośród chorób będących przedmiotem porównania, choroby nowotworowe i choroby serca powszechnie, zaś gruźlica w środowisku wiejskim były w skalach rankingowych ustalonych w poprzednio prowadzonych badaniach (1, 6) uważane za groźniejsze od choroby alkoholowej. Znajduje to odbicie w porównaniu potencjalnych powodów niepodejmowania leczenia.

Aż pięć z ośmiu dyskutowanych powodów niepodejmowania leczenia wymieniana jest najczęściej w stosunku do alkoholizmu w obu badanych środowiskach. Są to: "niechęć do leczenia w ogóle", "brak wiary w skuteczność leczenia", "wstyd", "konieczność wyzrzeżeń", "pogorszenie sytuacji materialnej", ponadto przez respondentów miejskich - "brak troski o zdrowie". W pozostałych przypadkach tylko w opiniach o "obawie przed leczeniem" w środowisku wiejskim alkoholizm zajmował miejsce trzecie za chorobami zębów i chorobami nowotworowymi, w mieście zaś drugie, za chorobami zębów. Podobnie na drugim miejscu za chorobami zębów znajdował się pod względem "uciążliwości leczenia", zaś choroby serca wyprzedzały go w środowisku wiejskim w "braku troski o zdrowie".

Odpowiedzi takie wskazują na to, że alkoholizm w opinii obu środowisk gromadzi największą liczbę potencjalnych powodów powstrzymujących przed podjęciem leczenia. Nie rozstrzyga to wprawdzie problemu znacznie niższej zgłaszalności z terenów wiejskich, ale uzasadnia istnienie domniemywanej przez innych badaczy grupy uzależnionych w obu środowiskach, którzy nigdy nie zetknęli się z leczeniem odwykowym (3). Spośród powodów niepodejmowania leczenia cztery pierwsze: "obawa przed leczeniem", "niechęć do leczenia w ogóle", "brak wiary w skuteczność leczenia" i "uciążliwość leczenia" można umownie nazwać powodami "medycznymi" w przeciwieństwie do czterech następnych o charakterze "psychologiczno-społecznym". Średnia ranga dla czterech powodów "medycznych" jest wyższa od średniej rang dla pozostałych czterech w przypadku chorób zębów i chorób nowotworowych, zaś w przypadku

alkoholizmu, gruźlicy i chorób serca to właśnie powody "psychologiczno-społeczne", odgrywają w opiniach badanych większą rolę w powstrzymaniu od leczenia.

Odnosząc uzyskane wyniki do przyjętych na wstępie założeń można zauważyć, co następuje:

Do założenia nr 1, że zaufanie wobec instytucji medycznych w ogóle sprzyja zgodzie na medyczny model zależności alkoholowej, można odnieść treść opinii o niechęci do leczenia w ogóle. W jej świetle możliwości służby zdrowia cieszą się najmniejszym zaufaniem właśnie w przypadku alkoholizmu.

Do założenia nr 2, że zaufanie wobec instytucji medycznych może przeciwdziałać silnie ukształtowany niemedyczny model alkoholizmu, można odnieść ogólną ocenę uzyskanych wyników, w których czynniki "niemedyczne" odgrywają większą rolę w powstrzymaniu przed leczeniem, biorąc przy tym pod uwagę wnioski poprzedni, że zaufanie wobec instytucji medycznych jest w przypadku alkoholizmu najslabsze.

Do założenia nr 3, że zgoda na leczenie jest formą akceptacji modelu medycznego: w większości omawianych motywów niepodejmowania leczenia alkoholizmu zajmuje miejsce pierwsze, można więc wnioskować, że ogólna akceptacja modelu medycznego jest słabsza niż we wszystkich porównywanych z nim przypadkach chorób. Szczególnie potwierdza to rozkład odpowiedzi dotyczących braku wiary w skuteczność leczenia.

Do założenia nr 4, że obawa przed chorobą jako taką powinna sprzyjać decyzji o podjęciu leczenia: obawa ta powinna równoważyć obawy przed leczeniem. Pierwsze miejsce obaw przed leczeniem chorób zębów potwierdzałoby to założenie, jednakże w przypadku mieszkańców wsi także choroby nowotworowe, a więc budzące poważne obawy, zajmują miejsce na czele rankingu. Wniosek nie jest więc jednoznaczny.

Do założenia nr 5, że obawy przed uciążliwością leczenia i przed jego konsekwencjami społecznymi mogą przeciwdziałać decyzji o podjęciu leczenia: założenie to jest potwierdzone w odniesieniu do takich czynników jest wstyd, konieczność wyrzeczeń, pogorszenie sytuacji materialnej.

Do założenia nr 6, że typ wykonywanej pracy i społeczność, w której się bytuje, wpływają na konieczność podejmowania decyzji

o leczeniu uzależnienia: społeczność wiejska częściej pozwala uzależnionemu na opóźnienie decyzji o podjęciu leczenia. Wyniki wskazują na interesujące zróżnicowanie opinii w zależności od miejsca zamieszkania, płci, wykształcenia, ogólnie jednak nie wyjaśniają różnic w zgłaszalności z obu środowisk.

Do założenia nr 7, że ludzie młodzi bardziej optymistycznie oceniają możliwości służby zdrowia, nie dostrzegając w przypadku leczenia uzależnienia konieczności współdziałania ze strony pacjenta: kwestię tę do pewnego jedynie stopnia potwierdza wyższa ranga przypisywana przez ludzi młodych działaniu wstydu, zaś niższa brakowi troski o zdrowie i obawie przed uciążliwością leczenia.

Do założenia nr 8, że pozytywnym oczekiwaniom wobec służby zdrowia co do jej możliwości leczenia alkoholizmu sprzyja większa jej dostępność oraz wyższy poziom usług w mieście niż na wsi: można stwierdzić, że nie jest to rozstrzygalne na podstawie omawianych opinii.

Reasons for not entering treatment for alcoholism in public opinion

Summary

Eight most frequent reasons for not entering treatment were established in the survey.

Respondents were asked about these reasons relevance in the case of: alcoholism, heart diseases, neoplasms, tuberculosis and dentition diseases.

Data were obtained from 650 respondents living in selected rural areas and from 700 respondents from neighbouring urban areas. The following reasons were most often regarded as relevant in the case of alcoholism: necessity of relinquishment, shame, pessimism about treatment outcome, negative attitude to any treatment, deterioration of living standards. The urban area dwellers mentioned additionally "lack of concern for one's health". It is only in the case of two reasons: "being afraid of therapy" and "troublesome treatment" that frequency of responses was higher for dentition diseases than for alcoholism.

tłumaczyła Barbara Mroziak

Bibliografia:

1. K. Gerard: Opinie ludności regionu rolniczo-turystycznego (Ziemia Sądecka) o alkoholizmie i zaburzeniach psychicznych, Wydawn. Pracownicze, Warszawa 1979, VII.
2. J. Jasiński: Oceny epidemiologiczne spożycia alkoholu w Polsce na podstawie próby losowej i kwotowej. Ekspertyza. Sprawozdanie z realizacji tematu C.1, Din IPiN, maszynopis.
3. J. Morawski: Alkohol w rodzinach robotniczych, w: Patologia życia rodzinnego, red. Jarosz, CPBR 09.02, Warszawa 1990.
4. S. Welbel, E. Kolińska: Opinie ludności dzielnicy wielkomejskiej o zaburzeniach psychicznych i ich leczeniu. Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego, 3/26, 1977.
5. S. Welbel i wsp.: Opinie ludności regionu rolniczo-turystycznego (Ziemia Sądecka) o zaburzeniach psychicznych i ich leczeniu. Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego, 4/36, 1979.
6. S. Welbel, E. Kolińska: Zróżnicowanie opinii ludności o zaburzeniach psychicznych i ich leczeniu, w zależności od charakterystyki regionu (dzielnica wielkomejska, regionu rolniczo-turystycznego). Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego, 4/36, 1979.
7. Zakłady Psychiatrycznej oraz Neurologicznej opieki zdrowotnej i społecznej. Rocznik Statystyczny 1988, IPiN Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia, Warszawa 1989, str. 40-41.
8. Zakład Psychiatrii Społecznej. Materiały z badań, C.1.5/1990, (sprawozdania 11-16 z poradni w rejonie badań).