

Z WARSZTATÓW BADWCZYCH

Grażyna Świątkiewicz, Jacek Morawski

SAMOPOMOCOWE KLUBY ABSTYNNENCKIE. CHARAKTERYSTYKA EMPIRYCZNA.

1. Wprowadzenie

Ruch samopomocowy organizowany dla wspierania trzeźwości u osób z problemami alkoholowymi jest w Polsce stosunkowo młody. W okresie międzywojennym i po Drugiej Wojnie Światowej do 1950 roku działał w Polsce klasyczny ruch trzeźwości. Jego główne cele polegały na krzewieniu idei abstynencji w społeczeństwie. Ruch ten nie zajmował się leczeniem i rehabilitacją osób uzależnionych od alkoholu. Wiązało się to po części z tym, jak wtedy postrzegano alkoholików. Alkoholizm był widziany przede wszystkim jako defekt moralny. Eksponowano odstrasżające następstwa używania alkoholu. "Tylko w pierwszej chwili alkohol zdaje się sprawiać przyjemność, później wywołuje przygnębienie i stąd pijący choć ciągle zalewają robaka, czują się nieszczęśliwymi, do rodzin wprowadzają rozpacz i tragedię, społeczeństwu dostarczają zbrodniarzy a narodowi pasożytów". Jest to cytata z książki *Scouting jako system wychowania młodzieży znanego działacza trzeźwościewego okresu międzywojennego, Andrzeja Małkowskiego.*

Traktowanie alkoholizmu jako wady moralnej również i w latach powojennych utrudniało działania samopomocowe. Wydaje się, że każda inicjatywa samopomocowa musi być wsparta akceptacją społeczną, a moralnemu podejściu do alkoholizmu towarzyszą z reguły postawy repulsywne.

Po 1945 roku w Polsce pierwsze grupy samopomocowe organizowane były przez personel medyczny, jako część działalności placówek służby zdrowia. Pierwszy klub pacjenta powstał około 1948 roku w Warszawie z inicjatywy dr H. Zajączkowskiego. Niedługo po tym zaczęły działać pierwsze, również organizowane przez personel medyczny grupy Anonimowych Alkoholików. Jednakże ustawy o zwalczaniu alkoholizmu z 1956 roku i z 1959 roku powstrzymały rozwój ruchu samopomocowego. Ustawy wprawdzie uznały alkoholizm za chorobę, ale główny nacisk kładły na leczenie przymusowe. Alkoholik jako jednostka zakłócająca życie swojej rodziny i społeczeństwa miał być izolowany w zakładach długoterminowego pobytu.

Dopiero w latach siedemdziesiątych zaczął się powolny rozwój klubów pacjenta. W latach 1970-1982 powstawały przeciętnie 1-2 kluby rocznie. Stanowiły one dodatek do rutynowych działań leczenia odwykowego. Do rozwoju klubów przyczyniło się przenikanie do środowisk leczenia odwykowego idei psychiatrii środowiskowej. Drugim ważnym elementem była niska skuteczność leczenia przymusowego. Pracownicy leczenia odwykowego często sfrustrowani pracą, która nie cieszyła się wysokim prestiżem, wiązali z klubami nadzieje na osiągnięcie minimum satysfakcji zawodowej. Także w tym okresie terapeuci (lekarze, psycholodzy) byli organizatorami i opiekunami klubów. Opracowywali programy działania, zachęcali rodziny pacjentów do włączania się w pracę klubu.

W istocie kluby pacjenta dostarczały personelowi szeregu wzmocnień pozytywnych. Byli pacjenci licznie przybywali na spotkania. Wielu z nich wiązało się emocjonalnie z opiekunem klubu. Popularny w tym okresie był pogląd, że alkoholika charakteryzuje duża niedojrzałość emocjonalna, że bez podtrzymania ze strony klubu i mocnego osobowościowo opiekuna nie umiałby radzić sobie w życiu. Żony pojawiające się w klubie opowiadając jak sprawują się ich mężowie często przypominały matki przychodzące na wywiadówki szkolne.

Generalnie kluby pacjenta istotnie dawały, niekiedy wieloletnie, oparcie wielu osobom uzależnionym od alkoholu. Zdarzały się jednak sytuacje, że opiekun zmieniał pracę, klub ulegał likwidacji, a jego członkowie rozpraszali się. W końcu lat siedemdziesiątych i na początku lat osiemdziesiątych coraz wyraźniej były formułowane poglądy, że alkoholizm jest wypadkową obyczajów związanych

z pić w całym społeczeństwie. W leczeniu odwykowym coraz częściej sięgano do terapii rodzinnej, gdzie współmałżonek osoby uzależnionej był traktowany nie jako ofiara alkoholika ale jak osoba współtworząca stan zaburzenia zdrowia psychicznego rodziny. Zbliżone podejście pojawiło się również w sposobie opisywania przyczyn alkoholizmu jako patologii społecznej. Zwracano uwagę, że polityka alkoholowa Państwa ma duży wpływ na rozmiary problemów alkoholowych.

Takie podejście zdejmowało nieco odium moralnego z osób uzależnionych od alkoholu. Dodatkowe wsparcie przyszło ze strony opozycji politycznej instrumentalnie przedstawiającej alkoholizm jako produkt ustroju komunistycznego a alkoholików jako ofiary systemu rozpijającego naród w celu uzależnienia go. Skrajni adwokaci tych idei próbowali dowodzić, że alkoholicy są ofiarami Państwa celowo rozpijającego społeczeństwo.

W tym klimacie zrealizowała się idea utworzenia reprezentacji środowisk osób leczących się odwykowo. Ludzie uzależnieni od alkoholu odważyli się zażądać stworzenia im prawnych i ekonomicznych warunków do samodzielnego zajmowania się swoimi problemami. Czynnikiem wspomagającym te dążenia było wejście w życie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Ustawa nakazywała wspomaganie wszelkich inicjatyw zmierzających do ograniczania problemów alkoholowych. Ruch samopomocowy zaczął się rozwijać.

W pierwszej połowie lat osiemdziesiątych, obok klubów abstynenta, coraz większą popularność zdobywa idea Anonimowych Alkoholików. Podobnie jak w przypadku klubów, jej popularyzatorami byli pracownicy leczenia odwykowego. Ruch AA rozwijał się w Polsce w ostatnim dziesięcioleciu bardzo szybko. Przez pierwsze lata obie idee samopomocowe koegzystowały ze sobą, często w tych samych pomieszczeniach. Pod koniec lat osiemdziesiątych coraz częściej słyszało się pogląd, że w Polsce należy stawiać na rozwój AA, zamiast na rozwój klubów. Dowodzono, że idea AA jest lepsza a nawet, że program 12 kroków AA jest jedynym skutecznym programem dla alkoholików. Potrzeba odnalezienia jedynie słusznej idei nawet w systemie, który zezwala na wielorakość form i środków działania okazała się wciąż obecna. W praktyce oba ruchy samopomocowe mają swych zwolenników.

Warszawska Rada Klubów Abstynenckich wydała w 1989 roku dokument zatytułowany *Warszawskie Kluby Abstynenckie - program i kierunki działania*. Dokument ten podaje, że próby usamodzielnienia się polskiego ruchu klubowego napotykały na szereg przeszkód. Wśród nich wątpliwości co do tego czy można zaufać ludziom uzależnionym od alkoholu i zezwolić im na samodzielne zarządzanie, przede wszystkim pieniędzmi i dobrami materialnymi, mieli głównie opiekunowie klubów. W projekcie proponuje się wprowadzenie rozróżnienia między pojęciami klub pacjenta i samopomocowy klub abstynenta. Klub pacjenta stanowiłby przedłużenie leczenia odwykowego w poradni lub oddziale. Powinien też być przy tych placówkach umiejscowiony i programowo z nimi związany. Według projektu klub pacjenta stanowi przedsiwódek środowiska o szerszym programie i wyższym stopniu inicjatywy, samorządności, jakim jest samopomocowy klub abstynenta. Oto jak opisują źródła powstania i cele działania klubów abstynenta jego działacze: "Za podstawową przyczynę powstania klubów na ogół uznaje się działania terapeutów, którzy w ich powstaniu widzieli wzmocnienie swoich oddziaływań terapeutycznych na pacjentów poprzez angażowanie ich do wzajemnej pomocy... Natomiast źródeł ukształtowania się samopomocowych klubów abstynenckich należy szukać we wzroście świadomości członków klubu, którego nabywali pracując usilnie nad przebudową własnej osobowości, trwaniu w abstynencji i innego widzenia swoich potrzeb materialnych i duchowych".

W swoich deklaracjach działacze klubowi nawiązują do tradycji ruchów trzeźwościowych: "Jesteśmy organizacją terapeutyczną, chcemy uczyć żyć bez alkoholu, przełamywać tradycje i zwyczaje prowadzące do nadmiernego pijaństwa".

Idea klubów abstynenckich od początku ich powstawania była akceptowana i popierana przez mass media. W telewizji i w prasie pojawiały się entuzjastyczne doniesienia na ich temat. Nie znaczy to, że nie było trudnych pytań. "Ten młody ciągle jeszcze ewoluujący ruch skłania jednak do pewnych pytań i wątpliwości. Na przykład o źródła finansowania. Wiele osób nie ma żadnych wątpliwości w tej kwestii, wszak po to istnieje fundusz przeciwalkoholowy, który nie powinien szczerdzić złotych na umacnianie ruchu abstynenckiego. Są jednak i tacy którzy zwracają uwagę na narastanie postaw roszczeniowych alkoholików tych wyleczonych, zaleczonych i dopie-

ro leczących się. Wskazują na niebezpieczeństwo przyzwyczajania ludzi do świadczeń (niektórych nawet dość kosztownych jak np.: obozy terapeutyczne)" (Żaneta Semprich Ruch bez alkoholu Rzeczpospolita 1988 nr. 204).

Jednym ze sposobów udzielenia choćby częściowej odpowiedzi na pytania i wątpliwości dotyczące klubów może być podjęcie próby ich ewaluacji.

2. Metoda

Celem badania jest oszacowanie stanu i wielkości zjawiska zwanego wspólnotą klubową jak również opis sposobów jej funkcjonowania. W dalszym etapie podejmie się próbę oceny efektów pracy klubów.

Badano same kluby jak i ich aktywnych członków.

Z ogólnej liczby 250 klubów uwzględnionych na liście Federacji Klubów Abstynenta wylosowano 100, reprezentujących różne programy i style pracy z różnych regionów kraju.

Niniejsze opracowanie jest oparte na badaniach kwestionariuszowych, które przeprowadzali przeszkoleni ankieterzy. Pierwszy kwestionariusz dotyczył stanu klubu i jego działalności. Ponadto w każdym klubie przeprowadzano wywiady z 3-4 jego aktywnymi członkami. Wyniki wywiadów mają służyć za podstawę do porównań dla badań powtórzonych po roku.

Większość danych o klubach (65 %) uzyskano od prezesów klubów. Z reguły korzystano równocześnie z wielu źródeł informacji: wypowiedzi członków zarządu, innych członków klubu, opiekuna klubu (27 %). Oprócz wywiadów źródłem informacji były również dokumenty takie jak: regulaminy (38 %), kroniki (20 %), sprawozdania (24 %), protokoły zebrań (26 %) i inne.

Podstawowym narzędziem służącym do opisu społeczności klubowej był Kwestionariusz Wywiadu z Członkiem Klubu Abstynenta. Kwestionariusz składa się z 57 pytań, z których około 1/3 stanowią klasyczne pytania metryczkowe. Na ważną część kwestionariusza składają się pytania, w których respondenci dokonują samooceny swojej aktualnej kondycji życiowej. Dwie pozostałe części kwestionariusza to blok pytań dotyczących poglądów na uzależnienie od alkoholu oraz blok pytań ujawniający nasilenie niektórych jego objawów.

Konstruując ankietę składającą się z tak wielu pytań rozważano opisywane wielokrotnie problemy, na jakie natrafiają badania ewaluacyjne. Wiadomo bowiem, że nawet w terapii ściśle sterowanej zmiany zachodzące w kliencie czy pacjencie są wielowymiarowe. Wybór wskaźników poprawy często zależy od ideologii badaczy. W tym badaniu obszar życia poddany ocenie porównawczej jest szeroki. Dopiero końcowe wyniki pozwolą na określenie, które sfery funkcjonowania członków klubów ulegają zmianie w okresie uczestniczenia we wspólnocie klubowej.

3. Charakterystyka klubów

Szacuje się, że na terenie całej Polski funkcjonuje około 250 klubów. Dane są przybliżone. Każdego miesiąca jakieś kluby ulegają likwidacji i każdego miesiąca powstają nowe.

Większość klubów swoją działalność opiera na wyraźnie sformułowanych dokumentach prawnych: 77 % posiada statut, a 73% regulamin. Tylko 4 % nie ma formalnych podstaw działalności.

Kluby przybierają różne z formalnego punktu widzenia formy organizacyjne. 23 % z nich to stowarzyszenia zwykłe, 46 % stowarzyszenia zarejestrowane. 26 % jest częścią innej jednostki organizacyjnej, a 2 % ma formę podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą.

Większość klubów (71 %) funkcjonuje samodzielnie, tzn. członkowie tych klubów sami ustalają programy działania i formy pracy (nie oznacza to jednak, że są to organizacje niezależne finansowo). Pozostałe kluby są prowadzone przez służbę zdrowia, zakłady karne, zakłady pracy i inne instytucje.

Do Federacji Klubów Abstynenckich należy 90 % klubów, co oznacza, że Federacja zrzesza nie tylko kluby samodzielne, ale również funkcjonujące w ramach innych instytucji.

Klub jest na ogół organizacją funkcjonującą na terenie miasta (80%). Kluby z rejonów podmiejskich stanowią 13 %, a wiejskich 3 %. Pozostałe 4 % to kluby zamknięte, usytuowane w zakładach karnych. Badane kluby obejmują swoim zasięgiem obszar zamieszkały przez ok. 10,5 mln mieszkańców. Średnia liczba ludności w rejonie klubu wynosi 117 tys.

Prawie każdy klub pacjenta lub abstynenta posiada łącznika, tzn. osobę znaną z imienia, nazwiska i adresu, do której powinna być kierowana korespondencja od innych klubów lub instytucji.

Również prawie wszystkie kluby posiadają jakieś demokratycznie wybrane władze: zarząd (97 %) i prezesa lub przewodniczącego (88%). Opiekuna, najczęściej profesjonalistę z odwykowej służby zdrowia obecnie ma 54 % klubów. Nawet więc kluby formalnie samodzielne objęte są tą formą kontroli.

Generalnie kluby abstynenckie przeznaczone są dla osób uzależnionych od alkoholu, które podjęły próbę leczenia. W większości nie akceptuje się członkostwa osób uzależnionych od narkotyków. Jednakże 20 % klubów akceptuje jako swoich członków również narkomanów czynnych, a 40 % narkomanów wyleczonych.

Społeczność klubowa jest społecznością dość liczną. Liczba członków w poszczególnych klubach waha się od kilku do 240 członków. Pojawiły się w badaniu 3 kluby nie mające członków, co oznacza, że w chwili badania kluby te istniały tylko z nazwy. Kluby szacujące liczbę swoich członków na ponad 60 osób, to pojedyncze przypadki. Z uzyskanych danych wynika, że średnia liczba członków klubu wynosi 46, mediana 36 osób. W 6 klubach członkowie nie płacą składek. W pozostałych ustalono opłaty. Liczba członków płacących składki wynosi średnio 37 osób, mediana 30. Dane te lepiej - jak się wydaje - odzwierciedlają stan członkostwa klubów. Wśród ogółu czynnych członków płacących składki mężczyźni stanowili 72 %, kobiety 28 %.

Większość nie pijących klubowiczów stanowią osoby o krótkim okresie abstynencji - do 2 lat (60,7 %). Z abstynencją 2-5 lat było 25,3%, 5-7 lat - 10,5 %, 7-10 lat - 2,3 % i powyżej 10 lat 35 osób (1,2%). Część klubów akceptuje osoby pijące. Szacunkowo stanowią one około 20 % ogółu członków.

Znaczna większość klubowiczów to mężczyźni i kobiety w wieku 21-44 lata (76,8 % mężczyzn i 75,6 % kobiet). Młodzież w wieku do 20 lat stanowi około 6 %, w wieku 45-60 jest 15 %, powyżej 60 roku życia - 2 %. Emeryci i renciści stanowią około 9,8 % członków. Bezrobotnych było 8,2 % członków klubów.

W ocenie respondentów kluby mogłyby przyjąć - uwzględniając posiadane pomieszczenia i wyposażenie - znacznie więcej osób, średnio 66 w klubie. Wskaźnik wykorzystania klubów wynosi więc średnio 69,7 %.

Sporo było dyskusji i obaw o zbyt trudne warunki funkcjonowania organizacji samopomocowych w trwającym od kilku lat okresie

przemian w całym kraju, który przyniósł ograniczenie funduszy na rozwój klubów. Tymczasem jak wynika z naszego badania prawie wszystkie kluby przyjmowały w 1990 roku nowych członków. Liczby są tu bardzo zróżnicowane. 9 klubów nie przyjęło nikogo nowego. Zdecydowana większość jednak zyskała co najmniej 10 nowych osób, a w 6 przypadkach liczba nowych przekroczyła 30. Statystyczny klub przyjął w 1990 roku 13, a w okresie 6 miesięcy przed badaniem w 1991 roku 8 osób.

Członkowie najczęściej nawiązywali kontakt z klubem przez placówkę służby zdrowia (39,7 %) i innych klubowiczów (36,7 %). Pozostałe kanały kontaktu mają mniejsze znaczenie:

- wymiar sprawiedliwości 7,7 %
- telefon zaufania 5,6 %
- prasa, radio i tv 2,6 %
- inne 7,7 %

Niektóre kluby zatrudniają pracowników etatowych. Pracowników administracyjnych zatrudnia 65 % klubów. Miesięczne zatrudnienie godzinowe waha się w granicach od 16 do 160 godzin. Statystyczny klub zatrudnia pracownika administracji na 43 godziny miesięcznie. Terapeuci są zatrudniani przez 29 % klubów, tu wielkość stawek godzinowych jest jeszcze bardziej zróżnicowana i waha się od 6 do 240 godzin miesięcznie. Statystyczny klub zatrudnia terapeutę w wymiarze 17 godzin miesięcznie. O zatrudnieniu lekarza na 32 godziny w miesiącu informował tylko jeden klub.

Baza lokalowa klubów wydaje się być zadawalająca. 76 % posiada własne samodzielne lokale. W przypadku 17 % klubów jest to tylko jedno pomieszczenie. Dwoma, trzema pomieszczeniami dysponuje 44 % klubów. Czterema i więcej 15 %. Powierzchnia lokali zajmowanych przez kluby jest bardzo zróżnicowana i waha się w granicach 10-265 m kw. Przeciętna powierzchnia klubu wynosi 54,6 m kw.

Nie tylko stan lokalowy, ale również wyposażenie klubów w różnego rodzaju sprzęt wydaje się lepsze niż w wielu poradniach odwykowych. Tablicę ogłoszeń ma 90 % klubów, bufet 68 %, w komplet sprzętu tv i video wyposażone jest 95 % klubów, połowa posiada aparaty fotograficzne i filmowe. Ponad 80 % klubów posiada sprzęt turystyczny. Biblioteki ma 7 %, a sprzęt muzyczny 14% klubów.

Dostępność klubów dla swoich członków szacowano na podstawie odpowiedzi na pytanie, ile dni w miesiącu klub jest otwarty. Rozpiętość odpowiedzi była ogromna. Kluby bywają czynne od 1 do 31 dni w miesiącu:

- raz lub rzadziej niż raz w tygodniu 10 %
- ok. 2 razy w tygodniu 24 %
- ok. 3 razy w tygodniu 38 %
- czynne codziennie 28 %.

W okresie ostatnich 30 dni przed badaniem klub był czynny średnio przez 18 dni, co tłumaczono okresem letnim. Przeciętnie w tygodniu klub jest otwarty przez 18 godzin (około 3 godziny dziennie).

W swoich założeniach programowych kluby deklarują szeroką działalność terapeutyczną i profilaktyczną. Lista świadczeń klubowych wobec własnych członków i ich rodzin jest bardzo długa. Poniżej prezentujemy, które z deklarowanych usług były realizowane w badanych przez nas klubach, w okresie 30 dni poprzedzających badanie.

Rodzaj świadczenia	% klubów
1. terapia, poradnictwo indywidualne	60%
2. terapia grupowa	83%
3. terapia dla rodzin	51%
4. poradnictwo prawne	12%
5. pomoc w znalezieniu pracy	29%
6. rehabilitacja, szkolenie zawodowe	11%
7. zajęcia edukacyjne	28%
8. badania psychologiczne	9%
9. opieka domowa	19%
10. opieka po leczeniu	23%
11. opieka nad dziećmi	14%
12. transport pacjentów	18%
13. szkolenie personelu medycznego	7%
14. detoksykacja	9%
15. kierowanie do placówek leczniczych	33%
16. telefon zaufania	30%
17. edukacja kierowców	4%
18. badania somatyczne	5%

19. badania środowiskowe	8%
20. opieka doraźna	13%
21. wczesna interwencja	20%
22. porady dla zakładów pracy	19%
23. grupa samopomocowa (inna niż AA)	31%
24. zebranie społeczności	69%

Intensywność powyższych oddziaływań była stosunkowo niewielka - średnio w miesiącu łącznie 68 godzin. Największą liczbę uczestników i najwięcej czasu angażuje terapia indywidualna i grupowa, telefon zaufania oraz zebrania społeczności.

W założeniach programowych Federacja Klubów Abstynenckich deklaruje oprócz działań terapeutycznych i podtrzymujących dla osób uzależnionych i ich rodzin także angażowanie się w różne formy oddziaływań profilaktycznych i szkoleniowych, skierowanych do ogółu społeczeństwa na terenie gmin, osiedli itp., gdzie kluby są zlokalizowane. W ostatnich 30 poprzedzających badanie dniach, zaangażowanie klubów w różne formy działalności profilaktycznej i rehabilitacyjnej realizowane były przez niżej przedstawione odsetki klubów:

1. udział w komisji d.s. p/a	33%
2. wizyty w placówkach lecznictwa	29%
3. edukacja profilaktyczna w szkołach	27%
4. zajęcia w kościele/plebanii	25%
5. wizyty w zakładach karnych	23%
6. wizyty w samorządach lokalnych	22%
7. wizyty w zakładach pracy	21%
8. imprezy dobroczynne	6%
9. zajęcia sportowe i rekreacyjne	3%
10. inne	2%

Żadna z wymienionych powyżej form działalności nie może być uznana za charakterystyczną dla samopomocowych klubów abstynenckich. Odsetki klubów angażujących się w poszczególne rodzaje działań profilaktyczno-rehabilitacyjnych nie przekraczają na ogół 30 % (poza udziałem w posiedzeniach komisji do spraw przeciwdziałania alkoholizmowi). Także wymiar czasu przeznaczanego na

tego typu działania był niewielki i wynosił przeciętnie 12 godzin w miesiącu.

Podobnie można charakteryzować zaangażowanie klubów w działalność kulturalną. Mamy tu na myśli organizowanie: imprez dla dzieci, kółek zainteresowań, zabaw dla dzieci lub dorosłych. W miesiącu poprzedzającym badanie odsetki klubów organizujące wymienione wyżej formy spędzania czasu nie przekraczały 30 %.

Znacznie bardziej charakterystyczną i powszechniejszą formą działania jest organizowanie tzw. obozów terapeutycznych dla członków klubu i ich rodzin. W 1990, bardzo trudnym finansowo roku, aż 57 % klubów udało się zorganizować taki obóz. W przypadku 35 % był to tylko jeden obóz, 17 % klubów oferowało swoim członkom 2 lub 3 obozy, a pozostałych 5 % - 4 i więcej. Najczęściej były to obozy 2-tygodniowe.

Pomieszczenia klubowe są udostępniane także na działalność AA. Dla grup AA średnio w jednym klubie 3 dni w miesiącu, dla Al-Anonu 1,6 dnia, dla Al-Ateen średnio 0,4 dnia. Działalność ta łącznie zajmuje około 17 godzin miesięcznie, dominuje więc wśród wszystkich pozostałych form działalności klubowej.

Finanse klubów to zagadnienie skomplikowane. Kluby są finansowane z budżetu centralnego, terenowego, rozmaitych darowizn, jak również ze składek członków. Samodzielna organizacja samopomocowa właściwie powinna bazować na składkach swoich członków. Inne fundusze powinny ją co najwyżej wspomagać. W przypadku polskich organizacji samopomocowych proporcje te są na ogół odwrócone. Wynika to zapewne z tego, że istniejący przez wiele lat fundusz przeciwalkoholowy wystarczał na pokrywanie nawet takich wydatków, jak czajniki i szklanki używane w klubach. Dzisiaj MZiOS dysponuje znacznie skromniejszymi zasobami. Przed klubami stoi więc poważny problem skąd czerpać fundusze umożliwiające im funkcjonowanie na co najmniej takim samym jak do tej pory poziomie.

Do tej pory finansowe podstawy funkcjonowania klubów stanowiły środki budżetowe. Składki i opłaty członkowskie nie stanowią istotnego wkładu finansowego. Inne źródła finansowania, takie jak:

środki pomocy społecznej, darowizny itp. również nie są istotnym źródłem pokrycia kosztów związanych z działalnością klubów.

4. Charakterystyka aktywnych członków klubów

Dane społeczno-demograficzne

Charakterystykę opracowano na podstawie wywiadów z 329 stałymi członkami klubów, średnio po około 3 osoby z każdego wylosowanego klubu. Zbiorowość ta reprezentuje część najbardziej aktywną ogółu klubowiczów.

Wśród ankietowanych 82 % stanowili mężczyźni, a 18 % kobiety.

Wiek respondentów wahał się od 20 do 66 lat. Ponad połowa respondentów (54 %) mieściła się w przedziale wieku 31-40 lat. Klubowicze, którzy nie przekroczyli 30 lat to zaledwie 8 % respondentów. Średni wiek całej próby wyniósł 40 lat. Jak wynika z badań epidemiologicznych jest to wiek, w którym najczęściej można spotkać osoby nadużywające alkoholu.

Wśród respondentów 53 % pracuje w pełnym wymiarze godzin, 9 % w wymiarze niepełnym. Dorywczo zatrudnia się 7 % i aż 31 % to osoby nigdzie nie pracujące. Fakt pozostawania bez pracy nie wynikał z podeszłego wieku. Spośród 31 niepracujących 13 osób szukało pracy w miesiącu przeprowadzania badania.

Pracujący respondenci charakteryzują się zróżnicowanym statusem zawodowym. 63 % z nich jest szeregowymi pracownikami, 16 % zajmuje średnie stanowiska kierownicze a 3 % - wyższe kierownicze. Osób zatrudnionych na tzw. stanowiskach samodzielnych było 16 %. Warto zauważyć, że około 1/3 pracujących członków klubów to ludzie o wyższej niż przeciętna pozycji w miejscu pracy.

O wykształceniu opisywanej grupy wnioskowano na podstawie odpowiedzi na pytanie o łączną liczbę lat nauki. Wykształcenie podstawowe posiada 13 % badanych, niepełne średnie 42 %, średnie 29 %, niepełne wyższe 11 % i wyższe 5 %.

Przynależność do klubu

Okres członkostwa klubu wahał się od 1 do 28 lat. Największą grupę wśród ankietowanych stanowili ci, którzy są członkami klubu nie dłużej niż dwa lata - 46 %. Od dwóch do pięciu lat ma związek z klubem 36 % respondentów i pozostałych 18 % to starzy klubowi działacze. Średnia przynależność do klubu wynosiła 4 lata. Przecięt-

ny respondent był silnie związany z klubem: spędzał w nim średnio 12 dni w miesiącu, po 5 godzin każdorazowo.

Wspólnota klubowa to nie tylko osoby uzależnione od alkoholu ale także ich rodziny. 52 % klubowiczów współpracuje w klubie z kimś bliskim z rodziny. Najczęściej jest to żona.

Większość aktywnych klubowiczów funkcjonuje w dwu - trzech rolach: członka klubu, uczestnika AA i pacjenta leczenia odwykowego. Tylko 17.3 % badanych nie było związanych z AA i nie leczyło się odwykowo.

Satysfakcja z życia

Respondenci utrzymywali intensywne kontakty społeczne. Każdy z badanych miał przeciętnie 9 bliskich przyjaciół, w tym 4 nie pijących (z reguły trzeźwych alkoholików), 3 pijących umiarkowanie i 2 pijących alkoholików. Częstość spotkań z przyjaciółmi wynosi przeciętnie kilka razy w tygodniu. Respondenci wypowiadali się na temat swojej obecnej kondycji życiowej. Wstępem do tej części kwestionariusza było pytanie: Ogólnie rzecz biorąc, czy czuje się P. szczęśliwy?. Oto odpowiedzi:

tak, bardzo szczęśliwy 25.8 %

tak, dość szczęśliwy 60.8 %

niezbyt szczęśliwy 13.1 %.

Tabela poniżej ilustruje, jak respondenci oceniali swoje funkcjonowanie w wybranych sferach życia.

Sfera życia	bardzo dobrze	dość dobrze	niezbyt dobrze	nie dot.
życie tow.	22,8%	65%	6,7%	5,5%
życie małż.	20,7%	36,8%	13,4%	28,3%
stosunki z dziećmi	38,0%	35,0%	5,5%	20,9%
praca zawodowa	28,0%	40,7%	9,4%	21,3%
sytuacja finansowa	4,9%	41,6%	53,5%	0%
ogólny stan zdrowia	14,0%	63,5%	22,5%	0%

Poza sytuacją finansową wszystkie pozostałe wymienione w kwestionariuszu sfery życia (małżeństwo, praca, rodzina) zdecydowana większość respondentów ocenia jako udane. Można chyba określić badaną przez nas grupę jako charakteryzującą się dużym stopniem zadowolenia z życia.

Dalszym wskaźnikiem wysokiego poziomu zadowolenia z własnego życia jest odpowiedź na pytanie, które brzmiało: Jak P. sądzi czy w ciągu kilku najbliższych lat sytuacja życiowa Pana(i) zmieni się?

ulegnie poprawie 67.5 %

ulegnie pogorszeniu 7.3 %

nie zmieni się 24.3 %

Aż 68 % osób oczekuje poprawy swojej sytuacji życiowej. Tak dużej proporcji optymistów nie odnajdziemy w żadnym z przeprowadzanych w ostatnich miesiącach sondażach społecznych.

Te pozytywne oceny własnego funkcjonowania w najistotniejszych sferach życia formułowane przez członków klubów są naturalnie ocenami subiektywnymi. Mimo, że konieczne będzie zobiektywizowanie tych odczuć innymi wskaźnikami poprawy (długość abstynencji, oceny członków rodziny itd.) to z pewnością właśnie subiektywny poziom zadowolenia z życia ma ogromny wpływ na ogólny poziom funkcjonowania człowieka.

5. Omówienie i wnioski

Przeprowadzono badanie stanu i funkcjonowania klubów abstynenta w Polsce. Objęto nim losową próbę 100 klubów i 329 aktywnych członków tych klubów.

Sytuacja klubów jest zróżnicowana. Większość ma formę stowarzyszeń, akceptujących osoby uzależnione i ich rodziny. Około 40% akceptuje także narkomanów, jednakże nie przejawia się to funkcjonowaniem większej ilości tej kategorii uzależnionych w klubach abstynenta. Kluby są z reguły placówkami miejskimi, o liczebności najczęściej około 40 członków. Większość członków to osoby o krótkiej abstynencji (do 2 lat). Udział wieloletnich abstynentów wynosi około 10 %.

Pomimo formy stowarzyszeń autonomia większości klubów wydaje się być niewystarczająca. Kluby z reguły całkowicie zależą od finansowania z zewnątrz. Ponad połowa z nich posiada opiekuna,

zwykle profesjonalnego pracownika służby zdrowia. Zagadnienie autonomii klubowej i rola opiekunów wymagają dalszych badań. Ponad połowa klubów zatrudnia pracowników etatowych, administracyjnych i terapeutów. O ile zatrudnianie pracowników administracyjnych jest niezbędne ze względu na obsługę finansową i czuwanie nad majątkiem klubów, to opłacanie terapeutów ze środków budżetowych może prowadzić do zacierania różnicy między klubem a placówką leczniczą. Programy tego rodzaju wymagają dodatkowej, bliższej analizy.

Stan wyposażenia lokalowego i sprzętowego klubów oceniamy jako dobry, porównywalny z wyposażeniem placówek odwykowych służby zdrowia.

Kluby udzielają świadczeń profilaktycznych i leczniczych podobnych do świadczonych przez poradnie odwykowe. Intensywność tych świadczeń jest jednak niewielka. Najbardziej charakterystyczną formą działalności klubowej wydaje się być organizowanie obozów profilaktyczno-terapeutycznych.

W działalności środowiskowej dominuje uczestnictwo w terenowych komisjach do spraw przeciwdziałania alkoholizmowi. Poza tym nie znaleziono wyraźnie wyróżniających kluby form działania. Istotą działalności pozostaje wzajemne podtrzymywanie w systematycznych interakcjach społecznych na terenie klubu.

Na tym tle wyraźnie dominuje aktywność AA, przenikająca funkcjonowanie całego klubu.

Kluby są dostępne przynajmniej dwa razy w tygodniu, co jest porównywalne z dostępnością poradni odwykowych.

Aktywni członkowie klubu są silnie z nim związani. Spędzają oni w klubie średnio po 5 godzin przez 12 dni w miesiącu. Są to osoby prowadzące intensywne życie społeczne, charakteryzujące się optymizmem i zadowoleniem z życia. To zadowolenie z własnego życia jest niejako elementem ideologii Anonimowych Alkoholików. W ideologii tej mówi się, że cały okres intensywnego picia, wszystkie drastyczne przejścia, jakich doznawał alkoholik były doświadczeniami niezbędnymi, aby zrozumieć konieczność przebudowy własnego życia. Właśnie wkroczenie w ów okres przebudowy jest opisywane jako odnalezienie sensu życia, czy też nawet okres w którym po raz pierwszy wielu mówi o sobie jako o osobie szczęśliwej. Mniej ideologiczne wytłumaczenie owego wysokiego poczucia zadowolenia

z życia może być oparte na prostym porównaniu jakości życia w okresie intensywnego picia, z tym, kiedy udaje się utrzymywać abstynencję. Sama trzeźwość jest celem tak trudnym do osiągnięcia i jednocześnie tak ważnym, że osiągnięcie go powoduje, że wszystkie inne problemy dnia codziennego stają się relatywnie błahe.

Aż 68 % osób spodziewało się poprawy swojej sytuacji życiowej w przyszłości. Tak dużej proporcji optymistów nie odnajdziemy w żadnym z przeprowadzanych w ostatnich miesiącach sondażach społecznych.

Opisane tutaj wyniki na temat poziomu zadowolenia z życia pokazują, że we wspólnocie klubowej odnajdujemy dużą grupę ludzi (być może proporcjonalnie większą niż w tak zwanym normalnym społeczeństwie) mających satysfakcję z funkcjonowania w podstawowych obszarach codziennego życia. Ważnym i trudnym do zrealizowania celem dalszej analizy będzie próba oceny, jaka jest w tym rola członkostwa w klubie. Z góry można przewidzieć, że wyodrębnienie wpływu tego czynnika nie będzie sprawą prostą. Dlatego chociażby, że wielu członków klubów jest jednocześnie pacjentami leczenia odwykowego i członkami wspólnot AA.

Piśmiennictwo u Autorów

Self-help abstainers clubs

Summary

The paper contains discription on Polish abstainers clubs. The history of establishing self help movement as well as nowadays conditions of functioning clubs are described. The data on memberships, avaliability and clubs' therapeutic program are drawn from the national survey. This questionnaire study was conducted in 1990. About 100 clubs and 239 active club members were interviewed. Most of the Polish clubs are in the close touch with official alcohol treatment most of them work with profesional help. In many cases therapeutic offer of the clubs are comparable with profesional alcohol treatment units. Proportion of female club's members in

higher than proportion of female treated in alcohol out- and in-patients units. About half of Polish abstainer club members pararely declare their membership in Alcoholics Anonymus Movement. In many cases material base of clubs is used by AA groups.