

WSKAŹNIKI SOCJODEMOGRAFICZNE UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU U OSÓB LECZONYCH ODWYKOWO W MIEŚCIE POSTINDUSTRIALNYM

SOCIO-DEMOGRAPHIC INDICATORS OF ALCOHOL DEPENDENCE
IN PATIENTS TREATED FOR ADDICTION IN A POST-INDUSTRIAL CITY

Marcin Kozak¹, Magdalena Piegza², Piotr Ścisło³, Karina Badura-Brzoza², Piotr Waław Gorczyca²

¹ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu / Provincial Specialist Hospital No. 4 in Bytom, Bytom, Poland
Oddział Psychiatrii / Psychiatric Ward

² Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach / Medical University of Silesia, Katowice, Poland
Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii w Tarnowskich Górach /
/ School of Medicine with the Division of Dentistry in Zabrze, Department of Psychiatry in Tarnowskie Góry

³ Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy w Tarnowskich Górach / Multispeciality District Hospital in Tarnowskie Góry,
Tarnowskie Góry, Poland
Oddział Psychiatryczny / Psychiatric Ward

STRESZCZENIE

Wstęp: Celem pracy była ocena wpływu miejsca zamieszkania oraz innych wskaźników socjodemograficznych na częstość występowania zespołu zależności alkoholowej (ZZA) w mieście postindustrialnym liczącym > 100 tys. mieszkańców. **Materiał i metody:** Badaniem przeprowadzonym w latach 2004–2012 objęto 431 pacjentów z rozpoznaniem ZZA leczonych ambulatoryjnie lub szpitalnie mieszkających w Bytomiu. Analizowano wiek, płeć, stosunek do pracy, stan cywilny, wykształcenie oraz miejsce zamieszkania w mieście (dzielnica). Większość danych demograficznych uzyskano z Urzędu Miasta. **Wyniki:** Wykazano, że miejsce zamieszkania, płeć, wiek, wykształcenie i status zawodowy wpływają na rozkład występowania ZZA w obrębie dużego miasta postindustrialnego. **Wnioski:** Osoby uzależnione od alkoholu zgłaszające się na leczenie to w większości mężczyźni > 40 r.ż., z niskim wykształceniem, najczęściej bez pracy, zamieszkujący zurbanizowane dzielnice w centrum miasta i przemysłową część miasta (obszary najbardziej zagrożone występowaniem ZZA). Zamieszkiwanie w dzielnicach o charakterze podmiejskim może chronić przed uzależnieniem od alkoholu ze względu na mniejsze ryzyko narażenia na czynniki środowiskowe wpływające na rozpowszechnienie ZZA. Dodatkowymi czynnikami ochronnymi są co najmniej średnie wykształcenie oraz praca zarobkowa. Sąsiedztwo osób z ZZA ma szczególnie destrukcyjny wpływ na kobiety, które częściej popadają w uzależnienie w sprzyjającym uzależnieniu środowisku. Med. Pr. 2019;70(2):221–228

Słowa kluczowe: alkohol, alkoholizm wśród kobiet, nadużywanie alkoholu, wskaźniki socjodemograficzne, miasto postindustrialne, zespół zależności alkoholowej

ABSTRACT

Background: The aim of the study was to evaluate the influence of the place of living on the prevalence of the alcohol dependence syndrome (ADS) and to find its possible connections with socio-demographic data within a post-industrial city with a population > 100 000 inhabitants. **Material and Methods:** The study was carried out in 2004–2012 on a group of 431 patients living in Bytom with diagnosed ADS treated either in psychiatric wards or in outpatient psychiatric clinics. The patients' gender, age, employment, marital status, level of education and the fact of living in a given town district were analysed. The majority of the demographic data was obtained from the City Office. **Results:** The study demonstrated the influence of the place of living, age, gender, level of education and employment on the prevalence of ADS in a post-industrial city. **Conclusions:** Alcohol addicts who seek treatment are predominantly men > 40 years of age, with low education, mostly unemployed, living in the urbanized districts within the city center or the post-industrial area of the city, which are the areas with the highest risk of ADS. Living in a suburban neighborhood may protect against alcohol addiction due to the lower risk of exposure to environmental factors contributing to the prevalence of ADS. Additional protective factors include at least secondary education and paid employment prospects. The neighborhood of people with ADS has a particularly devastating effect on women, who are more likely to become addicted in such environments. Med Pr. 2019;70(2):221–8

Key words: alcohol, alcoholism among women, alcohol abuse, socio-demographic factors, post-industrial city, alcohol dependence syndrome

Autor do korespondencji / Corresponding author: Marcin Kozak, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu, Oddział Psychiatrii, al. Legionów 10, 41-902 Bytom, e-mail: krezusik@icloud.com
Nadesłano: 19 lutego 2018, zatwierdzono: 2 listopada 2018

WSTĘP

Poszukiwanie zależności między występowaniem problemów społecznych (w tym zdrowotnych) związanych z warunkami życia w mieście a nadużywaniem alkoholu wymaga podejścia interdyscyplinarnego. Zależności te można rozpatrywać, dokonując analizy z punktu widzenia socjologii miasta i medycyny społecznej. Charakterystykę zdrowotną i demograficzną osób z zespołem zależności alkoholowej (ZZA) zapewnia podejście medyczne, a kwestie lokalizacji problemów alkoholowych – podejście socjologiczne [1]. W ostatnich latach zmieniały się parametry określające styl spożywania alkoholu. Charakterystyczne są: coraz niższy wiek pijących, wcześniejsza inicjacja alkoholowa, zwiększenie częstości picia przez młodzież i kobiety, picie w samotności w celu radzenia sobie z codziennymi problemami, wyższy udział spożycia alkoholi wysokoprocentowych. Według danych Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) z 2015 r. [2] Polska jest jednym z niewielu krajów UE, które odnotowały wyraźny wzrost konsumpcji alkoholu od 2000 r.

W czasie transformacji ustrojowej w Polsce, po 1989 r., zaczął narastać problem alkoholizmu w populacjach wielkomiejskich. Szczególnie w miastach postindustrialnych obserwuje się wzrost natężenia zjawiska tracenia pracy przez osoby uzależnione. Bytom jest przykładem dużego miasta postindustrialnego (DMP) (> 100 tys. mieszkańców), w którym po 1989 r. zamknięto duże zakłady przemysłowe, zmniejszyła się populacja i znacznie wzrosło bezrobocie. Zgodnie z informacją z Wydziału Spraw Obywatelskich Urzędu Miejskiego (UM) w Bytomiu [3] w systemie PESEL na koniec 2011 r. liczba mieszkańców miasta wynosiła 163 985 osób zameldowanych na pobyt stały, z czego 85 385 osób, tj. 52,1% ogółu mieszkańców, stanowiły kobiety.

Urząd Miejski w Bytomiu [3] podawał również liczbę ludności poszczególnych dzielnic miasta (dane te uwzględniono w niniejszej pracy). W prezentowanym artykule wykorzystano dane z lat 2004–2012, które odzwierciedlają zmiany zachodzące w miastach uprzemysłowionych po 1989 r. Istotnym wynikiem transformacji jest zmienny poziom bezrobocia (szczególnie w latach 2002–2012): w 2004 r. wynosił 25,9% (wartość najwyższa), a w 2008 r. – 12,4% (wartość najniższa) [4].

Celem niniejszej pracy była ocena wpływu miejsca zamieszkania na częstość występowania ZZA oraz ustalenie ewentualnych powiązań uzależnienia od alkoholu z danymi socjodemograficznymi osób zamiesz-

kujących DMP. Celem podstawowym było porównanie dystrybucji geograficznej wskaźników ZZA na terenie Bytomia, tzn. miasta liczącego > 100 tys. mieszkańców. Analizowano także warunki życia i architekturę zagrożonych obszarów miejskich, w których występowanie ZZA jest największe, a także czynników ochronnych, m.in. socjodemograficznych, mogących wpływać na zmniejszenie występowania tego zespołu. Istotną kwestią badawczą był wpływ transformacji ustrojowej i związany z nim wzrost poziomu bezrobocia na występowanie ZZA w DMP.

MATERIAŁ I METODY

Przeprowadzono retrospektywną analizę dokumentacji medycznej pacjentów leczonych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu [hospitalizowanych na Oddziale Psychiatrii lub leczonych w Poradni Zdrowia Psychicznego (PZP)] w latach 2004–2012. Analiza dotyczyła chorych, u których rozpoznano ZZA według kryteriów Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD-10. Za miejsce zamieszkania uznawano pierwsze miejsce zameldowania odnotowane w historii choroby – nie uwzględniano późniejszej zmiany miejsca zamieszkania. Dane demograficzne wykorzystane w pracy uzyskano z UM w Bytomiu. Dobór wielkości miasta postindustrialnego wzorowano na badaniu Epidemiologia Zaburzeń Psychiatrycznych i Dostępność Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej (EZOP) [5], w którym określano warstwy terytorialne oraz klasy wielkości miejscowości.

Analiza statystyczna

Do analizy statystycznej wybrano test równości kilku wskaźników struktury, test równości 2 wskaźników struktury, test χ^2 z poprawką Yatesa oraz test dokładny Fishera. Wynik badania statystycznego uznano za istotny statystycznie, jeżeli uzyskany poziom istotności wynosił $p \leq 0,05$.

Badana grupa

Analiza retrospektywna obejmowała 431 historii chorób w okresie od stycznia 2004 r. do maja 2012 r. Badaniem objęto 342 mężczyzn i 89 kobiet. Analizie poddano: płeć, wiek, miejsce zamieszkania w Bytomiu (dzielnica), stan cywilny, stosunek pracy i wykształcenie. Kryteriami włączenia do badania były miejsce zamieszkania (miasto Bytom) i główne rozpoznanie (ZZA). Kryteria wykluczenia z badania to miejsce zamieszkania poza Bytomiem i główne rozpoznanie inne niż ZZA.

W porównawczej analizie statystycznej dla grup dzielnic miasta postępowano dwuetapowo. W 1. etapie badano różnicę dla grup dzielnic łącznie, co pozwalało odpowiedzieć na pytanie, czy grupy dzielnic różnią się ogólnie pod względem ocenianej struktury demograficznej mieszkańców, liczby uzależnionych i typu zabudowy. W 2 etapie porównano wszystkie kombinacje grup dzielnic. Dodatkowo dzielnice uszeregowano w 4 grupy, łącząc podobne pod względem kulturowym i urbanistycznym. Grupa 1 miała charakter osiedlowo-urbanistyczny (Śródmieście i Rozbark), grupa 2 – przemysłowy (Szombierki, Karb, Bobrek), grupa 3 – wielkoosiedlowy (Miechowice, Łagiewniki, Stroszek, Osiedle Generała Jerzego Ziętka), grupa 4 – podmiejsko-peryferijny (Stolarzowice, Górniki, Sucha Góra). Podział dzielnic oparto na badaniach Gorczyca [6] przeprowadzonych w latach 1989–2002 w Tarnowskich Górach.

WYNIKI

W prezentowanym badaniu wykazano, że największa chorobowość występuje w 4 dzielnicach (Karb, Bobrek, Rozbark, Śródmieście) mających podobną gęstą zabudowę kamieniczną. Pod względem architektury tereny te charakteryzują się największym zaniedbaniem, a w ich obrębie są liczne obszary, na których znajdują się budynki zamkniętych zakładów przemysłowych. Odmienność dzielnic centralnych i przemysłowych oraz dzielnic osiedlowych i peryferijnych pozwala dokonać podziału na tzw. stary Bytom, z zabudową przedwojenną (centrum i dzielnice przemysłowe), i tzw. nowy Bytom, z zabudową powstałą głównie po 1945 r. Opisany podział funkcjonuje do dziś.

Wyniki badań poszczególnych grup dzielnic Bytomia wykazują przewagę liczebną mężczyzn we wszystkich grupach dzielnic, odpowiednio: 81,22% w centrum, 79,85% w dzielnicach osiedlowych i 75,25% w dzielnicach przemysłowych. Wyniki testu rozkładu płci w grupach dzielnic nie są istotne statystycznie. Dzielnice peryferijne, z uwagi na zbyt małą ilość danych, wyłączone z analizy statystycznej. W grupach dzielnic centralnych, przemysłowych i osiedlowych przewaga liczebna mężczyzn wśród uzależnionych od alkoholu jest istotna statystycznie (tabela 1).

Wykazano, że największą grupę osób z ZZA stanowią osoby ≥ 50 r.ż., a kolejne grupy – w 40–49 r.ż., 30–39 r.ż. oraz 18–29 r.ż. Dwie pierwsze grupy, tj. osoby ≥ 40 r.ż., stanowią ponad 70% chorych z ZZA (tabela 2).

Zaobserwowano, że osoby z ZZA przeważnie są w związkach małżeńskich (53% w dzielnicach osiedlowych, 47% w centrum, 38% w grupie dzielnic przemysłowych) lub stanu wolnego (35% w centrum, 33% w dzielnicach przemysłowych, 30% w dzielnicach osiedlowych). Pozostali są po rozwodzie (21% w dzielnicach przemysłowych, 16% w centrum, 13% w grupie osiedlowej) lub owdowiali (9% w dzielnicach przemysłowych, 4% w osiedlowych, 2% w centrum). Porównanie rozkładu stanu cywilnego dla grup dzielnic wskazuje różnicę pomiędzy dzielnicami przemysłowymi a centralnymi ($p = 0,02$).

Wykazano także, że w poszczególnych grupach dzielnic miasta przeważającą grupą pijących są osoby z wykształceniem zawodowym (62% w centrum, 58% w dzielnicach osiedlowych, 57% w grupie dzielnic przemysłowych). Kolejne grupy to osoby z wykształceniem podstawowym (30% w dzielnicach przemysłowych).

Tabela 1. Chorobowość osób z zespołem zależności alkoholowej (ZZA) w stosunku do liczby mieszkańców poszczególnych grup dzielnic Bytomia na podstawie analizy retrospektywnej danych z lat 2004–2012*

Table 1. Prevalence of alcohol dependence syndrome (ADS) and the numbers of residents in particular district groups in Bytom based on a retrospective analysis of data from 2004–2012*

Obszar Area	Mieszkańcy Residents [n]	Pacjenci z ZZA Patients with ADS [n]	Chorobowość Prevalence [%]
Grupa dzielnic / District group			
centrum / center	70 676	229	324
przemysłowe / post-industrial	36 133	101	280
osiedlowe / housing estate	55 540	99	178
peryferijne / suburban	8 038	2	25
Całe miasto / Whole city	170 387	431	253

* Dla wszystkich grup dzielnic $p < 0,000001$ / For all groups of districts $p < 0.000001$.

Tabela 2. Rozkład wieku osób z zespołem zależności alkoholowej (ZZA) w poszczególnych grupach dzielnic Bytomia na podstawie analizy retrospektywnej danych z lat 2004–2012*

Table 2. The age distribution of patients with alcohol dependence syndrome (ADS) in particular district groups in Bytom based on a retrospective analysis of data from 2004–2012*

Grupa dzielnic District group	Pacjenci z ZZA Patients with ADS [n (%)]				ogółem total
	18–29 lat 18–29 years	30–39 lat 30–39 years	40–49 lat 40–49 years	≥ 50 lat ≥ 50 years	
Centrum / Center	7 (3,06)	41 (17,90)	73 (31,88)	108 (47,16)	229 (100)
Poprzemysłowe / Post-industrial	8 (7,92)	11 (10,89)	34 (33,66)	48 (47,52)	101 (100)
Osiedlowe / Housing estate	1 (1,01)	17 (17,17)	20 (20,2)	61 (61,62)	99 (100)
Peryferyjne / Suburban	0 (0)	0 (0)	1 (50)	1 (50)	2 (100)

* Dla grup dzielnic – z wyjątkiem wyłączonych z analizy statystycznej dzielnic peryferyjnych – $p = 0,02$ / For groups of districts – except for peripheral districts excluded from statistical analysis – $p = 0.02$.

Tabela 3. Rozkład stosunku do pracy osób z zespołem zależności alkoholowej (ZZA) w poszczególnych grupach dzielnic Bytomia na podstawie analizy retrospektywnej danych z lat 2004–2012*

Table 3. Distribution by type of employment of patients with the alcohol dependence syndrome (ADS) in particular districts groups in Bytom based on a retrospective analysis of data from 2004–2012*

Grupa dzielnic District group	Pacjenci z ZZA Patients with ADS [n (%)]				ogółem total
	bezrobotni unemployed	czynni zawodowo professionally active	emeryci pensioners	renciści annuitants	
Centrum / Center	120 (52,40)	54 (23,58)	21 (9,17)	34 (14,85)	229 (100)
Poprzemysłowe / Post-industrial	54 (53,47)	21 (20,79)	14 (13,86)	12 (11,88)	101 (100)
Osiedlowe / Housing estate	32 (32,32)	33 (33,33)	20 (20,0)	14 (14,14)	99 (100)
Peryferyjne / Suburban	0 (0)	2 (100)	0 (0)	0 (0)	2 (100)

* Dla grup dzielnic – z wyjątkiem wyłączonych z analizy statystycznej dzielnic peryferyjnych – $p = 0,008$ / For groups of districts – except for peripheral districts excluded from statistical analysis – $p = 0.008$.

słowych, 17% w dzielnicach osiedlowych, 16% w centrum), średnim (20% w dzielnicach osiedlowych, 19% w centrum, 12% w dzielnicach poprzemysłowych) i wyższym (5% w dzielnicach osiedlowych, 3% w centrum, 2% w dzielnicach poprzemysłowych). Istotną różnicę rozkładu wykształcenia w grupach dzielnic Bytomia uzyskano pomiędzy dzielnicami poprzemysłowymi a centrum ($p = 0,03$). Wykazano, że w poszczególnych grupach dzielnic osoby z ZZA przeważnie mają status bezrobotnego (52% w centrum, 32% w grupie osiedlowej). Pozostałe grupy wśród badanych z ZZA stanowią osoby czynne zawodowo oraz emeryci i renciści (tabela 3).

OMÓWIENIE

Bytom, jako DMP ze zdewastowaną i zaniedbaną infrastrukturą, boryka się od okresu transformacji ustrojowej do dziś z wieloma problemami społecznymi

i gospodarczymi. Po zamknięciu większości zakładów przemysłowych zmniejszyła się liczba mieszkańców miasta, pojawiło się bardzo duże bezrobocie, zdewastowano dzielnice i tereny poprzemysłowe. Wraz ze zmniejszeniem liczby miejsc pracy wzrosła częstotliwość zachowań z kręgu patologii społecznej. Znaczącym problemem stało się uzależnienie od alkoholu.

W ostatnich latach badanie czynników socjodemograficznych dotyczących osób z ZZA nie cieszyło się popularnością. Rezultatem tego jest ograniczona ilość literatury porównawczej. Autorzy publikacji skupiali się głównie na badaniu osób chorych psychicznie, w których przypadku ZZA stanowił tylko jedną z jednostek chorobowych. Wyjątek stanowią badania Gorczy [6] przeprowadzone w Tarnowskich Górach.

Podobny model badawczy jak w badaniach Gorczy zastosowano w pracy badaczek kanadyjskich [7]. Opracowanie kanadyjskie wykazało zależność między

zwiększonym występowaniem zaburzeń depresyjnych a takimi czynnikami jak: płeć żeńska, młody wiek, pozostawanie poza związkiem małżeńskim, brak pracy, nieposiadanie własnego mieszkania, wyższe wykształcenie, miejsce urodzenia (Kanada), białe pochodzenie etniczne. Wyniki potwierdziły, że ryzyko występowania zaburzeń depresyjnych jest mniejsze wśród mieszkańców wsi. Badania te nie dotyczyły jednak osób uzależnionych od alkoholu. Natomiast związek zaburzeń lękowych i depresyjnych z używaniem alkoholu nie budzi wątpliwości, co wynika z danych epidemiologicznych. Informacje opisujące aspekty epidemiologiczne podwójnego rozpoznania są spójne: osoby z ZZA cierpią najczęściej na zaburzenia nastroju, lękowe oraz zespół stresu pourazowego [8].

Podstawowym problemem terapii leczenia uzależnień są nawroty [9,10]. Wśród ich socjodemograficznych czynników ryzyka największe znaczenie mają: wiek, płeć, stan cywilny, zatrudnienie, status społeczno-ekonomiczny, pochodzenie etniczne, a także wsparcie społeczne. Niniejsze badanie potwierdziło kluczową rolę czynnika psychospołecznego w rozprzestrzenianiu i umiejscowieniu ZZA w populacji DMP. Żulewska-Sak i Dąbrowska [11] w swoich badaniach także podkreśla rolę czynników społecznych w nawrotowości picia. Podobnie Mellibruda [12] – w swoich opracowaniach wykazał zależność pomiędzy natężeniem stresujących wydarzeń życiowych a przerwaniem abstynencji.

W sprawozdaniach z efektów leczenia alkoholików konsekwentnie podkreśla się to, że stan cywilny oraz stabilizacja społeczna i zawodowa mają wpływ na skutki leczenia [10,13,14].

Bernstein i wsp. [15] również zwracają uwagę na znaczenie czynników socjodemograficznych i ich związek z ZZA. Wymieniają m.in. płeć męską, pochodzenie etniczne, bezrobocie, samotność, rozwód i starszy wiek jako czynniki ryzyka zwiększenia spożywania alkoholu [15]. Podobnie uważają Brienza i Stein [16], zwracając szczególną uwagę na rolę czynników socjodemograficznych w ZZA wśród kobiet. Należy podkreślić, że w niniejszej pracy nie badano nawrotowości picia, została jednak potwierdzona rola czynników społecznych: wyniki te są zgodne z wynikami innych badaczy [6–15].

Dane z Bytomia potwierdziły przewagę mężczyzn w badanej populacji, co koresponduje z informacjami z piśmiennictwa, że kobiety piją średnio 4–4,5 raza rzadziej niż mężczyźni. Badania Moskalewicz [17] wykazały, że różnica ta nie zmieniła się w ciągu ostatnich kilkunastu lat. Odzwierciedla to tradycyjną odpowiedź na problemy transformacji w znaczącej części polskiej

populacji dorosłych. Najmniejsze różnice w spożyciu alkoholu występują w najmłodszej (15–19 lat) i najstarszej grupie wiekowej (≥ 65 lat): mężczyźni z tych grup piją 2 razy więcej niż pozostali [17,18].

W badaniu EZOP wskaźnik rozpowszechnienia ZZA był dziesięciokrotnie wyższy dla mężczyzn w porównaniu z kobietami (4,1% vs 0,4%): najwyższy był u osób ≥ 50 r.ż. [19]. Na uwagę zasługuje spostrzeżenie, że w prezentowanym badaniu odnotowano stosunkowo niewielką różnicę w spożyciu alkoholu, dotyczącą płci wśród osób z wyższym wykształceniem. Wynika to z faktu, że w przypadku mężczyzn spożycie spada ze wzrostem wykształcenia, a u kobiet obserwuje się zjawisko odwrotne. Według danych GUS rozkład spożycia według wieku jest u kobiet podobny do przeciętnego z wyraźną dominantą w 20–29 r.ż., kiedy konsumpcja osiąga najwyższy poziom. W kolejnych grupach wiekowych średnie spożycie ma tendencję malejącą [17].

Autorzy prezentowanego artykułu uzyskali podobne wyniki jak Wojnar i wsp. [20] w badaniach przeprowadzonych w 2005 r. w ośrodkach leczenia uzależnień w województwie mazowieckim. W badaniu Wojnara i wsp. [20] 73% osób z ZZA stanowili mężczyźni. Średnia wieku badanych wynosiła 42,5 roku, 41% było bezrobotnych, 39% było w związku małżeńskim, a 20% – po rozwodzie. Średnia ukończonych klas wynosiła 12–13, co – podobnie jak w badaniach autorów niniejszej pracy – potwierdza przewagę osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym wśród osób z ZZA. Podobny rozkład danych demograficznych u osób spożywających alkohol uzyskali Piegza i wsp. [21].

W badaniach przeprowadzonych przez Gorczycę [6] w latach 1989–2002 w Tarnowskich Górach wśród osób hospitalizowanych psychiatrycznie z powodu ZZA wzięła udział zdecydowanie większa liczba mężczyzn. Autorzy badania odnotowali, że zamieszkiwanie w dzielnicach o charakterze wiejskim, mniej zurbanizowanych i o luźniejszej zabudowie w średniej wielkości mieście wiąże się z mniejszą częstością występowania ZZA.

Wyniki podobne do uzyskanych przed transformacją ustrojową w badaniu osób hospitalizowanych z powodu psychozy alkoholowej przeprowadzonym przez Kulkę [22] wykazali także autorzy niniejszej pracy, dotyczącej lat 2004–2012. Przedział czasowy przeprowadzonych badań ma istotny wpływ na podobieństwo uzyskanych wyników. Widoczny jest wpływ transformacji ustrojowej. Wśród osób z ZZA gwałtownie wzrasta liczba bezrobotnych, co zwiększa odsetek pijących kobiet, które narażone są na destrukcyjny wpływ uzależnio-

nych partnerów. W 2004 r. zdecydowanie zwiększył się wśród uzależnionych od alkoholu odsetek osób bez pracy, ale nie był on tak duży, jak na terenie Bytomia.

Wyniki uzyskane przez autorów niniejszego artykułu odpowiadają wynikom badania przeprowadzonego w latach 1994–1995 przez Górczycę i Matysiakiewicza [23] w województwie katowickim wśród mężczyzn – pacjentów oddziałów i poradni odwykowych. Większość mężczyzn z ZZA miała 31–40 lat, była w związku małżeńskim i posiadała wykształcenie zasadnicze lub podstawowe. Przeważająca liczba badanych była też czynna zawodowo. Odsetek bezrobotnych wynosił 23% na oddziałach i 10% w poradniach odwykowych. Podobnie jak w pracy Kulki [22] z lat 1960–1988 większość osób z ZZA miała stałe źródło utrzymania. Cytowane prace ukazują dynamikę procesu przechodzenia z gospodarki planowej na wolnorynkową, które skutkuje znacznym wzrostem bezrobocia w populacji osób z ZZA.

Istotne jest nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz wpływ środowiska na rozpowszechnianie modelu picia alkoholu, szczególnie wśród kobiet, ale szersze omówienie tych zjawisk przekracza ramy niniejszego opracowania.

Warto jednak wspomnieć, że Maylath i wsp. [24] w swoich badaniach wykazali korelację między wzrostem ryzyka hospitalizacji z powodu ZZA z używaniem innych substancji psychoaktywnych w obszarach miejskich o niskim statusie socjalnym. Wyniki badań Bersteina i wsp. [15], przeprowadzonych na terenie Nowego Jorku, potwierdziły przypuszczenia autorów niniejszej pracy na temat destrukcyjnego wpływu sąsiedztwa alkoholików na mieszkające w tej samej okolicy kobiety. One, mając za sąsiadów osoby nadużywające alkoholu, częściej go spożywały. W Stanach Zjednoczonych wysokie spożycie alkoholu ma związek z następującymi czynnikami socjodemograficznymi: płeć męska, białe pochodzenie etniczne, niski dochód, niskie wykształcenie, niepozostawanie w związku małżeńskim, miejsce zamieszkania. Otrzymane wyniki są zgodne z wynikami uzyskanymi w Bytomiu. Również badania Cerdy i wsp. [25] potwierdziły informację o kumulacji osób z ZZA w biedniejszych częściach miasta o gęstej zabudowie, wysoko zurbanizowanych, z dużą liczbą mieszkań o charakterze socjalnym. Dowodzi to wpływu sąsiedztwa na rozpowszechnienie alkoholizmu.

Inne badanie, przeprowadzone przez Whitleya i wsp. [26] w połowie lat 80. XX w., przekrojowo opisuje społeczność osób uzależnionych na obszarze miejskim i odnotowuje przewagę mężczyzn. Większość tych mężczyzn była kawalerami w wieku ok. 35 lat,

z niskim wykształceniem i problemami z podjęciem pracy.

Zastanawiająca jest mała liczba zgłaszających się do placówek leczenia odwykowego osób z dzielnic o charakterze podmiejskim. Tereny podmiejskie charakteryzują się luźniejszą zabudową jednorodziną i dużymi terenami zielonymi. Zamieszkiwane są przede wszystkim przez osoby zamożniejsze. Istotnych danych dostarczają badania przeprowadzone w prowincji Quebec w Kanadzie przez Tousignanta i Kovessa [27]. Wynika z nich, że alkoholicy na obszarach wiejskich są bardziej tolerowani i mniej skłonni do zachowań patologicznych oraz rzadziej zgłaszają się do placówek leczenia odwykowego. Sugeruje to, że sąsiedztwo wpływa nie tylko na liczbę osób z ZZA, lecz także na częstość zgłaszania się na leczenie odwykowe oraz podejście do zdrowia psychicznego, co potwierdzono w badaniu dotyczącym obszarów miejskich i wiejskich [27].

Odnotowano, że lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) nie są właściwie przygotowani do rozpoznawania potrzeb pacjentów z ZZA i opieki nad nimi, co może znacząco wpływać na liczbę rejestrowanych chorych z ZZA w obszarach podmiejskich [28]. Liczbę zgłaszających się na leczenie osób z dzielnic o charakterze podmiejskim mogą zaniżać alkoholicy wysokofunkcjonujący (*high functioning alcoholics* – HFA). Są to osoby dobrze funkcjonujące w społeczeństwie, u których problem ZZA trwa latami, zanim kryzys życiowy zmusi je do podjęcia terapii. W dzielnicach podmiejskich z luźniejszą zabudową jednorodziną HFA mogą stanowić znaczną część populacji osób z ZZA [29].

Znaczenie badań nad ZZA potwierdziło badanie EZOP, w którym stwierdzono, że w Polsce alkoholu nadużywa 10,9% osób w wieku 18–64 lat (istotnie częściej mężczyźni – 18,6% niż kobiety – 3,3%). U mężczyzn problem występował istotnie statystycznie najrzadziej przed 29 r.ż. w porównaniu z mężczyznami mającymi 30–49 lat. Wśród kobiet nadużywanie alkoholu istotnie częściej dotyczyło osób w 30–39 r.ż. w porównaniu z osobami > 50 r.ż. Zespół zależności alkoholowej potwierdzono kiedykolwiek w ciągu życia u 2,2% dorosłych Polaków [5,19,30].

Wyniki uzyskane w badaniu, które jest podstawą niniejszej publikacji, pozwalają na sformułowanie kilku spostrzeżeń, które – zdaniem autorów – mogłyby mieć zastosowanie w praktyce:

- Istotna jest lokalizacja leczenia odwykowego na terenie DMP. Placówki powinny być łatwo dostępne ze względu na dużą niechęć uzależnionych do podjęcia terapii.

- Warto rozważyć lepszą koordynację działań (np. zespoły konsultacyjne złożone z psychiatry, psychologa, pracownika socjalnego, specjalisty terapii uzależnień) w PZP i poradni leczenia uzależnień.
- Należy połączyć działanie stacjonarnego leczenia psychiatrycznego z leczeniem ambulatoryjnym (POZ, PZP).
- Warto zwrócić szczególną uwagę na coraz większą grupę pacjentów z ZZA w leczeniu ambulatoryjnym (POZ, PZP) i na takie działania jak psychoedukacja, interwencja kryzysowa oraz ukierunkowanie na jednostki specjalistyczne.
- Kobiety, szczególnie ze środowisk o wysokim ryzyku uzależnienia, zgłaszające się do placówek leczenia psychiatrycznego mogą ukrywać problemy z nadużywaniem alkoholu.
- Przed uzależnieniem może chronić zamieszkanie w dzielnicy o charakterze podmiejskim ze względu na mniejsze ryzyko narażenia na czynniki środowiskowe wpływające na rozpowszechnienie ZZA.
- Należy położyć nacisk na edukację lekarzy POZ na temat problematyki uzależnienia od alkoholu ze szczególnym uwzględnieniem problemu uzależnienia wśród kobiet.

WNIOSKI

1. Osoby uzależnione od alkoholu, zgłaszające się na leczenie, to w przeważającej większości mężczyźni > 40 r.ż., z niskim wykształceniem, w większości bez pracy, zamieszkujący zurbanizowane dzielnice w centrum miasta i przemysłową część miasta.
2. W Bytomiu, ponad 100-tysięcznym mieście postindustrialnym, obszarami najbardziej zagrożonymi występowaniem ZZA są zurbanizowane dzielnice w centrum miasta i przemysłowa grupa dzielnic, charakteryzujące się zdewastowaną i zaniedbaną infrastrukturą oraz dużą gęstością zaludnienia.
3. Zamieszkiwanie w dzielnicy o charakterze podmiejskim może zapobiegać występowaniu ZZA ze względu na mniejsze ryzyko narażenia na czynniki środowiskowe wpływające na rozpowszechnienie tego zepołu. Dodatkowymi czynnikami chroniącymi są co najmniej średnie wykształcenie oraz możliwość wykonywania pracy zarobkowej.
4. Na zaniżenie liczby zgłaszających się na leczenie osób z dzielnic o charakterze podmiejskim mogą wpływać alkoholicy wysokofunkcjonujący. W dzielnicach podmiejskich z luźniejszą zabudową jednorodziną HFA mogą stanowić znaczną część populacji osób z ZZA.

PIŚMIENNICTWO

1. Woronowicz B.T.: Alkoholizm jako choroba. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1994, s. 5
2. Sassi F. [red.]: Tackling harmful alcohol use: economics and public health policy. OECD Publishing, Paris 2015
3. Urząd Miasta Bytom, Biuro Rozwoju Miasta: Raport o stanie miasta. Bytom 2011 [Internet]. Urząd, Bytom 2012 [cytowany 3 maja 2016]. Adres: <https://www.bytom.pl/plik/552,raport-o-stanie-2011-pdf>
4. Powiatowy Urząd Pracy w Bytomiu [Internet]. Urząd, Bytom 2018 [cytowany 2 lutego 2018]. Stopa bezrobocia. Adres: <http://bytom.praca.gov.pl/rynek-pracy/statystyki-i-analazy/stopa-bezrobocia>
5. Kiejna A., Adamowski T., Piotrowski P., Moskalewicz J., Wojtyniak B., Świątkiewicz G. i wsp.: „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP – Polska” – metodologia badania. *Psychiatr. Pol.* 2015;49(1):5–13, <https://doi.org/10.12740/PP/30810>
6. Gorczyca W.P.: Wpływa aglomeracji wielkomiejskich i pozycji przestrzennej na występowanie chorób psychicznych i uzależnienia od alkoholu – studium z zakresu medycyny i socjologii. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2009
7. Romans S., Cohen M., Forte T.: Rates of depression and anxiety in urban and rural Canada. *Soc. Psychiatr. Epidemiol.* 2011;46:567–575, <https://10.1007/s00127-010-0222-2>
8. Klimkiewicz A., Klimkiewicz J., Jakubczyk A., Kieres-Salomoński I., Wojnar M.: Współwystępowanie uzależnienia od alkoholu z innymi zaburzeniami psychicznymi. Część I. *Epidemiologia podwójnego rozpoznania. Psychiatr. Pol.* 2015;49(2):265–275, <http://dx.doi.org/10.12740/PP/25704>
9. Wojnar M., Ślufarska A., Klimkiewicz A.: Nawroty w uzależnieniu od alkoholu. Część 3: społeczno-demograficzne i psychologiczne czynniki ryzyka. *Alkohol Narkom.* 2007; 20:1:81–102
10. Allsop S., Saunders B.: Nawroty i problemy związane z nadużywaniem alkoholu. W: Gossop M. [red.]. *Nawroty w uzależnieniach*. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1997, ss. 15–39
11. Żulewska-Sak J., Dąbrowska K.: Percepcja społeczna czynników udaremniających samodzielne przezwyciężenie uzależnienia – jakościowa analiza porównawcza. *Alkohol Narkom.* 2005;18(3):63–77
12. Mellibruda J.: Psychologiczna analiza funkcjonowania alkoholiczków i członków ich rodzin. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 1999, ss. 43–50
13. Saunders B., Allsop S.: Nawroty – polemika. W: Gossop M. [red.]. *Nawroty w uzależnieniach*. Państwowa Agencja Ro-

- związywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1997, ss. 205–226
14. Chodkiewicz J.: Zapobieganie nawrotom w chorobie alkoholowej – przegląd piśmiennictwa. *Psychiatria* 2006;3(3): 105–111
 15. Bernstein K.T., Galea S., Ahern J., Tracy M., Vlahov D.: The built environment and alcohol consumption in urban neighborhoods. *Drug Alcohol Depend.* 2007;91:244–252, <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.06.006>
 16. Brienza R.S., Stein M.D.: Alcohol use disorder in primary care: Do gender-specific differences exist? *J. Gen. Intern. Med.* 2002;17:387–397, <https://doi.org/10.1007/s11606-002-0046-1>
 17. Moskalewicz J.: Spożycie alkoholu. W: Marciniak G. [red.]. Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2006, ss. 38–43
 18. Gąsior K.: Typy alkoholizmu u kobiet. *Alkohol Narkom.* 2005;18(1–2):39–56
 19. Kiejna A., Piotrowski P., Adamowski T., Moskalewicz J., Wciórka J., Stokiszewski J. i wsp.: Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP Polska. *Psychiatr. Pol.* 2015;49(1):15–27, <https://doi.org/10.12740/PP/30811>
 20. Wojnar M., Brower K.J., Jakubczyk A., Żmigrodzka I., Burmeister M., Matsumoto H. i wsp.: Wpływ impulsywności, skłonności samobójczych oraz genów układu serotoninowego na wyniki leczenia uzależnienia od alkoholu. *Psychiatr. Pol.* 2006;40(5):985–994
 21. Piegza M., Jagoda K., Meier-Suszk A., Gorczyca P., Badura-Brzoza K., Pudło R. i wsp.: Poczucie koherencji u mężczyzn uzależnionych od alkoholu leczonych w oddziałach detoksykacyjnym i rehabilitacji odwykowej – doniesienie wstępne. *Przegl. Lek.* 2005;62:1390–1392
 22. Kulka Z.: Pierwszorazowe hospitalizacje z powodu psychoz alkoholowych w latach 1960, 1970, 1980 i 1988: rozpowszechnienie, diagnostyka i leczenie a średnie rejestrowane spożycie alkoholu. Badania na materiale Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Pruszkowie. *Alkohol Narkom.* 2002;15(3):277–292
 23. Gorczyca P.W., Matysiakiewicz J.A.: Społeczne uwarunkowania wyboru placówki odwykowej przez osoby uzależnione od alkoholu. W: Matysiakiewicz J., Pudło R. [red.]. *Psychiatria ekologiczna na przełomie stuleci*. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Katowice 2003, ss. 17–24
 24. Maylath E., Seidel J., Werner B., Schlattmann P.: Geographical analysis of the risk psychiatric hospitalization in Hamburg from 1988–1994. *Eur. Psychiatr.* 1999;14:414–425
 25. Cerdá M., Diez-Roux A.V., Tchetgen E.T., Gordon-Larsen P., Kiefe C.: The relationship between neighborhood poverty and alcohol use: estimation by marginal structural models. *Epidemiology* 2010;21:482–489, <https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e3181e13539>
 26. Whitley M.P., Osborne O.H., Godfrey M.A., Johnston K.: A point prevalence study of alcoholism and mental illness among downtown migrants. *Soc. Sci. Med.* 1985;20: 579–583
 27. Tousignant M., Kovess V.: Borderline traits among community alcoholics and problem-drinkers: rural-urban differences. *Can. J. Psychiatr.* 1989;34:796–799
 28. Włoch K.: Rola lekarza w rozpoznawaniu przyczyn i okoliczności nadużywania alkoholu przez pacjentów poradni ogólnych wiejskich ośrodków zdrowia. *Wiad. Lek.* 2005; 58:508–512
 29. Benton S.A.: *Understanding the high-functioning alcoholic – professional views and personal insights*. Greenwood Publishing Group, London 2009
 30. Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępności psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP Polska [Internet]. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Akademia Medyczna we Wrocławiu, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny [cytowany 3 maja 2016]. Adres: <http://www.ezop.edu.pl>