

OCENA WYNIKÓW REHABILITACJI W KLUBACH ABSTYNENTA W POLSCE

1. Wstęp

Praca stanowi kontynuację zapoczątkowanych w 1991 roku badań stanu klubów abstynenta i funkcjonowania aktywnych członków klubów (Świątkiewicz, Morawski 1992). Jej celem jest ewaluacja klubów metodą badania zmian w funkcjonowaniu ich członków w okresie około roku.

Badania ewaluacyjne w leczeniu odwykowym i placówkach podtrzymujących wyniki leczenia mogą być bardzo zróżnicowane metodologicznie. Ideałem badań ewaluacyjnych są badania efektywności prowadzone w pełnym schemacie eksperymentalnym, z randomizacją osób badanych do grup eksperymentalnych i kontrolnych, z pomiarem początkowym i końcowym (Brzeziński 1975). Badania takie, pozwalające na wyizolowanie wpływu specyficznego leku lub specyficznej psychoterapii prowadzone są jednak rzadko, ze względu na duże trudności organizacyjne, wysokie koszty i wątpliwości natury etycznej.

Ewaluacja może także przybrać formę oceny jakości świadczeń (pomiar zadowolenia czy satysfakcji klientów z terapii) lub oceny dostępności (badanie czynników wspomagających i przeszkadzających w dostępie do świadczeń odwykowych). Jeszcze inną formą ewaluacji może być ocena poziomu świadczeń udzielanych przez placówki lecznicze i rehabilitacyjne w porównaniu do poziomu przyjętego za minimalny czy wzorcowy, określonego odpowiednimi normami i standardami resortów zdrowia lub stowarzyszeń medycznych.

W niniejszej pracy do ewaluacji zastosowano uproszczony schemat eksperymentalny, znany jako ocena wyników (outcome monitoring).

Istotą tej metody jest porównanie wyników dwu pomiarów, dokonanych w populacji badanej przed i po oddziaływaniu eksperymentalnym. Metoda ta pozwala na uchwycenie zmian, nie daje jednak pewności czy ewentualne zmiany są skutkiem stosowanego programu, czy wynikiem równoległych procesów biologicznych lub psychospołecznych. Jednakże dwukrotny pomiar przeprowadzony na tych samych osobach pozwala na wyeliminowanie wielu wpływów przypadkowych. Dlatego też ocenę wyników stosuje się powszechnie zarówno w badaniach naukowych jak i w praktyce terapeutycznej. Jej zalety przeważają nad ograniczeniami. Wśród tych zalet można wymienić stosunkowo niewielkie koszty, niewielki zakres interwencji w funkcjonowanie badanych placówek i osób oraz użyteczność dla usprawniania programów oddziaływań terapeutycznych i rehabilitacyjnych. Dla tych ostatnio wymienionych celów najważniejsza jest odpowiedź na pytanie o zmiany funkcjonowania, bo wyjaśnienie przyczyn zmian z reguły i tak nawiązuje do założeń teoretycznych przyjmowanych przez różne szkoły czy kierunki terapeutyczne. Powiązanie informacji o wynikach z tymi założeniami z reguły wystarcza dla korekty prowadzonych programów w kierunku zwiększenia ich skuteczności.

Decydującym argumentem dla wyboru tej metody była idea doskonalenia funkcjonowania placówek składających się na system leczenia odwykowego. Przewiduje się bowiem, że w przyszłości ocena wyników stanie się obowiązkowym elementem funkcjonowania każdej placówki i programu odwykowego tak, jak to jest w niektórych innych krajach. Badanie niniejsze może więc równocześnie stanowić wstępny etap testowania technik ewaluacyjnych, proponowanych na przyszłość jako standardowe.

Jak będzie jeszcze o tym mowa dalej, ocena wyników zastosowana w niniejszej pracy nie powinna być utożsamiana z oceną wyników „leczenia”. Jest to raczej ocena wyników rehabilitacji w środowisku trzeźwościowym, jakim z założenia są kluby abstynenckie.

2. Materiał i metoda.

Badaniem katamnetycznym objęto zbiorowość 329 aktywnych członków klubów abstynenta z całego kraju, z którymi przeprowadzono wywiady wstępne rok przedtem. Okres katamnezy

wynosił średnio 14 miesięcy, minimum 12 miesięcy, maksimum 15 miesięcy. Uzyskano dane o 92,1% całej zbiorowości (303 wywiady) z tym, że dane dotyczące 51 osób (15,5%) uzyskano od osób bliskich respondentowi, a 252 wywiady (76,6%) przeprowadzono bezpośrednio z respondentami. Wywiady przeprowadzali doświadczeni ankietery, z reguły ci sami, którzy kontaktowali się już z respondentami z okazji pierwszego pomiaru.

Według 51 wywiadów z bliskimi cztery (8%) osoby badane zmarły, 5 (10%) przebywało w szpitalu lub więzieniu, 29 (57%) zachowywało abstynencję, 12 (23%) piło, 1 (2%) narkotyzowało się. Najczęstszymi powodami nie przeprowadzenia wywiadu z samym respondentem była czasowa nieobecność z powodu wyjazdu krajowego lub zagranicznego. Osoby udzielające wywiadów miały z reguły systematyczny kontakt i bieżące informacje o sytuacji i zachowaniu osób, które wyjechały. Nie wiadomo na pewno, w jakim stopniu grupa "wyjazdowa" rzutuje na reprezentatywność wniosków. Nie wydaje się jednak, by wpływało to istotnie na zasadniczy dla oceny wskaźnik przerwania abstynencji, który jest bardzo zbliżony w grupie wywiadów od bliskich (23%) i w wywiadach z respondentami (27%).

Nie uzyskano danych o 26 osobach (7,9%) z powodu kategorycznej odmowy lub braku kontaktu.

Zastosowano kwestionariusze używane uprzednio w badaniu wyników leczenia w lecznictwie odwykowym (z niewielkimi modyfikacjami). Uzależnienie od alkoholu rozpoznawano na podstawie wyników testu CAGE. Metodykę tego testu przedstawiliśmy w innej pracy (Morawski, Świątkiewicz 1985).

W analizach statystycznych uwzględniono wyłącznie zbiorowość 252 klubowiczów, wywiady z którymi zestawiono parami dla pierwszego i drugiego pomiaru.

Nieliczne przypadki, w których występował brak danych, były wyłączone z obliczeń, dlatego w poszczególnych tabelach mogą występować niewielkie różnice sum badanych.

3. Wyniki.

3.1. Charakterystyka społeczno – demograficzna

Wśród respondentów było 17% kobiet i 83% mężczyzn. Średni wiek wynosił 41 lat, rozpiętość wieku od 20 do 66 lat. Poziom

wykształcenia wynosił średnio 12 lat nauki. Żonaci stanowili 62%, kawalerowie (panny) 12%. Odsetek żonatych zmniejszył się w okresie roku, wzrosły natomiast odsetki rozwiedzionych, separowanych i żyjących w konkubinacie.

Większość respondentów pracowała w pełnym wymiarze godzin (58%). Nie pracowało 58 osób (23%), wśród których były 4 kobiety prowadzące dom, 21 osób na rencie, 6 na emeryturze, 27 nie pracowało z innych powodów. Pracownikami fizycznymi było 79% respondentów, umysłowymi – 21%. Za bezrobotnych można uznać 24 osoby szukające pracy (10%), przy czym odsetek szukających pracy zmniejszył się nieznacznie w porównaniu do 1991 roku (12%). Dane społeczno – demograficzne respondentów zestawiono w tabeli 1.

3.2. Charakterystyka klubowa

W tym miejscu należy przypomnieć, że badaniem objęto przypadkową próbę aktywnych członków klubów abstynenta, wśród których dominującą grupę stanowiły osoby uzależnione. Jednakże na część klubowiczów, różną w poszczególnych klubach, składają się także członkowie rodzin alkoholików (współuzależnieni), znajomi ("sympatycy") i pracownicy klubów – merytoryczni lub pomocniczy, w tym zatrudniony godzinowo personel lecznictwa odwykowego. Dlatego też nie jest rzeczą właściwą patrzeć na klub abstynenta wyłącznie jako na przedłużenie terapii odwykowej lub instytucję kontroli wyników leczenia. Na kluby należy patrzeć jako na środowisko wolne od alkoholu, podtrzymujące abstynencję lub pomagające w rozwiązywaniu problemów alkoholowych swoich członków, niekoniecznie uzależnionych. Jednak w badanej przez nas próbie odsetek uzależnionych był stosunkowo wysoki i wynosił 95%, więcej niż w społeczności klubowej ogółem, gdzie prawdopodobnie nie przekracza 70% (Kutymski 1990, s. 37).

Średni okres przynależności respondentów do klubu wynosił 4,5 roku, minimum 1 rok i 6 miesięcy, maksimum 28 lat. Respondenci spędzali w klubie średnio 38 godzin miesięcznie. Jest to istotnie mniej niż w 1991 roku, kiedy odpowiednia średnia wynosiła 47 godzin ($t = 2,62$, $p < 0,01$).

W pierwszym pomiarze zwrócono uwagę na zjawisko „łączenia ról” znacznej części klubowiczów: roli członka klubu abstynenta,

uczestnika ruchu AA i pacjenta leczenia odwykowego, w tym z implantowanym esperalem. W okresie katamnezy nastąpiły przesunięcia w rolach pełnionych przez respondentów. Uczestnikami ruchu AA było 49% respondentów, mniej niż w pierwszym pomiarze (56%). Zmniejszyły się także odsetki aktualnie leczonych odwykowo (z 43% do 29%) i z wszytym esperalem (z 10% do 7%). Odpowiednio wzrósł odsetek osób występujących tylko w roli członka klubu (z 27% do 37%). Taki kierunek zmian należy ocenić pozytywnie. Wydaje się, że wieloletnie łączne funkcjonowanie w roli członka klubu abstynenta i pacjenta leczenia odwykowego czy osoby „na esperalu” może świadczyć o nieprawidłowym wsparciu ze strony klubu, a nawet podtrzymywaniu przez środowisko klubowe nawrotów picia. Gdy idzie o zmniejszenie wskaźnika uczestnictwa w AA, to ocena nie jest jednoznaczna, zwłaszcza, że nie badano przyczyn rezygnacji z tego uczestnictwa.

Ruch AA przenika całe życie klubowe. Być może jednak obserwujemy proces oddzielania się ról aktywnych członków klubów i uczestników AA. Zaprzestanie uczestnictwa w AA nie wiąże się przy tym ze zmniejszeniem znaczenia zasad AA w życiu klubowym. Wprost przeciwnie, zaznacza się trend rozszerzania akceptacji zasad AA. Badaniu tego zagadnienia służyły pytania: „Czy alkoholizm jest chorobą, z której nigdy nie można się całkowicie wyleczyć?” („tak” w pierwszym badaniu odpowiedziało 84,9% respondentów, w drugim 89,7%); „Czy ktoś, kto raz już był alkoholikiem, na zawsze nim pozostanie?” („tak” – 86,5% i 89,7%); „Czy alkoholik może kiedykolwiek wrócić do umiarkowanego picia i nie pić potem za dużo?” („nie” – 90,4% i 91,3%). Respondentów, którzy na wszystkie trzy pytania odpowiedzieli zgodnie z zasadami przyjmowanymi w programach terapeutycznych nawiązujących do zasad AA było 76% w pierwszym badaniu i 80% w drugim.

3.3. Stan zdrowia

O stanie zdrowia wnioskowano na podstawie pytań o występowanie objawów uzależnienia od alkoholu (test CAGE), używanie alkoholu, samoocenę zdrowia oraz zaburzenia występujące w okresie 30 dni przed wywiadem.

Średni wiek inicjacji alkoholowej respondentów wynosił 14,5 lat, wiek pierwszego upicia 16,8 lat, rozpoczęcia regularnego picia – 22,4 lat.

Osoby uzależnione od alkoholu (ocena na podstawie testu CAGE) stanowiły 94,8% badanych, nie uzależnione 5,2% . Aktywnymi członkami klubów są więc z reguły osoby uzależnione.

Leczyło się odwykowo w roku poprzedzającym pierwszy wywiad 100 osób (43,3%), w roku poprzedzającym drugi wywiad – 72 osoby (28,6%). Osoby leczące się leczyły się intensywnie, gdyż mimo zmniejszenia ich liczby, średnia liczba wizyt spadła tylko nieznacznie.

Lista badanych zaburzeń zdrowotnych, typowo występujących wśród osób z rozpoznaniem problemem alkoholowym, obejmowała 12 objawów. Pytano o dni z poszczególnymi zaburzeniami w okresie 30 dni przed wywiadem. Porównanie wyników pierwszego i drugiego pomiaru zestawiono w tabeli 3. Różnice między wynikami obu pomiarów testowano testem t dla par. Brak zaburzeń w drugim wywiadzie zgłaszało 68 osób (27,3%). U pozostałych występowały różne zaburzenia, średnio przez 19 dni w miesiącu poprzedzającym wywiad. Mediana zaburzeń wynosiła 7 dni. Oznacza to, że wśród badanych występuje niewielka zbiorowość osób z wysokim poziomem zaburzeń, podczas gdy u większości są one stosunkowo mniej rozpowszechnione.

Większość zaburzeń występowała z podobną częstością w obu badanych okresach. Istotnie rzadziej w okresie katamnezy występowały drżenia i udział w awanturach. Oznacza to korzystną poprawę. Nasiliły się jednak zaburzenia zasypiania, opuszczanie posiłków i zawroty głowy. Można to prawdopodobnie wiązać z przewlekłym zespołem abstynencyjnym, o czym była mowa wyżej.

Odpowiedzi na pytanie o samoocenę stanu zdrowia ujawniły trend obniżania się tego wskaźnika. Jako bardzo dobre określiło swoje zdrowie 11,1% respondentów, dość dobre – 57,9% i niezbyt dobre – 31,0% . Oznacza to nieco niższą samoocenę niż w badaniu sprzed roku, gdzie odsetki dla poszczególnych kategorii odpowiedzi wynosiły odpowiednio 13,5% , 63,9% i 22,6% respondentów. Trend ten odzwierciedla prawdopodobnie ogólną sytuację społeczeństwa i nie dziwi na tle wyników sondaży opinii publicznej.

3.4. Używanie alkoholu i abstynencja

W okresie katamnezy nastąpiło istotne zmniejszenie liczby osób używających alkoholu: z 88 (34,9%) do 67 (26,6%). Przy tym przeciętna ilość używanego alkoholu na pijącego wzrosła z 4 do 12

litrów, na który to wzrost złożyły się jednak prawie wyłącznie masywne ciągi picia dwu osób. Dane zestawiono w tabeli 2.

Większość respondentów (142 osoby tj. 56,3%) zachowywała trwałą abstynencję, zarówno przed pierwszym badaniem jak i w okresie katamnezy.

Na przeciwnym biegunie występuje grupa 45 (18%) osób, które piły w obu okresach: przed pierwszym badaniem i w okresie katamnezy. Wśród nich są chroniczni „wpadkowicze”, prawdopodobnie z przewlekłym zespołem abstynencyjnym.

Podjęto próbę zidentyfikowania czynników związanych z zachowywaniem trzeźwości. Spośród czynników nie zależących bezpośrednio od programu klubowego zachowywanie abstynencji od alkoholu wiązało się z wcześniejszym wiekiem pierwszego upicia się, abstynencją w poprzednim roku, nie zaniedbywaniem ważnych obowiązków, lepszym samopoczuciem. Wśród osób, których małżonkowie pili często lub mieli problemy alkoholowe zachowywało abstynencję w okresie katamnezy tylko 45,5 % , podczas gdy odpowiednie odsetki respondentów mających małżonków abstynentów i pijących „od czasu do czasu” wynosiły odpowiednio 77,3% i 75% . Zależność ta jest nieco poniżej przyjętego poziomu istotności statystycznej ($\chi^2 = 5,35$, $df = 2$, $p < 0,69$), występuje jednak wyraźna tendencja, warta dalszego zbadania.

Spośród czynników związanych z programem klubowym, abstynencja w okresie katamnezy nie była zależna od: długości członkowskiego stażu klubowego, przynależności do klubu osób bliskich respondentowi, przyjmowania antykołu, akceptacji poglądu o niewyleczalności choroby alkoholowej i pozostawaniu alkoholikiem „na zawsze”.

Elementami programu klubowego związanymi z zachowywaniem abstynencji były częstość i czas kontaktów z klubem w okresie katamnezy (zachowywało abstynencję 71,2% – 77,7% badanych kontaktujących się z klubem częściej i dłużej i tylko 44,4% tych, którzy kontaktowali się sporadycznie i bardzo krótko.

Istotny związek stwierdzono między abstynencją i nie podejmowaniem leczenia odwykowego. Związek taki może wydawać się banalny, gdyż można by oczekiwać, że to właśnie abstynenci nie mają powodu do zgłaszania się do leczenia odwykowego. Jednakże, co może być interesujące, aż 23% respondentów zachowujących abs-

tyncję korzystało z odwykowych świadczeń leczniczych. Natomiast spośród powracających do picia większość (57%) nie korzystała z leczenia odwykowego, a tylko 43% podejmowało leczenie.

Zaskakującą zależność stwierdzono w odniesieniu do osób z implantowanym esperalem. Abstynencję zachowywała tylko połowa tych, którzy mieli wszczepiony esperal, podczas gdy w grupie bez esperalu wskaźnik abstynencji przekraczał 75% ($\chi^2 = 4,38$, $df = 1$, $p < 0,037$). Część z tych przypadków stanowią implantacje esperalu przeprowadzone po naruszeniu abstynencji. Zależność ta zasługuje jednak na dalsze badanie.

Czynnikiem istotnie związanym z abstynencją było aktualne uczestnictwo w AA. Uczestnicy AA częściej zachowywali abstynencję (tabela 4).

Z abstynencją wiązała się także akceptacja poglądu, charakterystycznego dla programów terapeutycznych nawiązujących do AA, że alkoholik nie może wrócić do picia kontrolowanego. U osób akceptujących tę zasadę prawdopodobieństwo nawrotu picia było istotnie niższe (tabela 5).

4. Omówienie wyników.

Dla oceny rehabilitacji w klubach abstynenta przeprowadzono badanie wyników oddziaływań klubowych. Wyniki tego badania, z powodu ograniczeń zastosowanej metody, nie pozwalają z całą pewnością odrzucić przypuszczenia, że niektóre stwierdzone zmiany, interpretowane tu jako wyniki rehabilitacji, mogą być związane nie tylko z klubem abstynenta, lecz także z innymi, przypadkowymi czynnikami. Jak się jednak wydaje, za interpretowaniem uzyskanych danych jako wyników rehabilitacji przemawiają istotne argumenty. Osoby badane w przeważającej większości stanowiły zbiorowość uzależnioną od alkoholu. Jak wiadomo zaś, zespół uzależnienia od alkoholu charakteryzuje przewlekłość zaburzeń i skłonność do nawrotów. Chociaż niewątpliwa jest autoselekcja klientów do różnych programów leczniczych i rehabilitacyjnych, to można próbować porównywać ich funkcjonowanie w różnych środowiskach, w klubie, w grupie AA, w leczeniu ambulatoryjnym czy po leczeniu stacjonarnym. Znaczenie wpływu klubu można docenić, biorąc pod uwagę, że średnia miesięczna przebywania w klubie w badanej grupie wynosiła 38 godzin.

Porównawczo, środowisko klubowe można ocenić jako bardzo skuteczne w powstrzymaniu uzależnienia od alkoholu. Jak wynika z badań prowadzonych z zastosowaniem podobnej metodologii w placówkach leczenia odwykowego, abstynencję dłuższą niż 3 miesiące zachowywało 12,4% pacjentów przy przyjęciu i 49,5% po leczeniu. Odsetek natomiast co najmniej rocznej abstynencji w klubach wynosił 65,1% podczas pierwszego badania i 73,4% po roku. Poprawie uległy także niektóre wskaźniki zdrowotne (mniejsze rozpowszechnienie drżeń) i społeczne (zmniejszenie udziału w awanturach).

Stwierdzono, że najlepszym czynnikiem prognostycznym pojawienia się różnego rodzaju zaburzeń było występowanie podobnych zaburzeń w przeszłości. Występowanie zaburzeń było także zróżnicowane w zależności od wieku pierwszego upicia się. Osoby, których wiek pierwszego upicia był późniejszy, częściej piły w okresie katamnezy, w mniejszym także stopniu akceptowały poglądy nazywane tu „zasadami AA”, w tym zwłaszcza poglądu o niemożności powrotu przez alkoholika do picia kontrolowanego, skorelowany z zachowywaniem abstynencji. Wynik ten wskazuje na ważną, a może nawet decydującą rolę programu AA w powstrzymaniu uzależnienia od alkoholu. Wniosek taki wspierany jest dodatkowo pozytywnym związkiem między aktualnym uczestnictwem w AA a abstynencją.

Równocześnie stwierdzono niekorzystne zjawisko utrzymywania się, a nawet nasilania niektórych objawów charakterystycznych dla przewlekłego zespołu abstynencyjnego. Znalezione przy tym grupę około 18% osób ze skłonnością do nawrotów, pijących przed i w okresie katamnezy. Przemawia to za celowością wprowadzania do klubów abstynenta programów planowania zapobiegania nawrotom picia, w tym zwłaszcza ukierunkowanych na chronicznych „wpadkowiczów” (Gorski, Miller 1991). Nie znaczy to, że działania tego rodzaju nie są w klubach prowadzone. Istnieje jednak jeszcze wiele do zrobienia na tym polu.

5. Wnioski

1. Przeprowadzono badania ewaluacyjne (typu outcome monitoring) rehabilitacji w klubach abstynenta, na próbie 252 aktywnych

członków tych klubów z całego kraju. Średni okres między pomiarem początkowym i kontrolnym wynosił 14 miesięcy. Wśród badanych było 95% uzależnionych od alkoholu. Pozostałe 5% stanowiły osoby współuzależnione i pracownicy klubów.

2. Wyniki badania wskazują, że kluby abstynenta stanowią środowisko skutecznie powstrzymujące uzależnienie od alkoholu: wskaźnik rocznej i dłuższej abstynencji zwiększył się o około 8% w okresie od pierwszego badania i osiągnął 73,4% .

3. Zidentyfikowano czynniki programu klubowego, związane z utrzymywaniem abstynencji. Potwierdzają one istotne znaczenie programu AA dla powstrzymania uzależnienia od alkoholu. Jest to zarówno aktualne uczestnictwo w AA jak i akceptacja poglądu o niemożności powrotu alkoholika do picia kontrolowanego. Abstynencja pozostaje więc najbardziej pożądanym celem rehabilitacji osób uzależnionych od alkoholu.

4. Czynnikiem prawdopodobnie zapobiegającym nawrotom picia jest abstynencja bądź nie nadużywanie alkoholu przez małżonka osoby uzależnionej. W przypadku potwierdzenia tego związku w dalszych badaniach, celowe będzie uwzględnianie w programach klubowych promocji abstynencji wśród rodzin swoich członków.

5. Stwierdzono, że wśród aktywnych członków klubów rozpowszechnione są zaburzenia, mogące wskazywać na występowanie przewlekłego zespołu abstynencyjnego. Około 18% badanych można określić jako „chronicznych wpadkowiczów”. W związku z tym niezwykle ważne jest rozwijanie i doskonalenie programów klubowych, nakierowanych na planowanie zapobiegania nawrotom.

Piśmiennictwo

Brzeziński J (1975) Metody badań psychologicznych w zarysie. Poznań.

Gorski TJ, Miller M (1991) Jak wytrwać w trzeźwości. Poradnik zapobiegania nawrotom choroby. Warszawa.

Kutymski Z (1990) Kluby abstynenckie stowarzyszone w Federacji a problemy alkoholizmu. Warszawa.

Morawski J (1989) Charakterystyka typów remisji i nawrotów u osób leczonych odwykowo. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (maszynopis).

Morawski J, Świątkiewicz G (1985) Polska wersja testu uzależnienia od alkoholu CAGE. „Problemy Alkoholizmu”, Nr 1, s. 9-10.

Świątkiewicz G, Morawski J (1992) Samopomocowe kluby abstynenckie. „Alkoholizm i Narkomania”, Nr 9, s. 25-42.

Outcome monitoring study on members of abstainer clubs in Poland

Summary

Evaluation study (outcome monitoring of rehabilitation) was conducted on a national sample of 329 active members of the abstainer's clubs. Clinical – type interview method has been used. The average period in between the first surveying and the control was 14 months. For controls 77% of tests were direct interviews, the following 15% were interviews with somebody close to the club member, 8% of the sample were not available or refused to cooperate. The sample consisted of 95% alcohol dependent persons. The remaining 5% were co – alcoholics and club personnel.

Study results show, that clubs create an environment which successfully maintains sobriety; the percentage of person with yearly or longer abstinence has grown around 8% in the period from the first evaluation and in the control study was 73,4% .

Some factors of the club programme related to abstinence were identified. The crucial role of the Alcoholic Anonymous programme for remission of alcohol dependence has been confirmed. There were both the current participation at the AA, as well as accepting the opinion, that an alcoholic is not able to return to controlled drinking. Thus abstinence remains the aim most required when rehabilitating persons dependent on alcohol.

One of the factors, which presumably prevents relapses seems to be abstinence or not abusing alcohol by the marriage partner of the alcoholic. When the relation is confirmed in future studies, club programmes should also be directed towards sobriety of family members.

It has been found, that amongst the active club members health problems are common, which could indicate the occurrence of chronic withdrawal syndrome. Around 18% of the sample can be named „chronic fallers”. Due to this, it is of importance to improve and expand club programmes, aimed at planning the prevention of relapses.

Tabela 1.

Charakterystyki społeczno-demograficzne badanych
(N = 252)

Charakterystyka	Pomiar I		Pomiar II		Uwagi
	l.b.	%	l.b.	%	
Płeć					
mężczyzna	210	83,3	x	x	
kobieta	42	16,7	x	x	
Wiek (x = 41 lat)	x	x			
do 35 lat			44	17,5	
35 - 45 lat			148	58,7	
45 lat i więcej			60	23,8	
Wykształcenie					
średnia lat nauki	11,6		11,8		
podstawowe	135	54,0	131	52,2	
średnie	95	38,0	99	39,4	
wyższe	20	8,0	21	8,4	
brak danych	2	-	1	-	
Stan cywilny					
żonaty/zamężna	164	65,1	157	62,3	
w konkubinacie	16	6,3	18	7,1	
wdowiec/wdowa	1	0,4	1	0,4	
rozwiedziony (a)	32	12,7	35	13,9	
separowany (a)	8	3,2	10	4,0	
kawaler/panna	31	12,3	31	12,3	
Praca					
pełnoetatowa	140	56,0	147	58,3	
część etatu	16	6,4	17	6,7	
dorywcza w sektorze uspołecznionym	7	2,8	4	1,6	
dorywcza w sektorze prywatnym	18	7,2	17	6,7	
inna	14	5,6	9	3,6	
nie pracuje	55	22,0	58	23,0	
brak danych	2	-	-	-	
Czy szuka pracy					
nie	216	88,2	227	90,4	
tak	29	11,8	24	9,6	
brak danych	7	-	1	-	

Tabela 2

Leczenie odwykowe i używanie alkoholu
(N = 252)

Rodzaj wskaźnika	Pomiar I		Pomiar II		Miary związku	
	wielkość	%	wielkość	%	wartość	prawdopodobieństwo
Uzależnienie (CAGE = 1)	218	95,2	218	94,8	$\chi^2 = 63,7$ ss = 1	p < 0,0001
Średnia punktów CAGE (n = 214)	69,3	-	69,1	-	t = 0,12 ss = 213	p = 0,901 n.i.
Używało alkoholu	88	34,9	67	26,6	$\chi^2 = 39,8$	0,0001
Średnie spożycie dla pijących (I.)	4,0	-	12,6	-	x	x
Mediana spożycia (I.)	1,4	-	2,3	-	x	x
Średnie spożycie osób pijących w obu okresach (n = 45)	5,3	-	11,6	-	t = -1,27	0,212 n.i.

Tabela 3.

Występowanie zaburzeń i problemów w okresie ostatnich 30 dni przed wywiadem (n = 252)

Rodzaj zaburzeń	Pomiar I		Pomiar II		T - test (dni)	
	tak %	dni	tak %	dni	wartość t	prwdopodobieństwo
kłopoty z zasypianiem	30,6	2,1	37,3	3,5	2,77	0,006
zaniki pamięci	6,0	0,4	7,1	0,5	0,18	n.i.
opuszczanie posiłków	32,1	2,2	31,7	3,2	1,98	0,05
drżenia	12,3	0,8	8,7	0,4	-1,94	0,05
udział w awanturach	13,5	0,5	8,3	0,2	-2,62	0,009
opuszczanie pracy	1,6	0,1	2,4	0,1	0,00	n.i.
zaniedbywanie obowiązków	0,7	0,3	11,9	0,6	1,68	n.i.
pobyt w szpitalu	3,6	0,5	6,3	0,9	1,12	n.i.
zwolnienia lekarskie	0,7	1,6	13,5	2,4	1,39	n.i.
bóle żołądka	20,2	1,6	19,4	1,7	0,41	n.i.
bóle głowy	44,8	3,2	50,4	3,3	0,37	n.i.
zawroty głowy	21,8	1,4	22,2	2,3	2,17	0,03
ogółem	61,5	14,6	72,7	18,9	2,36	0,02

Tabela 4.

Czy uczestniczy aktualnie w ruchu AA	Czy pił w okresie katamnezy		
	nie	tak	ogółem
nie	85 66,4%	43 33,6%	128 50,8%
tak	100 80,6%	24 19,4%	124 49,2%
Ogółem	185 73,4%	67 26,6%	252 100%

$\chi^2 = 5,83$ d.f. = 1 $p < 0,016$

Tabela 5.

"Czy alkoholik może kiedykolwiek wrócić do umiarkowanego picia"	Czy pił w okresie katamnezy		
	nie	tak	ogółem
nie	174 75,7%	56 24,3%	230 91,3%
tak	11 50,0%	11 50,0%	22 8,7%
Ogółem	185 73,4%	67 26,6%	252 100%

$\chi^2 = 5,52$ d.f. = 1 $p < 0,019$