

ZAKŁAD HIGIENY  
KATEDRY MEDYCZYNY SPOŁECZNEJ  
UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W POZNANIU

---

Barbara Purandare

**SOCJOMEDYCZNE ASPEKTY ZAŻYWANIA SUBSTANCJI  
PSYCHOAKTYWNYCH WŚRÓD LEKARZY STAŻYSTÓW  
NA TERENIE WIELKOPOLSKI**

Rozprawa doktorska

Promotor: prof. dr hab. med. Jerzy T. Marcinkowski



UNIwersYTET MEDYCZNY  
im. KAROLA MARCINKOWSKIEGO  
w POZNANU

Poznań 2013

## **PODZIĘKOWANIA**

*Panu Prof. dr. hab. med.  
Jerzemu T. Marcinkowskiemu  
za cierpliwość, cenne uwagi  
i nieustający, mobilizujący wpływ.*

*Mojemu mężowi i rodzicom  
za wsparcie.  
Dzieciom jako przeprosiny  
za brak czasu.*

*Jako grupa zawodowa, która poświęca się pomocy i leczeniu bliźnim,  
powinniśmy, kiedy tylko to możliwe, tej samej pomocy udzielać także  
naszym kolegom w zawodzie.*

**R. Irons**

## Wykaz skrótów

<b>AM</b>	– Akademia Medyczna
<b>AA</b>	– Anonimowi Alkoholicy
<b>ADA</b>	– <i>American with Disabilities Act</i> / Amerykańska Ustawa o Niepełnosprawności
<b>AIMS</b>	– <i>Aid to Impaired Medical Students</i> / program pomocowy dla chorych studentów medycyny
<b>AiP</b>	– <i>Ärzt im Praktikum</i> / lekarz stażysta
<b>AMA</b>	– <i>American Medical Association</i> / Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne
<b>AN</b>	– Anonimowi Narkomani
<b>ASA</b>	– <i>Anonyme Substanzabhängige Ärzte</i> / Anonimowi Uzależnieni Lekarze
<b>AUDIT</b>	– <i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i> / test przesiewowy problemów alkoholowych
<b>BÄK</b>	– <i>Bundes Ärzte Kammer</i> / Naczelna Izba Lekarska
<b>CAGE</b>	– Test przesiewowy problemów alkoholowych
<b>COPSOQ</b>	– <i>Copenhagen Psychosocial Questionnaire</i> / Kopenhaski Kwestionariusz Badań
<b>DHS</b>	– <i>Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren</i> / Niemieckie Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom
<b>Dz.U.</b>	– Dziennik Ustaw
<b>ETOH</b>	– Czysty alkohol etylowy (C <sub>2</sub> H <sub>5</sub> OH)
<b>GUS</b>	– Główny Urząd Statystyczny
<b>ICD-10</b>	– <i>International Classification of Diseases</i> / Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – rewizja 10.
<b>IDAA</b>	– <i>International Doctors in Alcoholics Anonymous</i> / Międzynarodowa Grupa Lekarze w AA
<b>IPiN</b>	– Instytut Psychiatrii i Neurologii
<b>IVP</b>	– <i>Interventionprogramm</i> / Program interwencyjny Izby Lekarskiej w Hamburgu

<b>KEL</b>	– Kodeks Etyki Lekarskiej
<b>KP</b>	– Kodeks Pracy
<b>KW</b>	– Kodeks Wykroczeń
<b>LÄK</b>	– <i>Landes Ärzte Kammer</i> / Okręgowa Izba Lekarska
<b>NIL</b>	– Naczelna Izba Lekarska
<b>NRL</b>	– Naczelna Rada Lekarska
<b>NRzOZ</b>	– Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
<b>NSL</b>	– Naczelny Sąd Lekarski
<b>OLO</b>	– Ośrodek leczenia odwykowego
<b>ORL</b>	– Okręgowa Rada Lekarska
<b>ORzOZ</b>	– Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
<b>OSL</b>	– Okręgowy Sąd Lekarski
<b>PARPA</b>	– Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
<b>PHP</b>	– <i>Physician Health Program</i> / Program Zdrowia Lekarzy
<b>SN</b>	– Sąd Najwyższy
<b>UE</b>	– Unia Europejska
<b>UMP</b>	– Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
<b>UoIL</b>	– Ustawa o izbach lekarskich
<b>UoZL</b>	– Ustawa o zawodzie lekarza
<b>USA</b>	– <i>United States of America</i> / Stany Zjednoczone Ameryki
<b>WHO</b>	– <i>World Health Organization</i> / Światowa Organizacja Zdrowia
<b>WIL</b>	– Wielkopolska Izba Lekarska

# SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów .....	4
<b>I. WSTĘP .....</b>	<b>9</b>
<b>1. Substancje psychoaktywne – podstawowe pojęcia .....</b>	<b>9</b>
<b>2. Rozpowszechnienie konsumpcji.....</b>	<b>12</b>
2.1 Rozpowszechnienie konsumpcji w populacji ogólnej.....	12
2.2 Rozpowszechnienie konsumpcji wśród lekarzy .....	15
2.3 Badania w populacji uzależnionych lekarzy .....	18
2.4 Rozpowszechnienie konsumpcji w populacji studentów kierunków medycznych.....	21
<b>3. Aspekty etyczne i prawne konsumpcji substancji psychoaktywnych przez     lekarzy .....</b>	<b>22</b>
<b>4. Specyfika konsumpcji substancji psychoaktywnych .....</b>	<b>23</b>
4.1 Czynniki wpływające na konsumpcję .....	23
4.2 Obciążenia w życiu zawodowym i prywatnym.....	25
4.3 Stres .....	28
4.4 Przyzwolenie środowiska .....	32
4.5 Dostęp do leków psychoaktywnych .....	33
<b>5. Trudności w poddawaniu się leczeniu przez lekarzy .....</b>	<b>34</b>
5.1 Mechanizmy zaprzeczenia i racjonalizowanie problemu.....	35
5.2 Pobłażliwość środowiska .....	36
5.3 Wstyd przed wejściem w rolę pacjenta .....	37
5.4 Samoleczenie.....	39
5.5 Problemy w diagnozie .....	40
5.6 Wydłużony w czasie przebieg choroby .....	41
<b>6. Programy wsparcia i terapii.....</b>	<b>43</b>
6.1 Stany Zjednoczone .....	45
6.2 Niemcy .....	47
6.3 Polska .....	50
6.4 Efekty terapii .....	51
6.5 Grupy samopomocowe.....	52
<b>7. Podsumowanie .....</b>	<b>54</b>

<b>II. PODSTAWY METODOLOGICZNE BADAŃ .....</b>	<b>57</b>
<b>1. Założenia pracy .....</b>	<b>57</b>
<b>2. Cele badań .....</b>	<b>57</b>
2.1 Cel główny .....	57
2.2 Cele szczegółowe .....	57
2.3 Cel praktyczny .....	58
<b>3. Problemy badawcze .....</b>	<b>58</b>
<b>4. Zmienne i wskaźniki .....</b>	<b>59</b>
4.1 Zmienne niezależne .....	59
4.2 Zmienne zależne .....	59
4.3 Wskaźniki .....	59
<b>5. Hipotezy badawcze.....</b>	<b>60</b>
<b>6. Metody, techniki i narzędzia badawcze.....</b>	<b>60</b>
<b>7. Sposób prowadzenia badań.....</b>	<b>61</b>
<b>8. Metody analizy statystycznej .....</b>	<b>62</b>
<b>9. Charakterystyka badanej próby.....</b>	<b>63</b>
9.1 Dane demograficzne .....	63
9.2 Sytuacja zawodowa i zdrowotna w ocenie badanych .....	66
9.3 Palenie tytoniu w badanej grupie .....	72
9.4 Konsumpcja alkoholu w badanej grupie .....	75
9.4.1 Test CAGE .....	81
9.5 Zażywanie leków .....	84
9.6 Zażywanie narkotyków .....	86
9.7 Korzystanie z możliwości pomocy.....	88
<b>III. ANALIZA ZEBRANEGO MATERIAŁU.....</b>	<b>89</b>
<b>1. Wyniki badań.....</b>	<b>89</b>
1.1 Palenie tytoniu .....	89
1.2 Konsumpcja alkoholu .....	93
1.3 Zażywanie leków .....	108
1.4 Zażywanie narkotyków .....	108
1.5 Współwystępowanie zażywania substancji .....	110
<b>2. Podsumowanie wyników badań .....</b>	<b>111</b>
<b>IV. DYSKUSJA .....</b>	<b>115</b>

<b>V. WERYFIKACJA HIPOTEZ .....</b>	<b>123</b>
<b>VI. WNIOSKI.....</b>	<b>126</b>
<b>STRESZCZENIE W JĘZYKU POLSKIM.....</b>	<b>128</b>
<b>STRESZCZENIE W JĘZYKU ANGIELSKIM .....</b>	<b>129</b>
<b>BIBLIOGRAFIA ZAŁĄCZNIKOWA .....</b>	<b>131</b>
<b>Przypisy bibliograficzne .....</b>	<b>131</b>
<b>Dokumenty .....</b>	<b>140</b>
<b>SPIS TABEL.....</b>	<b>141</b>
<b>SPIS RYCIN .....</b>	<b>145</b>
<b>ANEKS.....</b>	<b>150</b>
<b>Kwestionariusz ankiety.....</b>	<b>150</b>



## **I. WSTĘP**

Niniejsza praca jest wynikiem studiów teoretycznych i badań empirycznych prowadzonych od roku 2003, a w szczególności w latach 2006–2009, kiedy został zrealizowany projekt badawczy dotyczący rozpowszechnienia i przyczyn zażywania środków psychoaktywnych wśród lekarzy stażystów, czyli osób na progu swojej pracy zawodowej. Kryterium socjomedyczne badań ujmuje problematykę nie tylko na płaszczyźnie fizycznej bądź psychicznej, ale także w kontekście społecznym.

Występowanie problemów z zażywaniem substancji psychoaktywnych w grupie zawodowej lekarzy budzi szczególne zainteresowanie ze względu na specyficzną odpowiedzialność tego zawodu oraz dysfunkcje pełnionych ról społecznych (Habrak 2004, s. 252). W wielu przypadkach problem konsumpcji, a nawet uzależnienia od substancji psychoaktywnych, pojawia się już w trakcie studiów medycznych. Ta grupa zawodowa ma także bardzo silnie rozwinięte mechanizmy racjonalizowania problemu i posiada głębokie przekonanie o: 1) możliwościach panowania nad konsumpcją oraz 2) samoleczenia. Dlatego pojawiają się ogromne trudności w możliwościach udzielania im pomocy i wsparcia, a leczenie podejmowane jest najczęściej o wiele później niż wśród przedstawicieli innych zawodów i ogółu społeczeństwa.

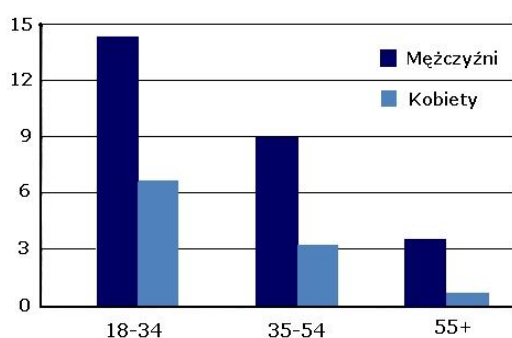
Wiele lat temu Lubomira Szawdyn, terapeutka uzależnień, określiła uzależnienie mianem „najbardziej demokratycznej choroby na świecie”, która nikogo nie faworyzuje, nikogo nie omija. Dodatkowo jest to choroba bardzo podstępna, trudno ją zdiagnozować, jeszcze trudniej leczyć. Problematyka zażywania substancji psychoaktywnych wśród osób wykonujących zawody medyczne wciąż jest w naszym kraju tematem, któremu w profesjonalny sposób poświęca się zbyt mało uwagi. Im więcej będzie się mówić o problemie w medycznej prasie i publikacjach (w tym w podręcznikach), tym większa nadzieja na uświadomienie problemu już adeptom sztuki medycznej, aby znali własne słabości i nie ignorowali problemów własnych ani swoich kolegów – z „dobrej” woli lub nieświadomości.

### **1. Substancje psychoaktywne – podstawowe pojęcia**

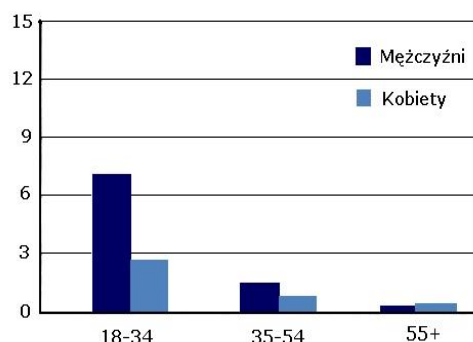
Substancje psychoaktywne można zdefiniować jako niezaliczane do pokarmów związki chemiczne, wpływające na funkcje biologiczne ludzi i zwierząt; działają na

mózg, zmieniają nastrój, procesy myślowe i zachowanie (Teesson i wsp. 2005, s. 14). Poprzez działanie na organizm człowieka powodują zmianę jego samopoczucia i zmieniają (zafałszowują) odbiór otaczającej rzeczywistości, a przyjmowanie ich wiąże się z możliwością uzależnienia się (Woronowicz 2003, s. 163).

Używanie tych substancji rodzi poważne problemy socjalne i ekonomiczne, które mają ogromny wpływ na społeczeństwo (Teesson i wsp. 2005, s. 12).



**Rycina 1. Zaburzenia związane z konsumowaniem\* alkoholu – wg płci i wieku.**  
Źródło: Teesson i wsp. 2005, s. 29



**Rycina 2. Zaburzenia związane z konsumowaniem substancji innych niż alkohol – wg płci i wieku.**  
Źródło: Teesson i wsp. 2005, s. 29

Aktualna wersja klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10 wprowadzona została w 1992 r. i zawiera m.in. pojęcia takie, jak: substancja psychoaktywna, używanie szkodliwe i uzależnienie. Wyodrębnia 10 grup substancji psychoaktywnych, na podstawie powszechności stosowania i objawów klinicznych zażywania (Baran-Furga, Steinbarth-Chmielewska 1999, s. 11).

Według ICD-10 (ICD-10 2000, s. 69) zaburzenia psychiczne i zachowania powodowane są poprzez:

- używanie alkoholu;
- używanie opiatów;
- używanie kanabinoli;
- używanie substancji nasennych i uspokajających;
- użycie kokainy;
- użycie innych niż kokaina środków pobudzających, w tym kofeiny;
- użycie halucynogenów;

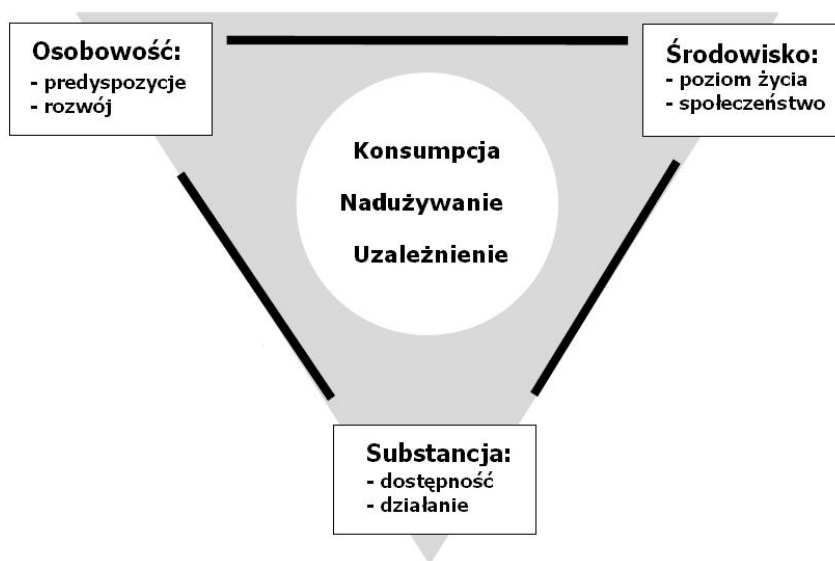
---

\* W celu ujednoczenia nazewnictwa, przyjęto w pracy pojęcie „konsumpcja” jako wspólne dla zażywania, używania, spożywania i przyjmowania substancji psychoaktywnych.

- palenie tytoniu;
- odurzanie się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi;
- używanie innych substancji psychoaktywnych.

Jako używanie szkodliwe rozumie się sposób przyjmowania substancji psychoaktywnych, który powoduje szkody zdrowotne, somatyczne albo psychiczne (ICD-10 2000, s. 73). Natomiast zespół uzależnienia to kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których przyjmowanie substancji lub grupy substancji dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio większą wartość (ICD-10 2000, s. 73).

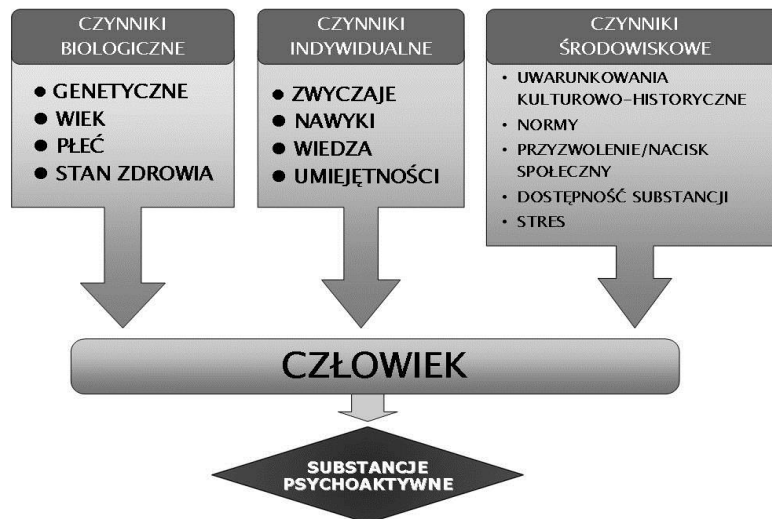
Poniżej zaprezentowany został model konsumpcji, używania szkodliwego i uzależnienia. Jest to podejście wieloczynnikowe, w którym uzależnienie interpretowane jest jako wynik współdziałania: 1) czynników osobowościowych, 2) czynników społecznych oraz 3) wpływu substancji psychoaktywnej. Poszczególne czynniki wzajemnie na siebie oddziałują.



**Rycina 3. Triada czynników warunkujące zażywanie substancji psychoaktywnych. Źródło: Aten, Schuster 1989, s. 27**

Na grupę pijących problemowo składają się osoby: a) uzależnione, b) pijące ryzykownie i 3) pijące szkodliwie. Pijący ryzykownie spożywają nadmierne ilości alkoholu (jednorazowo i/lub łącznie w określonym czasie), co nie pociąga za sobą aktualnie negatywnych konsekwencji (Klimkiewicz 2011, s. 6).

W perspektywie tematyki pracy można wyróżnić dodatkowe, specyficzne dla środowiska medycznego czynniki wpływające na model konsumpcji środków psychoaktywnych wśród lekarzy.



**Rycina 4. Czynniki warunkujące spożywanie substancji psychoaktywnych (źródło: opracowanie własne)**

Alkohol jest prawdopodobnie najstarszą i najbardziej popularną substancją chemiczną – zażywaną przez ludzi w celu bezpośredniego uzyskania pożądanych efektów psychologicznych, sposobu myślenia, zmiany zachowań.

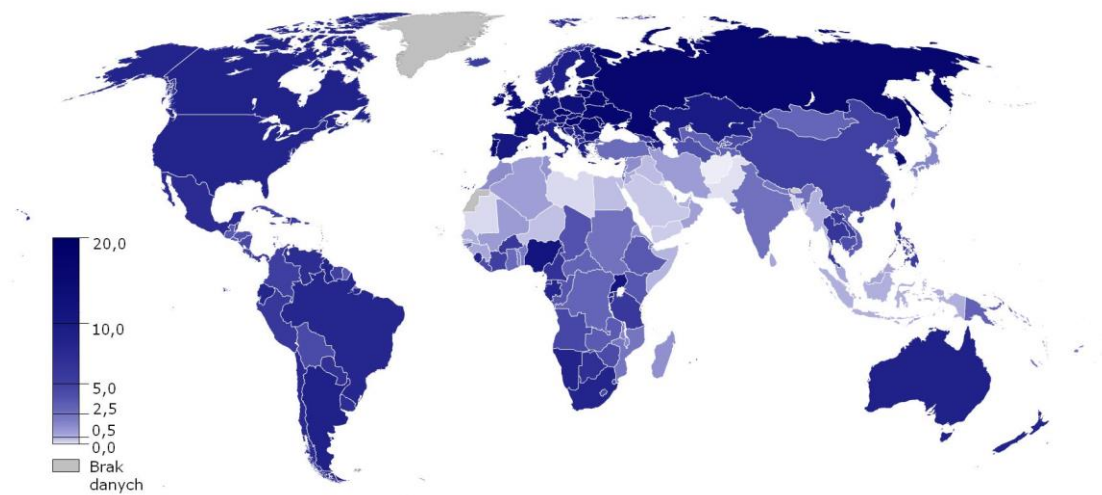
## **2. Rozpowszechnienie konsumpcji**

### **2.1 Rozpowszechnienie konsumpcji w populacji ogólnej**

Według statystyk podawanych przez PARPA osoby uzależnione w Polsce to około 2–3% ogółu populacji, natomiast ok. 10% dotyczy problem nadmiernej konsumpcji. Z badań zagranicznych wynika natomiast, że ok. 5–7% populacji jest uzależniona od różnych substancji. Leki benzodiazepinowe (benzodiazepiny) są aktualnie, zaraz po nikotynie (około 34%) i alkoholu (12%), trzecią co do częstości rozpowszechnienia substancją psychoaktywną. Według niemieckiego Centrum ds. Narkomanii (DHS) już ok. 6–8% wszystkich leków używanych jest w celach niemedycznych, czego konsekwencją są uzależnienia (Soukup, Schmale 2009, s. 286). Natomiast w odniesieniu do szkód zdrowotnych na pierwszym miejscu – wśród substancji, których przyjmowanie powoduje poważne szkody zdrowotne – jest tytoń (Baran-Furga, Steinbarth-Chmielewska 1999, s. 13).

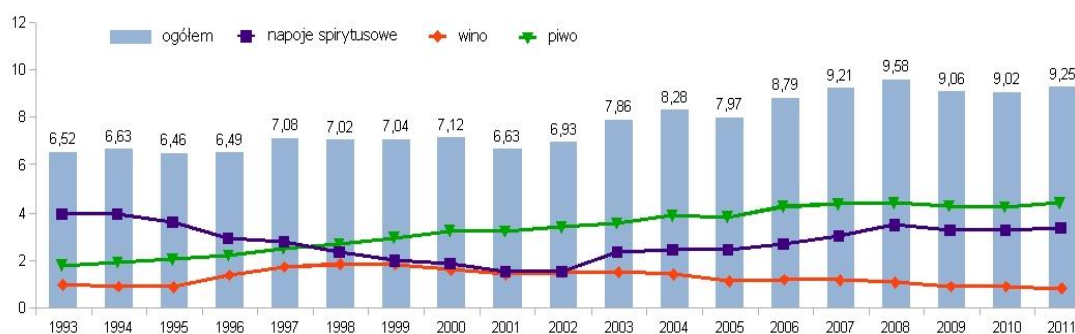
Alkohol, towarzysząc człowiekowi od zarania dziejów, pełnił różne funkcje. Początkowo służył przede wszystkim jako środek wspomagający funkcje fizjologiczne organizmu – redukcja bólu i zmęczenia; psychologiczne – redukcję lęku, odprężenie; społeczną – ułatwianie kontaktów (Woronowicz 2003, s. 9). Średnia światowa spożycia

alkoholu wynosi, wg raportu WHO, 6,13 litra czystego alkoholu spożywanego przez każdą osobę w wieku powyżej 15 roku życia. Najwyższe spożycie odnotowano w krajach rozwiniętych, głównie na półkuli północnej, najniższy poziom spożycia występował w szczególności w krajach, w których większość mieszkańców to wyznawcy islamu (*Global status report on alcohol and health WHO 2011*, s. 4).



**Rycina 5. Konsumpcja alkoholu na świecie *per capita* (powyżej 15. r.ż.) rocznie, w litrach. Opracowanie własne na podstawie danych WHO**

W Polsce spożycie alkoholu – w przeliczeniu na 100% alkohol na 1 mieszkańca w ciągu 1 roku – wzrosło w ciągu ostatnich 10 lat o ponad 2 litry (na podstawie danych GUS).



**Rycina 6. Roczne spożycie alkoholu w Polsce w litrach na jednego mieszkańca (napojów spirytusowych, wina, piwa i ogółem – w przeliczeniu na 100% alkohol\*) Opracowanie własne na podstawie obliczeń PARPA z danych GUS**

\* Przyjmuje się założenie, iż w jednym litrze:  
 1. piwa zawartych jest 5,5% alkoholu,  
 2. wina (miodu pitnego) zawartych jest 12% alkoholu.

Tabela 1. ukazuje zmiany w spożyciu poszczególnych rodzajów napojów alkoholowych w Polsce, w latach 1993–2011.

**Tabela 1. Roczne spożycie alkoholu (wina, piwa i ogółem) w Polsce w litrach - w przeliczeniu na jednego mieszkańca i na 100% alkohol.**

Rok	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
100%	3,8	3,8	3,5	2,9	2,8	2,4	2,1	2,0	1,7	1,7	2,4	2,5	2,5	2,7	3,0	3,4	3,2	3,2	3,3
wino	0,9	0,8	0,8	1,2	1,5	1,6	1,6	1,4	1,3	1,3	1,4	1,3	1,0	1,1	1,1	1,0	0,8	0,8	0,8
piwo	1,8	2,0	2,2	2,4	2,7	3,0	3,3	3,7	3,7	3,9	4,1	4,5	4,4	5,0	5,1	5,2	5,0	5,0	5,2
ogółem	6,5	6,6	6,5	6,5	7,1	7,0	7,0	7,1	6,6	6,9	7,9	8,3	8,0	8,8	9,2	9,6	9,1	9,0	9,3

Opracowanie własne na podstawie obliczeń PARPA z danych GUS

W społeczeństwie amerykańskim 77% mężczyzn i 60% kobiet spożywa alkohol (Kinney, Leaton 1996, s. 38). Z badań wykonanych na zlecenie PARPA wynika, że zdecydowana większość mężczyzn w Polsce (70% mężczyzn i 33% kobiet) pije w sposób ryzykowny, przekracza określone limity bezpiecznego spożywania alkoholu (PARPA 2008)\*. Opisując rozpowszechnienie konsumowania alkoholu w populacji, można przyjąć, że 70% pijących spożywa jedynie 20% wypijanego w społeczeństwie alkoholu. Pozostałe 80% alkoholu przypada na 30% społeczeństwa. Z czego z tych 30% jedna trzecia, czyli ok. 7% całej populacji, spożywa 50% całego wypijanego alkoholu! (Kinney, Leaton 1996, s. 38).

\* Na podstawie badań naukowych ustalono poziomy spożywania alkoholu niosące przeciętnie najmniejsze ryzyko szkód zdrowotnych – limity bezpiecznego spożywania alkoholu WHO:

**Limity „bezpiecznego” picia – mężczyźni:**

Picie okazjonalne – jednorazowo nie więcej niż 6 porcji standardowych.

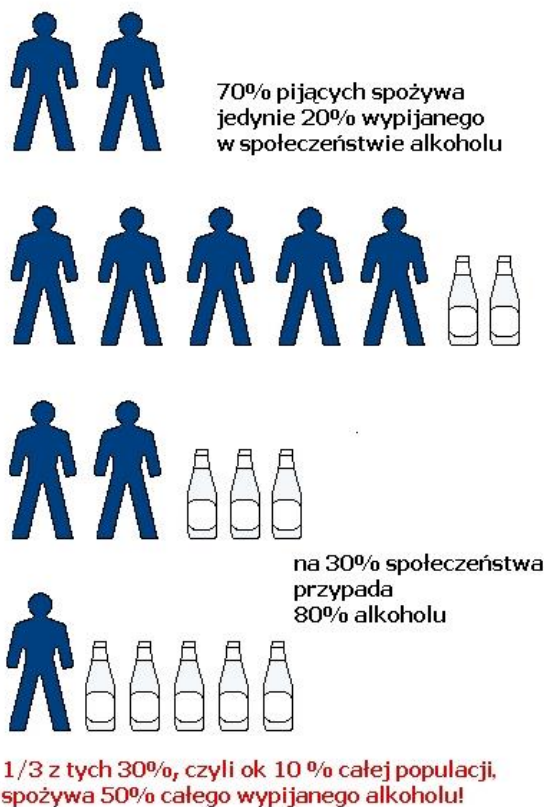
Picie codzienne – co najmniej dwa dni abstynencji w tygodniu. Nie więcej niż 4 porcje standardowe dziennie.

**Limity „bezpiecznego” picia – kobiety:**

Picie okazjonalne – jednorazowo nie więcej niż 4 porcje standardowe.

Picie codzienne – co najmniej dwa dni abstynencji w tygodniu. Nie więcej niż 2 porcje standardowe dziennie.

**Porcja standardowa = 10 gram czystego alkoholu.**



\*Na podstawie: Kinney J., Leaton G. Zrozumieć Alkohol. PARPA Warszawa 1996

**Rycina 7. Zróżnicowanie konsumpcji alkoholu w społeczeństwie. Opracowanie własne na podstawie: Kinney, Leaton 1996, s. 38**

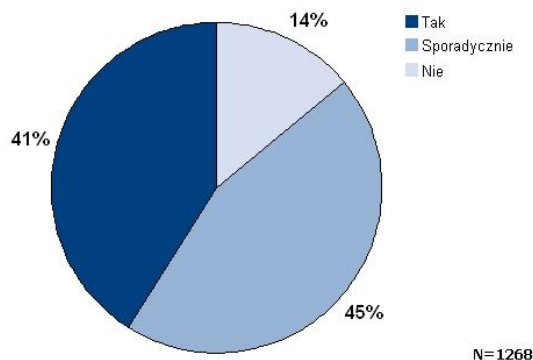
## 2.2 Rozpowszechnienie konsumpcji wśród lekarzy

Picie alkoholu i używanie innych substancji psychoaktywnych przez lekarzy nie jest nowym zjawiskiem. Najbardziej powszechne jest nadużywanie alkoholu, kolejne popularne środki to benzodiazepiny i opiaty (Avery i wsp. 2000, s. 155; Mäulen 2013, s. 144). Rozpowszechnienie zażywania substancji psychoaktywnych wśród lekarzy jest różnie opisywane w literaturze. Niektórzy badacze uważają, że w środowiskach charakteryzujących się wysokim statusem społeczno-ekonomicznym picie ryzykowne i szkodliwe występuje częściej niż uzależnienie (Skinner 1990, s. 1056). W literaturze przedmiotu można spotkać się z przypuszczeniami, że uzależnienie od alkoholu występuje w środowisku medycznym z taką samą częstotliwością, jak w innych grupach zawodowych, przy czym część lekarzy nie pije alkoholu wyłącznie sporadycznie, ale używa go w sposób właściwy dla uzależnienia (Avery i wsp. 2000, s. 157). Jednak – zdaniem terapeutów pracujących z osobami uzależnionymi – odsetek

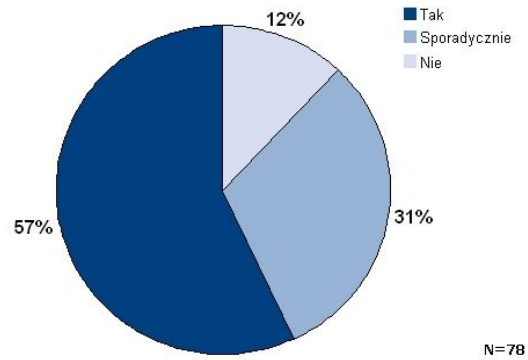
tych chorych wśród wykonujących tzw. wolne zawody jest 3–4-krotnie wyższy niż w populacji ogólnej. Jörg Fengler, terapeuta zajmujący się syndromem wypalenia zawodowego, twierdzi wręcz, że osoby, które zawodowo pomagają innym, są w szczególności sposobie chronicznie obciążone nałogami i zagrożone samobójstwem (Fengler 2001, s. 41). Wiele badań wskazuje także na wyższy niż w ogóle populacji odsetek osób uzależnionych wśród przedstawicieli zawodów medycznych (Reimer i wsp. 1996, s. 481; Stetter 2001, s. 78). Uzależnienie od alkoholu wśród szkockich lekarzy występuje 2,7 razy częściej niż w populacji ogólnej. Prawdopodobieństwo uzależnienia od narkotyków lekarzy w USA, oceniają na 30–100 razy większe niż w całej populacji (Fengler 2001, s. 96). Wśród amerykańskich lekarzy uzależnionych jest ok. 8–10%, to trochę więcej niż ogół społeczeństwa (6–10%) (Setness 1997, s. 10), natomiast 20–25% pije problemowo. Także w populacji amerykańskiej 59% lekarzy przyznaje, że w pewnym momencie swojego życia zażywało narkotyki, natomiast 10% lekarzy używa ich na bieżąco, co najmniej raz w miesiącu, z czego 3% to osoby uzależnione (McAuliffe i wsp. 1986, s. 807). Badania lekarzy objętych programem PHP wykazały, że najwięcej było uzależnień od alkoholu (50,3%) oraz opiatów (35,9%), a 50% pacjentów nadużywało więcej niż jedną substancję (Berge i wsp. 2009, s. 139).

W naszym kraju prawdopodobnie liczba uzależnionych lekarzy wynosi ok. 12 tysięcy (Woronowicz 2010, s. 22). Szacuje się także, że odsetek lekarzy, u których występuje uzależnienie od narkotyków, waha się pomiędzy 10–15% (Szczyrba-Maróń, Wons 2008, s. 12). W badaniach przeprowadzonych w Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu do palenia papierosów przyznało się prawie 15% pracowników, a do konsumpcji alkoholu 17,42% (Ziemska, Marcinkowski 2010, s. 56). Stwierdzono o 2/3 większy odsetek osób pijących alkohol wśród lekarzy niż wśród wszystkich pracowników UMP (Ziemska 2012, s. 132). O zasięgu problemu w Polsce świadczą wyniki ankiet dotyczących spożywania alkoholu wśród lekarzy, przeprowadzonych w podobnym czasie w internecie przez portal medyczny Esculap (dostępny wyłącznie dla lekarzy i pracowników medycznych) oraz powszechny portal informacyjny WP.pl. Lekarze twierdzący, że zetknęli się z problemem, dodatkowo zaznaczali, że często. Wśród osób, które w sondażu na stronie wp.pl, odpowiedziały twierdzącą, 47% zaznaczyło, że spotkało się osobiście z lekarzem, od którego było czuć alkohol.



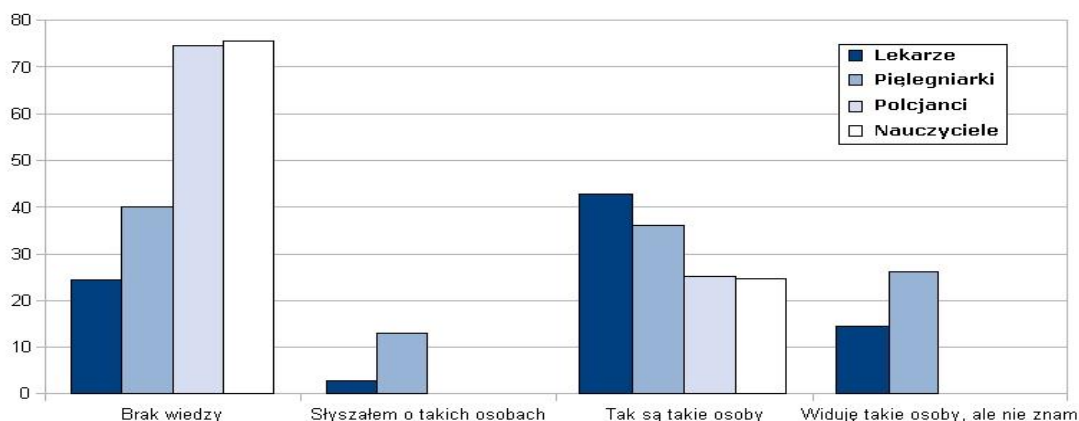


**Rycina 8. Odpowiedzi na pytanie: „Czy zetknąłeś się kiedyś bezpośrednio w swoim otoczeniu z problemem alkoholizmu wśród lekarzy?”. Opracowanie własne na podstawie wyników sondażu na portalu ESCULAP.**



**Rycina 9. Odpowiedzi na pytanie: „Czy Twoim zdaniem lekarze piją alkohol w pracy?”. Opracowanie własne na podstawie wyników sondażu na portalu WP.pl.**

Świadomość istnienia problemu jest natomiast w środowisku medycznym wyższa niż w innych grupach zawodowych, definiowanych jako grupy ryzyka. Z przeprowadzonych przez Chmielowiec badań (Chmielowiec 2012, s. 92) wśród lekarzy, pielęgniarek, policjantów i nauczycieli na temat problemu zażywania substancji psychoaktywnych we własnym środowisku zawodowym wynika, iż 58% ankietowanych nie miało żadnej wiedzy o uzależnionych w ich środowisku pracy. Dopuszczały jednak możliwość takich osób (30%) w ich otoczeniu. Nikt nie przyznał się do znajomości z osobą uzależnioną. Najmniej informacji o osobach uzależnionych posiadali nauczyciele (75,6%) i policjanci (74,7%). Pracownicy służby zdrowia najbardziej dostrzegali problem narkomanii w swoim otoczeniu.



**Rycina 10. Postrzeganie przez lekarzy, pielęgniarki, policjantów i nauczycieli problemu zażywania substancji psychoaktywnych we własnym środowisku zawodowym. Opracowanie własne na podstawie: Chmielowiec 2012, s. 38**

Brak narkomanów w swojej grupie zawodowej stwierdziło 40% lekarzy, 24,6% pielęgniarek, 74,7% policjantów i 75,6% nauczycieli. Natomiast 42,9% lekarzy, 36,1% pielęgniarek, 25,3% policjantów oraz 24,4% nauczycieli potwierdziła obecność narkomanów w ich środowisku. 2,9% lekarzy, 13,1% pielęgniarek słyszało o osobach nadużywających substancji psychoaktywnych – policjanci i nauczyciele nic o nich nie słyszeli. 14,3% lekarzy i 26,2% pielęgniarek widywało w swoim środowisku narkomanów, ale nie znało ich osobiście – policjanci i nauczyciele nie widywali takich osób i nie znali ich osobiście (Chmielowiec 2012, s. 37).

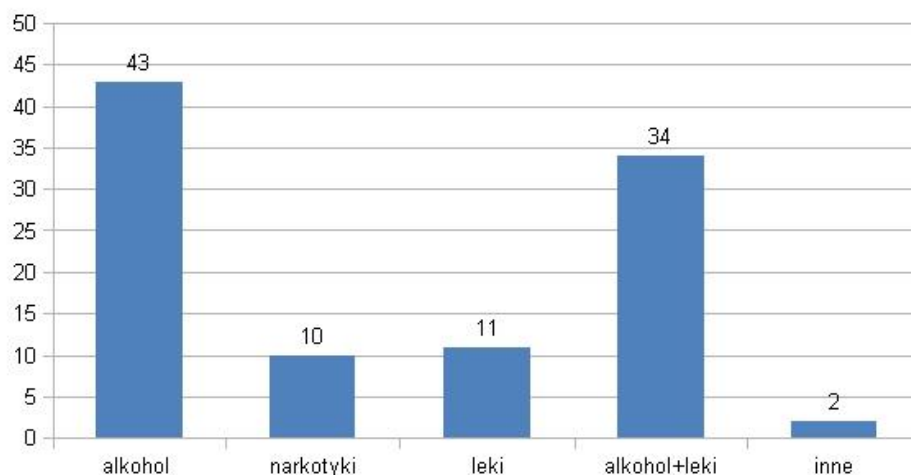
**Tabela 2. Osoby zażywające narkotyki we własnej grupie zawodowej – wg wiedzy ankietowanych. Opracowanie własne na podstawie danych Chmielowiec 2012, s. 38**

Wiedza o istnieniu w środowisku pracy osób używających narkotyków	Lekarze N=35		Pielęgniarki N=61		Policjanci N=79		Nauczyciele N=78		Ogółem N=235	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brak wiedzy	14	24,6	15	40,0	59	74,7	59	75,6	147	58,1
Słyszałem o takich osobach	1	2,8	8	13,1	0	0,0	0	0,0	9	3,6
Tak, są takie osoby	15	42,8	22	36,1	20	25,3	19	24,4	76	30,0
Widuję takie osoby, ale nie znam	5	14,3	16	26,2	0	0,0	0	0,0	21	8,3

Badania porównujące używanie alkoholu w profesjach medycznych i niemedycznych sygnalizują że u lekarzy występuje nie tylko większe ryzyko uzależnienia od alkoholu i innych substancji, ale również problemy typowe dla zjawiska nadużywania alkoholu są znacząco wyższe w medycznych zawodach, np. śmiertelność z powodu marskości wątroby (Firth-Cozens 2001, s. 218; Collier i wsp. 1993, s. 454; Wallace, Lemaire 2007, s. 2575), a także większy odsetek samobójstw oraz problemów małżeńskich niż u przedstawicieli innych zawodów. U lekarzy niepoddających się leczeniu stwierdzono częste choroby psychiczne, w tym chorobę afektywną dwubiegunową, osiową II (Fleming i wsp. 1996, s. 2). AMA ocenia, że co roku w USA z powodu alkoholu i narkotyków umiera tylu lekarzy, ilu jest uczniów w jednej lub dwóch klasach medycznych (Fleming i wsp. 1996, s. 2).

### 2.3 Badania w populacji uzależnionych lekarzy

Jak wynika z badań przeprowadzonych wśród uzależnionych od alkoholu lekarzy, poddawanych terapii w Klinice Oberberg, alkohol był najczęściej konsumowaną substancją uzależniającą wśród lekarzy; prawie 80% przypadków stanowił sam alkohol lub w połączeniu z lekami psychotropowymi.

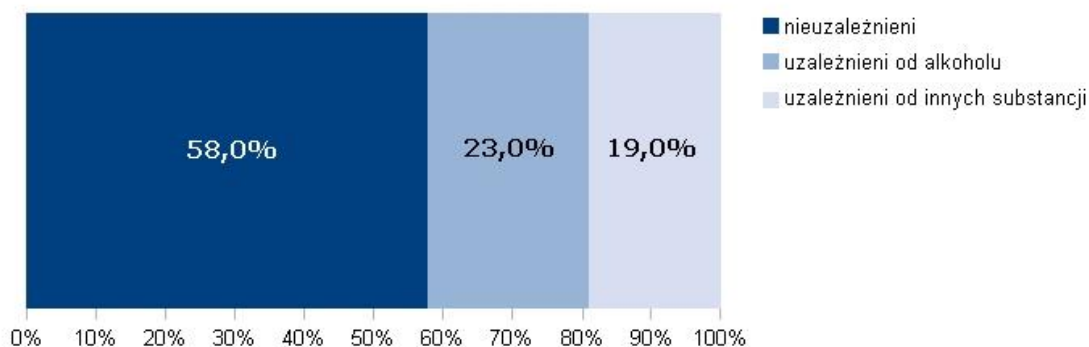


**Rycina 11. Specyfika uzależnień wśród lekarzy – wg rodzajów substancji psychoaktywnych – na przykładzie pacjentów Kliniki Oberberg. Opracowanie własne na podstawie Mäulen i wsp. 1991, s. 447**

W Polsce badania nad uzależnionymi lekarzami dotyczą głównie pacjentów klinik psychiatrycznych. W latach 1973–1979 przeprowadzono takie badania w Klinice Psychiatrycznej AM w Łodzi (Szefel 1982, s. 382–387), w latach 1977–1996 w II Klinice Psychiatrii Śląskiej AM w Tarnowskich Górach (Matysiakiewicz i wsp. 1999, s. 55–59), a w latach 1980–1991 w Klinice Psychiatrii AM w Lublinie (Perzyński 1993, s. 360–365).

W Klinice Psychiatrii AM w Łodzi przeprowadzono analizę kart statystycznych 617 hospitalizowanych osób. Stwierdzono, iż lekarze (6,9%) częściej od innych osób z wyższym wykształceniem (1,7%) przebywali w szpitalu z powodu uzależnień lekowych (Szefel 1982, s. 387).

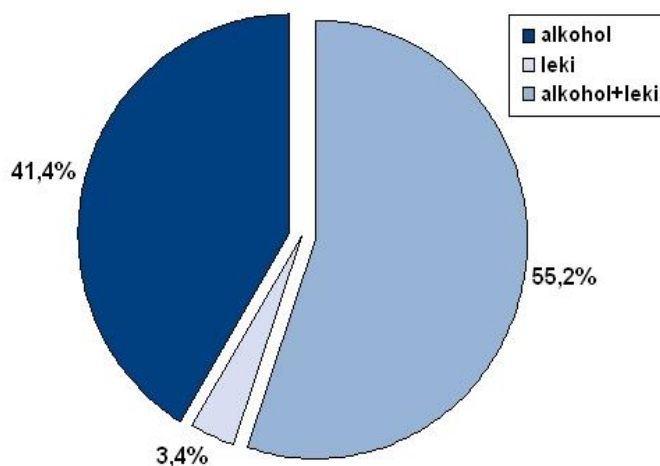
W II Klinice Psychiatrii Śląskiej Akademii Medycznej poddano analizie historie chorób hospitalizowanych tam lekarzy. Były to 124 osoby, z czego ponad 40% przebywało w klinice z powodu uzależnienia. Prawie połowa badanych była uzależniona od alkoholu, a blisko 70% od leków. Kobiety stanowiły niecałe 30% uzależnionych.



**Rycina 12. Hospitalizowani lekarze ze Śląskiej Akademii Medycznej – uzależnieni i nieuzależnieni od substancji psychoaktywnych. Opracowanie własne na podstawie danych Matysiakiewicz i wsp. 1999, s. 56**

Wszyscy alkoholicy przyjmowali benzodiazepiny w celu złagodzenia negatywnych skutków picia, objawów abstynencyjnych. Uzależnienie krzyżowe (alkohol+leki) występowało aż u 69% badanych (Matysiakiewicz i wsp. 1999, s. 56). Takie rozpowszechnienie politoksykomanii spowodowane jest łatwym w tej grupie dostępem do leków.

W Klinice Psychiatrii AM w Lublinie ocenie klinicznej poddano historie chorób 64 lekarzy medycyny, w tym 29 uzależnionych (Perzyński, Hennel, 1996, s. 458).



**Rycina 13. Hospitalizacja lekarzy w Klinice Psychiatrii AM w Lublinie – uzależnionych od alkoholu i leków. Opracowanie własne na podstawie danych Perzyński J., Hennel A., 1996, s. 459**

## **2.4 Rozpowszechnienie konsumpcji w populacji studentów kierunków medycznych**

Problemy związane z zażywaniem substancji psychoaktywnych mają swój początek najczęściej jeszcze na studiach. Wśród studentów medycyny może być nawet ok. 60% tych, którzy rekreacyjnie używają narkotyków i/lub piją alkohol (Avery i wsp. 2000, s. 159). Potwierdzają to wyniki badań wśród uzależnionych lekarzy poddających się terapii, gdzie znaczna część osób nadużywała alkoholu już w trakcie studiów, a w nielicznych przypadkach objawy uzależnienia pojawiły się jeszcze przed uzyskaniem dyplomu (Perzyński 1993, s. 362). Wymykająca się spod kontroli i ryzykowna konsumpcja alkoholu przez studentów jest opisywana w piśmiennictwie wśród ponad 15% studiujących nauki medyczne (Shah i wsp. 2009, s. 148). Wyniki badań w Polsce wskazują także na znaczący odsetek nadużywających alkoholu wśród studiujących nauki medyczne (Klimberg i wsp. 2008c, s. 529).

Również w badaniach zagranicznych zostało to potwierdzone. Wśród węgierskich studentów medycyny 4/5 przyznało się do aktualnej konsumpcji alkoholu (Bíró i wsp. 2008, s. 2168). Podobny odsetek odnotowano w populacji amerykańskich studentów, natomiast intensywna konsumpcja alkoholu („heavy drinking”), definiowana jako konsumpcja 5 i więcej okazjonalnych drinków na przestrzeni dwóch tygodni, dotyczyła aż 33,2% studiujących nauki medyczne (Baldwin i wsp. 2008, s. 159).

W badaniach obejmujących lekarzy, rezydentów, lekarzy stażystów i studentów medycyny zauważono, że 66% studentów medycyny, 60% lekarzy na stażu i 58% lekarzy leczących używa narkotyków (Avery i wsp. 2000, s. 159). Natomiast do kontaktu z narkotykami w pewnym momencie swojego życia, przyznawało się aż 78% studentów, najbardziej rozpowszechnione były: marihuana i kokaina (McAuliffe i wsp. 1986, s. 807).

### **3. Aspekty etyczne i prawne konsumpcji substancji psychoaktywnych przez lekarzy**

*Każdy lekarz jest odpowiedzialny za ochronę pacjentów przed uzależnionym lekarzem oraz za wsparcie dla uzależnionych kolegów.*

(Podręcznik Etyki Lekarskiej 2005)

Spożywanie alkoholu w pracy i podczas wykonywania czynności zawodowych nie jest nowym zjawiskiem. Już 2000 lat p.n.e. opisany został przypadek pijaństwa chińskich astrologów. W stanie nietrzeźwym zaniechali obowiązków i nie przewidzieli zaćmienia słońca. Przyplacili to życiem (Woronowicz 2008, s. 230). Przypadki wprowadzenia się w stan nietrzeźwości lekarzy w trakcie wykonywania swoich obowiązków zawodowych i nagłaśnianie tego zjawiska w mediach – pojawiają się nawet doniesienia w zagranicznych renomowanych czasopismach, opisujące karygodne przykłady wykonywania przez lekarzy swoich obowiązków w stanie upojenia alkoholowego (Graham 2006, s. 190) – prowadzi do obniżenia autorytetu zawodu lekarza. Przede wszystkim jednak taka sytuacja stanowi poważne zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów.

Kodeks Etyki Lekarskiej mówi jasno: *W czasie wykonywania swej pracy lekarz musi zachować trzeźwość i nie podlegać działaniu jakichkolwiek środków uzależniających* (KEL Art. 64). Natomiast Art. 78. podaje, iż – *lekarze, którzy nauczają studentów lub szkolą lekarzy, powinni swoim postępowaniem stanowić przykład godny naśladowania dla studentów i młodych lekarzy będących pod ich opieką*. Art. 4. UoZL stawia przed lekarzami obowiązek wykonywania zawodu zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Natomiast zgodnie z Art. 4. UoIL samorzady lekarzy sprawują pieczę i nadzór nad należytym i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza oraz ustanawiają obowiązujące wszystkich lekarzy zasad etyki i deontologii zawodowej oraz dbałość o ich przestrzeganie. W ocenie Maciejewskiego (Maciejewski 2003, s. 40) naruszenie art. 64 KEL jest trudne w ocenie. Pojawia się bowiem dylemat, czy danego lekarza należy zaliczyć do grona lekarzy łamiących kodeks etyki, czy zakwalifikować do osób chorych i wymagających leczenia. W cyklu artykułów dotyczącym KEL Zielonka, rozważając artykuł 64 KEL, zastanawia się, czy w związku z tym, iż lekarz od uzyskania dyplomu jest zawsze w pracy, nie powinien poprzestać na spożywaniu alkoholu do granic niewykluczających jego zdolności wykonywania

zawodu? (Zielonka 2004, s. 40).

Warto dodać, że wg KW: *wykroczenia dopuszcza się, kto wbrew obowiązkowi zachowania trzeźwości znajduje się w stanie wskazującym na użycie alkoholu lub podobnie działającego środka i podejmuje w tym stanie czynności zawodowe* (KW Art. 70).

## **4. Specyfika konsumpcji substancji psychoaktywnych**

### **4.1 Czynniki wpływające na konsumpcję**

Lekarze wymieniani są wśród tych zawodów, których przedstawiciele mogą mieć szczególnego rodzaju problemy z uzależnieniami od środków psychoaktywnych oraz być narażeni na depresję i problemy rodzinne (Setness 1997, s. 10; Raimer, Jurkat 2000, s. 12). Jest to wynikiem specyficznego obciążenia zawodowego osób, które zawodowo pomagają innym (Fengler 2001, s. 41). Lekarz to zawód charakteryzujący się pracą związaną z innymi ludźmi, z ich dramatami oraz z trudnymi emocjami, które mogą temu towarzyszyć, gdzie dodatkowo dostęp do środków psychoaktywnych jest łatwiejszy niż w innych środowiskach. Może to przyczynić się do częstszego sięgania po środki psychoaktywne, tym bardziej jeśli będzie to sposób wypróbowany już wcześniej.

Główne przyczyny zwiększonego ryzyka zażywania środków psychoaktywnych wśród lekarzy związane są z pewnymi aspektami wykonywanego zawodu (Casas, Gual 2005, s. 22; Setness 1997, s. 10; Stetter 2001, s. 88; Endres 2000, s. 28; Szrejner 2012, s. 12), takimi jak:

- wysokie wymagania zawodowe i w stosunku do siebie samego;
- długi czas kształcenia i doksztalcania się;
- stres związany z pracą;
- odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta;
- częste działania w ekstremalnych sytuacjach;
- łatwy dostęp do leków;
- powszechność samoleczenia;
- nieregularny czas pracy, w tym dyżury nocne;
- przeciążenie i przemęczenie pracą w kilku miejscach;
- duża liczba pacjentów;
- finanse;

- niestabilna sytuacja osobista;
- fałszywie pojęta „solidarność” zawodowa, przyzwolenie ze strony kolegów i rodziny;
- wypalenie zawodowe.

Profesor Czernikiewicz, prowadzący badania nad występowaniem chorób psychicznych i uzależnień wśród lekarzy, dowodzi, że istotny wpływ na tego typu przypadłości ma zarówno napięcie wynikające z ponoszonej odpowiedzialności, złej organizacji w miejscu pracy, niezadowolającej gratyfikacji, jak i konfliktów z życia osobistego, może to prowadzić do poszukiwania ukojenia w alkoholu i lekach narkotycznych (Biernacka 2012, s. 8). Zawód lekarza nie tylko charakteryzuje specyficzne obciążenie, ale jego przedstawiciele rzadko potrafią radzić sobie ze stresem i lękiem w pracy zawodowej. Środki psychoaktywne stają się wówczas pomocą. Jako najczęstsze motywy zażywania środków psychoaktywnych badacze (Jethon 1997, s. 176; Chruściel 1995, s. 13; Woronowicz 2003, s. 17) wymieniają:

- ucieczkę od zewnętrznych i wewnętrznych problemów;
- ucieczkę od niemiłych i niewygodnych faktów i wydarzeń;
- ułatwienie odprężenia i odpoczynku;
- chęć dobrego samopoczucia;
- złagodzenie stresu;
- ochronę przed depresją;
- pobudzenie przy zmęczeniu.

Wszystkie te czynniki mają ogromne znaczenie w środowisku medycznym. Choroba, jaką jest uzależnienie, nie wybiera, każdy może paść jej ofiarą, bez względu na wykształcenie, płeć, wiek czy status społeczny. W każdym przypadku także mechanizmy choroby są identyczne. Przebieg kliniczny uzależnienia u lekarzy jest taki sam jak u innych pacjentów. Kształtuje się postawa, w której przyjmowanie substancji dominuje nad innymi zachowaniami, postępuje utrata zdolności do kontroli zachowania, które przynosi szkody nie tylko zdrowotne, ale i zawodowe oraz społeczne. Wszystkie przejawy i stadia tej choroby mają swoiste społeczne aspekty. Mogą ją wywołać czynniki środowiska społecznego, a ona sama może powodować zakłócenia w życiu społecznym zarówno osoby chorej, jaki i ludzi, z którymi wchodziła ona w jakiegokolwiek interakcje społeczne (Tobiasz-Adamczyk 1995, s. 9).

W literaturze wyróżnia się dodatkowo szczególnie narażone na ryzyko



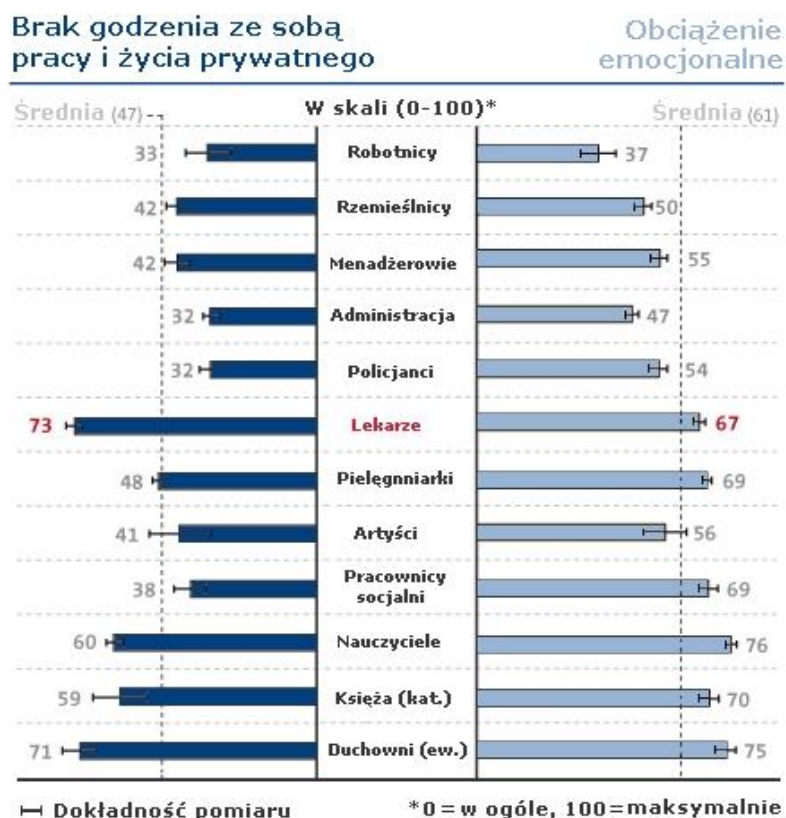
uzależnienia specjalizacje medyczne, przede wszystkim zabiegowe, w tym zabiegowcy, anestezjologowie (Jungerman 2012, s. 375).

W badaniu obejmującym grupę anestezjologów wykazano tendencję odwróconą w stosunku do większości innych specjalizacji, gdzie najpopularniejszą substancją jest alkohol. Anestezjologowie dużo częściej (59,6%) nadużywali opioidów (Palhares-Alves 2012, s. 356). U anestezjologów można także mówić o innym profilu dotyczącym ryzyka stosowania opioidów. Zazwyczaj nadużywanie następowało już w trakcie rezydentury lub w trakcie pierwszych lat praktyki klinicznej. Udowadnia to silny związek specyficznego uzależnienia z pracą anestezjologa (Palhares-Alves 2012, s. 356).

Warto zwrócić także uwagę na istnienie problemu wśród lekarzy weterynarii. Czynniki są bardzo podobne. Obciążenie przyswajaniem wiedzy i wiara w samoleczenie oraz „lojalni” koledzy. Lekarze zażywający zbyt duże ilości alkoholu, aby uchronić się przed negatywnymi skutkami nadmiernego spożycia i łatwiej ukryć swój problem, sięgają po benzodiazepiny (Lundberg 2009, s. 1482).

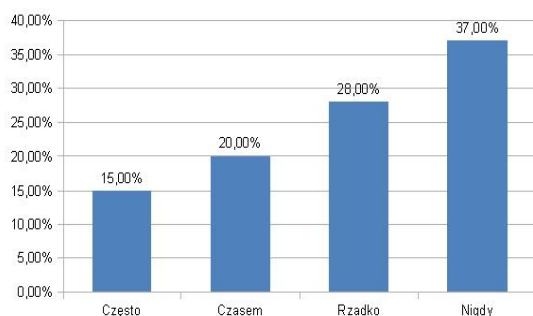
#### **4.2 Obciążenia w życiu zawodowym i prywatnym**

Uważa się, że jedną z ważnych przyczyn szkodliwego nadużywania substancji psychoaktywnych, głównie alkoholu, jest przemęczenie emocjonalne i fizyczne (Szrejner 2012, s. 12). Rycina 14 przedstawia poczucie obciążenia emocjonalnego w poszczególnych grupach zawodowych na podstawie badania COPSQ Copenhagen Psychosocial Questionnaire. Warto zwrócić także uwagę na fakt istnienia odrębnego rodzaju „żartów lekarzy”, o tematyce najczęściej grubiańsko-seksualnej i agresywnej, co podkreśla skalę napięcia towarzyszącego przedstawicielom tego zawodu (Fengler 2001, s. 97). Badania przeprowadzone przez Szczyrba-Maróń, Wons (Szczyrba-Maróń, Wons 2008, s.19) potwierdzają zależność pomiędzy częstością odczuwania trudnych sytuacji a radzeniem sobie z nimi poprzez picie alkoholu, a także zażywanie leków. Osoby, które mają poczucie częstych trudnych sytuacji, znacznie częściej usiłują radzić sobie z nimi w ten sposób. Początkowo korzystają z tych sposobów sporadycznie, jednak stopniowo usztywniają się w swoim zachowaniu i nie dostrzegają innych możliwości pomagania sobie.

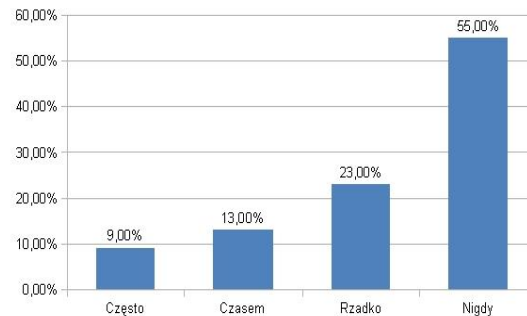


**Rycina 14. Poczucie obciążenia emocjonalnego w poszczególnych grupach zawodowych – za „Die Zeit” na podstawie badania COPSQ Copenhagen Psychosocial Questionnaire. Źródło: Viciano 2007**

Wśród badanych nie było osób, które nie przeżywałyby trudnych sytuacji, a do przeżywania ich bardzo często przyznała się 1/3 badanych (Szczyrba-Maróń, Wons 2008, s. 13). Wyniki badań udowodniły, że w grupie zawodowej lekarzy picie alkoholu oraz używanie innych środków psychoaktywnych jest jednym ze sposobów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi (Szczyrba-Maróń, Wons 2008, s. 14).



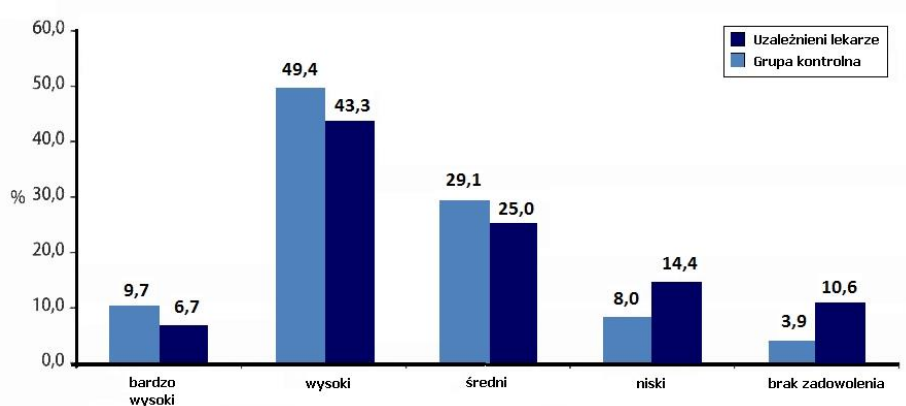
**Rycina 15. Radzenie sobie przez lekarzy z sytuacjami trudnymi za pomocą alkoholu. Opracowanie własne na podstawie danych: Szczyrba-Maróń, Wons 2008, s. 17**



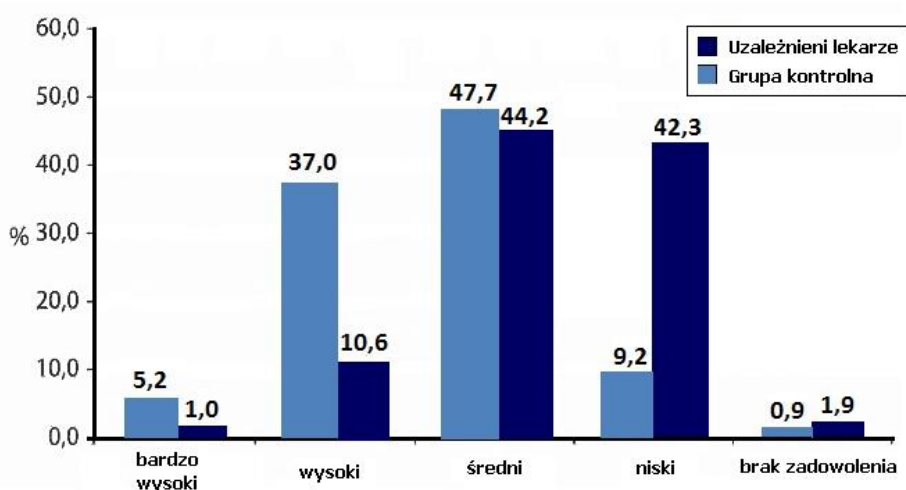
**Rycina 16. Radzenie sobie przez lekarzy z sytuacjami trudnymi za pomocą leków psychotropowych. Opracowanie własne na podstawie danych: Szczyrba-Maróń, Wons 2008, s. 17**

Dla 2/3 badanych picie było sposobem radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Prawie połowa korzystała z leków, głównie uspokajających oraz nasennych, jako sposobu radzenia sobie z takimi sytuacjami (Szczyrba-Maróń, Wons 2008, s. 14). Częstotliwość takiego sposobu reagowania nasilała się wraz ze stażem pracy (Szczyrba-Maróń, Wons 2008, s.16).

Obciążenie zawodowe wpływa w sposób istotny na poczucie zadowolenia z życia zawodowego i prywatnego. Badania przeprowadzone wśród uzależnionych lekarzy wskazują na niższy w tej grupie (w porównaniu do lekarzy niemających problemu z zażywaniem substancji psychoaktywnych) poziom zadowolenia z życia zawodowego i znacząco niższy poziom zadowolenia z życia prywatnego (Mundle i wsp. 2007, s. 274).



Rycina 17. Poziom zadowolenia z życia zawodowego wśród lekarzy. Źródło: Mundle i wsp. 2007, s. 274



Rycina 18. Poziom zadowolenia z życia prywatnego wśród lekarzy. Źródło: Mundle i wsp. 2007, s. 274

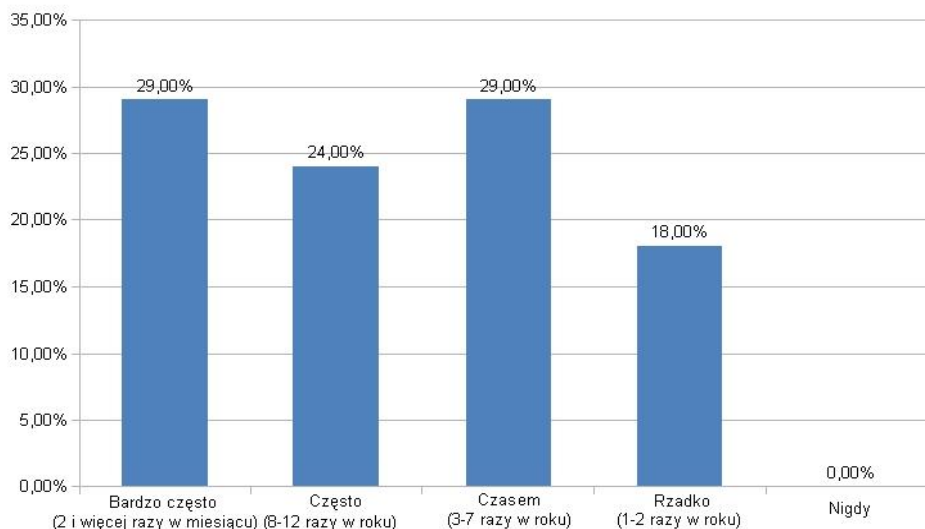
Posługiwanie się substancjami psychoaktywnymi w celu redukcji napięcia, odprężenia i ulgi zaliczane jest do tzw. objawów ostrzegawczych, czyli sygnałów, które mogą świadczyć o rodzącym się, bądź już istniejącym problemie. Zaliczamy do nich także spożywanie substancji w miejscach, gdzie nie powinno się tego robić, czyli np. w pracy (Woronowicz 1989, s. 58). Zagrożenie uzależnieniem powstaje, jeśli różne trudne sytuacje i złe doświadczenia nakładają się na siebie. Podstawowe potrzeby i rozładowanie napięcia realizowane są nie przez działania konstruktywne, ale przez środek psychoaktywny jako zamiennik. Oczekiwany efekt – np. „wyłączenia się z problemów/sytuacji” – jest szybki i odczytywany jako pozytywny. Jednocześnie pojawiają się konflikty z tym związane. W celu ich niwelowania dawka zostaje zwiększona. Dotychczasowy sposób rozwiązywalna problemu sam staje się problemem, długo bagatelizowanym problemem (Soukup, Schmale 2009, s. 287).

### 4.3 Stres

Związku stresu z zażywaniem substancji psychoaktywnych możemy szukać już wśród prymitywnych społeczności. Teoria lęku Donalda Hortona mówi o antropologicznym podłożu picia. Prymitywne społeczności używają alkoholu nie tylko w trakcie obrzędów religijnych, ale także w codziennym życiu w celu zmniejszenia lęków wywołanych poprzez niestabilne środowisko zewnętrzne. Im silniejszy stres środowiskowy, tym intensywniejsze picie. Alkohol postrzegany jako czynnik zmniejszający niepokój jest uniwersalnym kluczem do odpowiedzi na pytanie: „Dlaczego ludzie piją?”. Aktualnie wiadomo jednak, że alkohol nie zmniejsza lęku, a jedynie tłumi odczuwanie stanu zaniepokojenia (Kinney, Leaton 1996, s. 25).

Zawody związane z pomaganiem, gdzie ma miejsce częsty kontakt z ludźmi, a więc m.in. pielęgniarki i lekarze, nauczyciele czy pracownicy socjalni, uważane są za szczególnie narażone na sytuacje stresowe (Wons 2006, s. 410). Teorię tę potwierdza prowadzone na terenie Europy badanie ESENER, największe z dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy, ukazało rosnące zagrożenie czynnikami psychospołecznymi, takimi jak: stres, mobbing, molestowanie. Przy czym najczęściej stres w miejscu pracy spotykany jest w sektorze opieki medycznej i pomocy społecznej (91%) oraz edukacji (84%) (Ziemska 2012, s. 114). Wielu autorów zwraca uwagę na to, że głównym czynnikiem szkodliwym w obecnych warunkach zawodowych pracowników medycznych jest stres psychiczny (Konodyba-Szymański i wsp. 2006, s.

556; Woronowicz 2010, s. 23; Habrat 1997, s. 13). W badaniach kanadyjskich wskazano, że ponad połowa ankietowanych lekarzy postrzega praktykę medyczną za bardzo lub ekstremalnie stresującą. Prowadzi to do wypalenia zawodowego i staje się przyczyną niekonstruktywnego radzenia sobie ze stresem, a więc sięgania po substancje psychoaktywne (Wallace, Lemaire 2007, s. 2569). Podobne wyniki uzyskano w badaniu pracowników UMP.

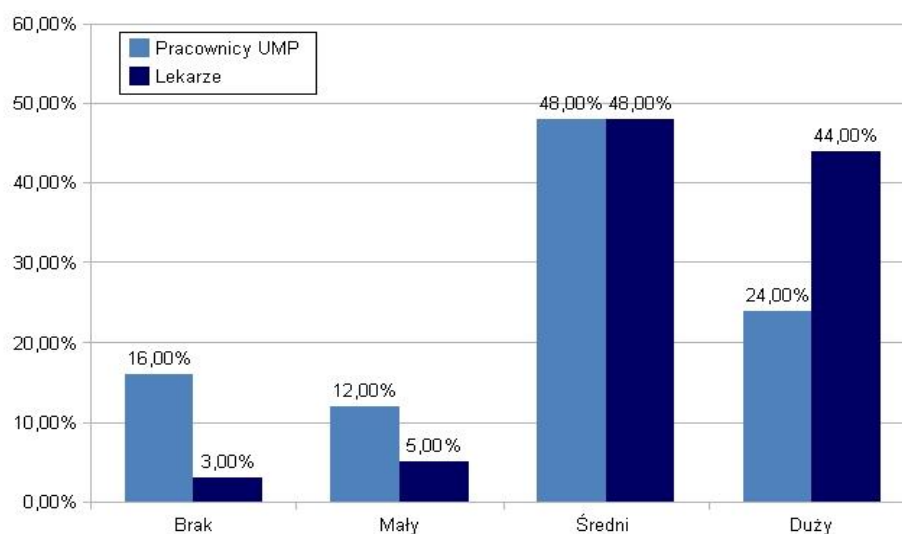


**Rycina 19. Częstość odczuwania trudnych sytuacji przez pracowników Uniwersytetu Medycznego. Opracowanie własne na podstawie danych Szczyrba-Maróń, Wons 2008, s. 4**

Stwierdzono, że lekarze są najbardziej narażoną na stres grupą pracowników. Wśród nich tylko 3% nie odczuwało stresu w miejscu pracy, wszystkie te osoby były zatrudnione tylko w jednym zakładzie pracy (Ziemska 2012, s. 114). Zauważono jednocześnie duże obciążenie stresem psychicznym pracowników medycznych, którzy pracowali na kilku etatach, w tym przewlekłe zmęczenie dotyczyło połowy ankietowanych (Ziemska, Marcinkowski 2010, s. 56). Lekarze najczęściej wiązali narażenie na stres z nadmiarem pracy i pośpiechem oraz agresją pacjentów, ale także ze stałą gotowością niesienia pomocy i troską o zdrowie pacjenta (Ziemska 2012, s. 114).

**Tabela 3. Subiektywna ocena poziomu narażenia na stres w miejscu pracy: 1) ogółu pracowników UMP i 2) lekarzy. Opracowanie własne na podstawie Ziemska 2012, s. 114**

Poziom stresu	Pracownicy UMP ogółem N = 1096		Lekarze N= 368	
	N	%	N	%
Brak	175	16,0%	11	3,0%
Mały	132	12,0%	18	5,0%
Średni	526	48,0%	177	48,0%
Duży	263	24,0%	162	44,0%



**Rycina 20. Subiektywna ocena pracowników UMP i lekarzy skali ich narażenia na stres w miejscu pracy. Opracowanie własne na podstawie: Ziemska 2012, s. 114**

Praca lekarza wiąże się z wieloma stresującymi sytuacjami, jakie każdego dnia mogą wynikać z konieczności działania pod presją czasu, podejmowania trudnych decyzji, od których może zależeć zdrowie i życie pacjenta (Marcinkowska i wsp. 2013, s. 153; Fengler 2001, s. 95). Przystosowanie do sytuacji stresowej, życia w pośpiechu, pod naciskiem naglących decyzji i szybkich działań staje się rzeczywistością, do której człowiek zaczyna się dostosowywać. W efekcie nie rozwija on strategii zmiany swoich warunków życiowych na bardziej ludzkie, tylko uczy się, mimo naporu obowiązków, jeszcze przez jakiś czas radzić sobie zawodowo.

Przyczyny stresu doświadczanego przez lekarzy wg Marcinkowska i wsp. 2013, s. 153:

<b>Organizacja pracy</b>	praca zmianowa; praca zespołowa (często); czas pracy (długotrwałe dyżury); rozbudowane procedury administracyjne; praca na dwóch lub kilku etatach (szpital, poradnia, gabinet); brak wsparcia ze strony starszych kolegów (w przypadku lekarzy stażystów i lekarzy rezydentów); niska kultura organizacji; niewłaściwe zarządzanie placówkami medycznymi;
<b>Czynniki osobowościowe</b>	chęć sprostania wysokim wymaganiom społecznym; preferowane przez jednostkę style radzenia sobie ze stresem (aktywne/pasywne; zadaniowe/emocjonalne); konieczność sprostania wysokim wymaganiom etycznym;
<b>Konflikt ról (work-life-balance)</b>	trudności w realizowaniu ról rodzinnych; brak czasu na hobby i odpoczynek; zakłócenia w wypełnianiu obowiązków domowych; nieuregulowany styl życia;
<b>Relacje z innymi ludźmi</b>	„czujne oko” kontroli społecznej, w tym mediów; konflikty ze współpracownikami i przełożonymi; niemożność sprostania oczekiwaniom i żądaniom pacjentów; roszczeniowi pacjenci.

Używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych jest jedną ze strategii radzenia sobie ze stresem. Spełnia głównie funkcje regulacji stanu emocjonalnego, zredukowania napięcia, poprawy nastroju, odprężenia się, pozwala na zapomnienie o kłopotach. Zalicza się do strategii ucieczkowo-unikowych (Matusiewicz, Hofman 2005, s. 58; Siemińska, Dawid 1997, s. 532; Woronowicz 1989, s. 13). Wyniki badań ankietowych, przeprowadzonych przez Szczyrbę-Maróń i Wons (Szczyrba-Maróń, Wons 2008, s. 18) wśród lekarzy aktywnych zawodowo, potwierdziły zależności pomiędzy doświadczeniem sytuacji stresogennych a łagodzeniem ich za pomocą środków psychoaktywnych. Niektóre osoby piją, by obniżyć poziom lęku lub stresu, co może prowadzić do nadużycia substancji psychoaktywnych, a w końcu do uzależnienia. Stres psychiczny może przyczyniać się do sięgania po alkohol oraz uruchamiać podatność na wpływ alkoholu. Bardzo podobny efekt fizyczny i psychiczny daje

uzależnienie od barbituranów; często obydwie uzależnienia są łączone ze sobą (Seligman i wsp. 2003, s. 616). Osoby żyjące w długotrwałym lęku i stresie często sięgają po środki uspokajające i psychotropowe, głównie benzodiazepiny (Janiszewski 2006, s. 23). Dodatkowo spożycie substancji psychoaktywnych rośnie wraz z nasileniem sytuacji stresowej. Jak udowodniono, dzieje się tak, ponieważ alkohol i narkotyki mają właściwości kompensowania niedoboru endorfin, których poziom spada po przeżyciu napięcia (Klimasiński 2000, s. 56). Ziemska (Ziemska 2012, s. 58) podkreśla antyzdrowotne sposoby radzenia sobie ze stresem, w tym: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, stosowanie narkotyków, zażywanie leków uspokajających, nasennych. W badaniach do palenia papierosów, jako środka radzenia sobie ze stresem, przyznało się prawie 15% pracowników, a do konsumpcji alkoholu 17,42% (Ziemska, Marcinkowski 2010, s. 56). Życie w przewlekłym stresie i nieumiejętność rozładowania napięcia sprzyja także rozwojowi nikotynizmu (Janiszewski 2006, s. 24). Wielu lekarzy sygnalizuje, że problem zaczyna się już podczas studiów, gdzie alkohol i inne substancje stają się pomocnikiem studentów, a później młodych lekarzy w zmaganiu ze stresem, którego doświadczają na co dzień (Firth-Cozens 2001, s. 218). Zawód lekarza związany jest z szeroko rozumianym stresem, a co za tym idzie z koniecznością wypracowania skutecznej strategii radzenia sobie z nim. Brak wiedzy na temat konstruktywnych metod radzenia sobie doprowadza do sięgania po różnego rodzaju środki psychoaktywne. Jeśli substancje chemiczne są używane w celu radzenia sobie, to ryzyko uzależnienia wzrasta (Szczyrba-Maróń, Wons 2008, s. 19).

#### **4.4 Przyzwolenie środowiska**

Środowiskowym problemem w służbie zdrowia jest brak zdecydowanej reakcji na fakt stwierdzenia nietrzeźwości kolegi lekarza w trakcie wykonywania obowiązków, takie zdarzenie jest z zasady pomijane milczeniem i utrzymywane w tajemnicy, co pozwala na dalsze trwanie w uzależnieniu bez żadnych konsekwencji. Konstruktywną reakcją na zauważalny problem z zażywaniem substancji powinno być zdecydowane: „Jesteś chory, idź się leczyć”. Niestety nadal jeszcze często jako wstyd rozumiane jest nie ryzykowne i szkodliwe spożywanie substancji psychoaktywnych, a fakt przyznania się do choroby i podjęcia leczenia.



Z badań przeprowadzonych przez Chmielowiec (Chmielowiec 2012, s. 50) wynika, że przedstawiciele grupy zawodowej lekarzy, w porównaniu do innych zawodów, w znacznie większym stopniu dopuszczają możliwość wykonywania pracy przez osoby z doświadczeniem w zażywaniu narkotyków. Poblężliwość środowiska oraz rodziny jest czynnikiem pozwalającym lekarzom na działanie zawodowe pomimo rozwiniętego uzależnienia. Lekarze o bardziej liberalnej postawie wobec narkotyków oraz ci, którzy eksperymentowali z narkotykami w przeszłości, mogą być także bardziej skłonni do umniejszenia znaczenia nadużycia narkotyków przez kolegów. Co się z tym wiąże, mniejsze będzie prawdopodobieństwo ich interwencji (Chmielowiec 2012, s. 50). W interesie rodziny uzależnionego lekarza jest natomiast zainteresowanie, żeby ten nie stracił pracy lub stanowiska funkcyjnego, a podyktowane jest to przede wszystkim względami finansowymi, których utrata może pociągać za sobą pogorszenie statusu materialnego najbliższych, oraz względami emocjonalnymi. Sami lekarze z uwagi na nabyte wiadomości i doświadczenie zawodowe są w stanie racjonalizować i pomniejszać nawarstwiający się problemy oraz korzystać z mechanizmów obronnych, czym tłumaczą najbliższym swoje zachowanie.

#### **4.5 Dostęp do leków psychoaktywnych**

Aspektem wyróżniającym zawody medyczne jest ułatwiony dostęp do substancji psychoaktywnych w postaci leków, jest to czynnik mogący naruszyć równowagę psychiczną (Fengler 2001, s. 96). Podręcznik *Interna* Harrisona (Schuckit 2001, s. 2323) zalicza lekarzy, pielęgniarki i farmaceutów do grupy zwiększonego ryzyka, głównie z powodu łatwego dostępu do substancji psychoaktywnych. Lekarze mogą zacząć stosować opiaty w celu niwelowania stresu lub bólu fizycznego. Podkreśla się także, iż te grupy zawodowe cechują się dużym ryzykiem rozwoju uzależnienia od bardzo silnie działających narkotyków.

Kolejny problem wynika z tego, iż wielu lekarzy, mając łatwy dostęp do leków, zaczyna stosować je dla złagodzenia niepożądanych skutków nadmiernego spożycia alkoholu. Leki są także „łatwiejsze” w zastosowaniu. Dzięki niektórym z nich można wprowadzić się w stan zbliżony do upojenia alkoholowego, a na zewnątrz nikt nie poczuje podejrzanego zapachu. Niestety prowadzi to do wykształcenia się dodatkowego uzależnienia. Odstawienie leku jest dużo trudniejsze niż zaprzestanie picia.

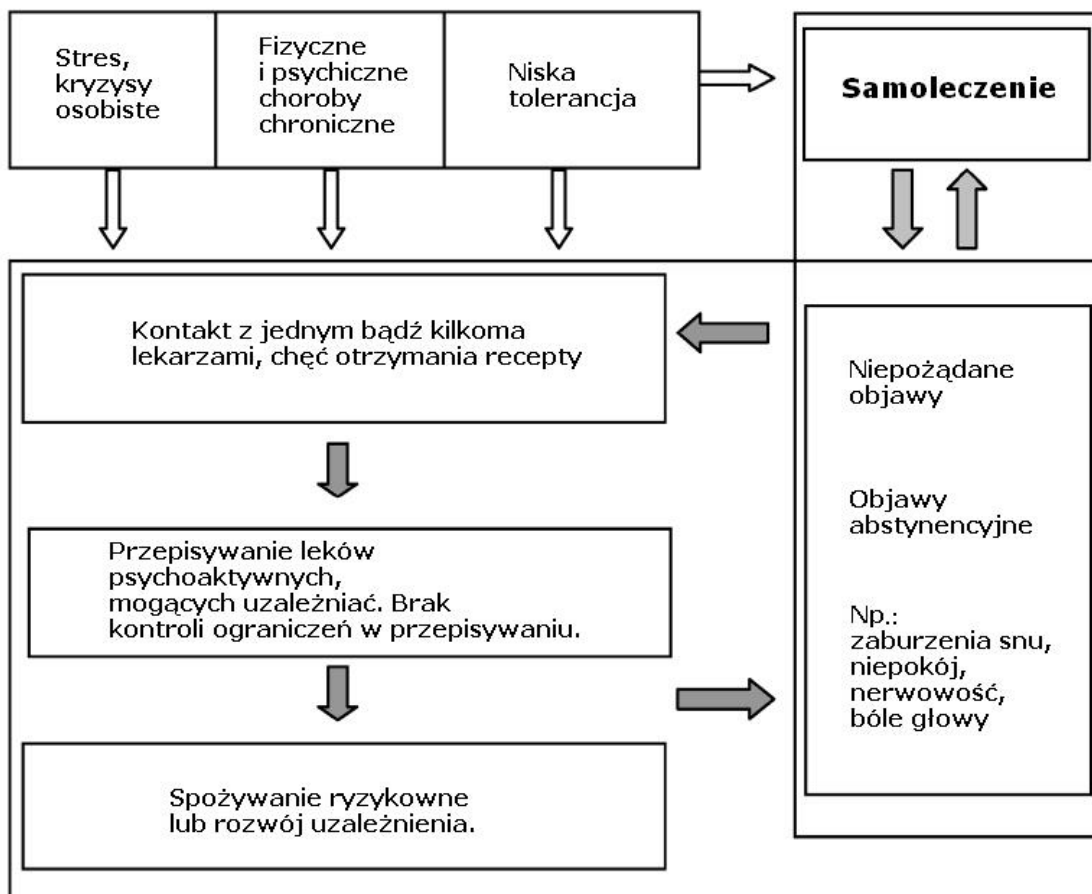
## 5. Trudności w poddawaniu się leczeniu przez lekarzy

*Obowiązkiem lekarza jest, po pierwsze – uzdrowić własny umysł i dać sobie pomóc,  
zanim zacznie się pomagać innym.*

(Słowa ateńskiego lekarza)

Poważny dylemat dotyczący poddawania się przez lekarzy leczeniu podnosił już antyczny pisarz Ezop, pytając: „Dlaczego, doktorze, lecząc innych, nie leczysz się sam?”. Powyższa zagadka wydaje się szczególnie ważna w perspektywie tematu pracy. Lekarze ratując życie i zdrowie innych, często sami rujnują swoje zdrowie fizyczne i psychikę. Bardzo charakterystyczne jest racjonalizowanie problemu. Słowa uzależnionego lekarza, dr. Jakuba - *Mówiłem sobie: jestem uzależniony, ale mi to odpowiada, bo tak naprawdę nic się nie dzieje. Bo przecież wykonuję swoje obowiązki. Pomimo że piję i to w sposób niekontrolowany, to jestem doktorem i jakoś sobie daję radę, chodzę do pracy. mam przyszłościowy zawód, status społeczny. I to było dla mnie ważne – pozwalało mi pić dalej* (Szczepocka 1995a, s. 8). Często w konfrontacji z problemem jesteśmy w stanie przystosować się do danej trudności i żyć z nią dalej. Im lepiej potrafimy się przystosować do problemu, tym dłużej będziemy zwlekać ze zwróceniem się do specjalisty, do czasu kiedy już nie będzie wyjścia (Kalinowska 2011, s. 29). Na tej zasadzie opóźniane może być także podejmowanie leczenia w przypadku problemu z zażywaniem substancji psychoaktywnych. Substancja początkowo przyjmowana w celu zniwelowania problemów fizycznych lub psychicznych staje się sama źródłem problemu. Rycina 21 przedstawia błędne koło nadużywania leków.

Ponadto uzależnienia w tej grupie zawodowej są zazwyczaj później wykrywane i poddawane leczeniu. Wynika to z podejmowania przez uzależnionych lekarzy wysiłków w celu ochrony wizerunku i pozycji zawodowej (Berge i wsp. 2009, s. 139).



**Rycina 21. Błędne koło nadużywania leków. Jacobowski, Kunstmann, Schwantes. Źródło: Bundesärztekammer DEUTSchland 2007, s. 16**

Do najistotniejszych przeszkód w terapii, charakterystycznych dla środowiska medycznego, zaliczyć można:

- mechanizmy zaprzeczenia i racjonalizowanie problemu;
- pobłażliwość środowiska;
- wstyd przed wejściem w rolę pacjenta;
- samoleczenie;
- problemy w diagnozie;
- wydłużony w czasie przebieg choroby.

### **5.1 Mechanizmy zaprzeczenia i racjonalizowanie problemu**

Istotnym problemem związanym z terapią są bardzo silne mechanizmy zaprzeczenia zarówno u chorego, jak i jego rodziny, kolegów w pracy oraz przełożonych (Habrata 1997, s. 13). Chorzy często nie akceptują objawów swojej

choroby. Nie chcą zauważyć, że w trakcie rozwoju uzależnienia tracą kontrolę nad swoim życiem. Często minimalizują wagę swojego problemu, a ponadto racjonalizują powody przyjmowania środków psychoaktywnych. Inteligencja niezbędna do wyuczenia się zawodu pozwala lekarzom stosować wszystkie techniki racjonalizowania, zaprzeczenia i oporu (Berge i wsp. 2009, s. 143). Lekarze częściej niż inni zaprzeczają swojemu problemowi, częściej także źródła swoich problemów poszukują na zewnątrz (Szrejner 2012, s. 12). W specyficzny sposób uzasadniają swoje zachowania, np. że używanie kokainy w czasie dyżuru utrzymuje ich w stanie gotowości, kiedy są zmęczeni, inni tłumaczą, że wdychanie podtlenku azotu pomaga im się zrelaksować (Avery i wsp. 2000, s. 157). Jednocześnie często wychodzą z założenia, że konsumpcja alkoholu i innych środków psychoaktywnych to sprawa prywatna, a nie zagadnienie medyczne, i nie postrzegają jej jako problemu uzależnienia, a jedynie jako formę odreagowania stresu (Ziemska 2012, s. 107; Fudała 2007, s. 7).

## **5.2 Poblążliwość środowiska**

Poblążliwość środowiska, a przede wszystkim postawa wspierająca kolegów i rodziny, pozwala osobie zażywającej środki psychoaktywne dłużej funkcjonować zawodowo (Florkowski i wsp. 2008, s. 40). W badaniach stwierdzono wysoką tolerancję w środowisku lekarskim na zachowania osoby uzależnionej w miejscu pracy. Nawet pomimo odurzania się w miejscu pracy i zachowań budzących sprzeciw chorych (Matysiakiewicz i wsp. 1999, s. 59). Uzależnieni mają wśród współpracowników „dobrych” kolegów, którzy ułatwiają im nieponoszenie konsekwencji, przez co problem nie rysuje się tak ostro (Woronowicz 2010, s. 22). Podczas wywiadów uzależnieni lekarze poddający się stacjonarnej terapii w większości przyznali, że inni pomagali im ukrywać ich stan nietrzeźwości podczas pełnienia obowiązków zawodowych, a jedynymi karami, w nielicznych przypadkach, było przesunięcie na mniej odpowiedzialne stanowisko (Perzyński 1993, s.362). Biernacka (Biernacka 2012, s. 9) określa tę sytuację istnieniem zjawiska tzw. sprzątaczy i pomagaczy, czyli lekarzy, którzy np. zastępują niezdolnych do pracy kolegów na dyżurach i tym samym dają przyzwolenie na narkomańskie zachowania. Często właśnie osoby z otoczenia chorego wchodzi w mechanizmy współzależnienia, najczęściej z dobrej woli i chęci pomocy. Prowadzi to do fałszywej solidarności zawodowej (Habrak 1997, s. 13). W relacje współzależnienia wchodzi także wielu pracodawców. Zaczynają od unikania

konfrontacji z faktami: „To niemożliwe, to nie mogło się jemu przydarzyć”. Łatwiej jest zaprzeczyć faktom i zgrabnie je wytłumaczyć, niż podjąć działania, często mylnie rozumiane jako „mieszanie się” lub „chodzenie po polu minowym” (Ameisen 2012, s. 25). Przełożeni w dobrej wierze usiłują często traktować osoby pijące problemowo lub przyłapano na picciu w pracy po ojcowsku. Prawią kazania, wychowują, doradzają, próbują zrozumieć, terapeutyzować, współczują. Czasami nie chcą zrobić „krzywdy” koledze albo jest im niezręcznie zwrócić uwagę, ponieważ łączą ich z taką osobą bliskie koleżeńskie relacje (Pomianowski 2007, s. 18; Woronowicz 2010, s. 22).

Istotna jest także postawa wspierająca rodziny, która może wynikać z potrzeby utrzymania środków finansowych (Florkowski i wsp. 2008, s. 40).

Zaburzenia spowodowane zażywaniem środków psychoaktywnych, w szczególności alkoholu, są zazwyczaj leczone dyskrecjonalnie, przez zaprzyjaźnionych lub polecanych, zaufanych kolegów. Hospitalizacja, jeśli się odbywa, to najczęściej na oddziałach somatycznych, nie w celu leczenia, a wyłącznie usunięcia objawów abstynencyjnych (Perzyński 1993, s. 362).

Środowiskowa lojalność, krycie kolegów, zjawisko fałszywej solidarności zawodowej, polegającej na pomaganiu w nieponoszeniu odpowiedzialności za zachowania związane z piciem alkoholu, wypisywanie zwolnień z powodu chorób somatycznych, zastępstwa, ukrywanie kompromitujących faktów, uspokajanie sumienia kolejnymi detoksykacjami, a dodatkowo utrwalone w naszym kraju społeczne przyzwolenie i akceptacja picia w pracy oraz postawa wspierająca rodziny składają się na zaburzone rozumienie problemu zarówno przez samego chorego, jak i jego środowisko pracy i życia.

### **5.3 Wstyd przed wejściem w rolę pacjenta**

Przedstawicielom zawodów o wysokim statusie społecznym jest szczególnie trudno uwierzyć, że ich choroba zostanie zrozumiana przez środowisko (Selvig, Riley 1994, s. 54). Wśród powodów niepodejmowania przez lekarzy terapii najważniejszy wydaje się wstyd przed przyznaniem się do problemu. Zawód ten wiąże się z uznaniem społecznym i licznymi profitami, jednocześnie niesie ryzyko napiętnowania, jeśli problem wyjdzie na jaw (Dudrak 2009, s. 15). Istota problemu tkwi przede wszystkim w stereotypowym postrzeganiu uzależnienia i osób uzależnianych jako marginesu społecznego (Habrat 1997, s. 13), panuje przekonanie, że picie czy upijanie się to nic

wstydlwego, natomiast wstydlwe jest leczenie się (Woronowicz 2010, s. 23). Samo umieszczenie alkoholizmu w kategorii chorób\* wywołało wiele kontrowersji także w środowisku lekarskim. Do teraz są osoby twierdzące, że trochę silnej woli wystarczy, aby poradzić sobie z problemem. Może to wynikać z wcześniejszego klasyfikowania uzależnień w kategorii zaburzeń moralnych (Pyłypczuk 2013, s. 21). Na podstawie badań przeprowadzonych w latach 80., w ramach programu „Ludzie pomagający ludziom z problemem alkoholowym”, stwierdzono ogromne deficyty wśród pracowników służby zdrowia w zakresie rozpoznawania i leczenia uzależnień. Ponad 75% badanych uważała alkoholików za degeneratów, połowa sądziła, że należy ich karać oraz że konsekwencje prawne mogą być skuteczną metodą. Ponad 40% twierdziło, że nie jest to choroba i takiej osobie nie można pomóc (Węgrzecka-Gilun 2001, s. 5). Także z innych badań wynika, że lekarze na pacjentów z problemem alkoholowym reagują przeważnie potępiająco i wartościują negatywnie jako pasożytów społecznych (Fengler 2001, s. 86; Chmielowiec 2012, s. 99). Uwolnienie diagnozy od oceny nie jest łatwe, ale niezbędne dla rozumienia uzależnienia jako problemu medycznego, a nie społecznego (Fudała 2007, s. 7). Należy pamiętać, że zachowania manipulacyjne są obrazem klinicznym, a nie moralnym, a upośledzenie kontroli przyjmowania objawem uzależnienia, a nie przejawem słabej woli (Habrat 1997, s. 15). Natomiast przedstawiciele zawodów medycznych chorują tak samo często, w takim samym stopniu ciężko oraz równie często śmiertelnie jak inni (Czarnecki 2004, s. 9). Dobrze wyrażają to słowa farmaceutki uzależnionej od leków podczas stacjonarnej terapii: „Mamy co prawda inny status społeczny, ale w obliczu uzależnienia jesteśmy tylko ćpunami” (Gieseke 2009, s. 1660). Wielu lekarzom jest natomiast niezmiernie trudno znaleźć się po „drugiej stronie”, czyli funkcjonować w roli pacjenta (Woronowicz 2010, s. 23). Obawę budzi często także możliwość spotkania na terapii swojego pacjenta czy podległego współpracownika (Woronowicz 2010, s. 23).

Zarówno lekarze, jak i studenci niechętnie zgłaszają się po profesjonalną pomoc (Adshaed 2005, s. 332; Siamak 2012, s. 6). Bardzo często osoby przyzwyczajone do udzielania pomocy innym nie potrafią tej pomocy przyjmować (Woronowicz 2010, s. 23).

---

\* W 1946 r. amerykański lekarz czeskiego pochodzenia Elvin Morton Jellinek jako pierwszy określił alkoholizm jako chorobę i podał własną definicję: „alkoholizm jest to wszelkie używanie napojów alkoholowych, które powoduje szkody indywidualne i społeczne”. Źródło: Kinney, Leaton 1996, s. 63.

## 5.4 Samoleczenie

Według teorii Antoniego Kępińskiego, człowiek we współczesnej cywilizacji, zanim poszuka pomocy lekarskiej czy psychologicznej, najpierw sam próbuje zredukować napięcie wynikające z sytuacji stresowej. Czyni to, przyjmując, wg własnego uznania, substancje psychotropowe, narkotyki, a w szczególności alkohol (Janiszewski 2006, s. 24). Patrząc z czysto ludzkiego punktu widzenia, w każdej sytuacji, gdy już wiemy, że coś przestało działać, w naturalnym odruchu próbujemy poradzić sobie we własnym zakresie, wykorzystując wszelkie posiadane zasoby – wiedzę, doświadczenie, różnego rodzaju „narzędzia” (Kalinowska 2011, s. 29).

Zdecydowanie powszechniejsze stosowanie w grupie lekarzy samoleczenia często prowadzi do uzależnienia krzyżowego alkohol–leki (Perzyński 1993, s. 363; Woronowicz 2010, s. 23). W badaniu uzależnionych lekarzy podczas leczenia stacjonarnego stwierdzono, że wszyscy stosowali możliwość wypisywania sobie recept i samoleczenie w celu usunięcia negatywnych objawów picia. Efektem tego było stopniowe rozwijanie się drugiego uzależnienia (Perzyński 1993, s. 362).

Lekarze to grupa, której przedstawiciele w szczególny sposób są przekonani, że wiedza i umiejętności leczenia innych zabezpieczają ich samych przed popadnięciem w uzależnienie, a także że dzięki swoim umiejętnością są w stanie pomóc samym sobie. W przypadku uzależnień jest to, niestety, wyjątkowo błędne rozumowanie (Woronowicz 2010, s. 23; Endres 2000, s. 28; Florkowski i wsp. 2008, s. 40). Pogląd, że wiedza i umiejętności leczenia innych zabezpieczają lekarza przed uzależnieniem, jest tak samo błędny jak to, że onkolog nie zachoruje na raka. Organizm lekarza, jak każdy inny, uzależni się nieodwracalnie od każdej substancji modulującej nastrój. Przykładem takiego zaburzonego myślenia jest poniższy przypadek opisany we fragmencie książki "Uzależnione myślenie" (Twerski 2001, s. 10):

*Pewien utalentowany kardiolog przez całe lata intensywnie pił. Z czasem jednak zaczął doświadczać skutków porannego kaca. Chociaż codziennie pracował w swoim gabinecie i w szpitalu, przed południem czuł się źle. Mimo to uważał, że pije „tylko towarzysko” i twierdził, że to jego żołądek w jakiś niewłaściwy sposób wchłania alkohol – za dużo zostawało w nim do następnego dnia. Ów lekarz przypomniał sobie, że na studiach uczestniczył w badaniu poświęconym trawieniu. Podawano mu wtedy odmierzone ilości pożywienia, a po 45 minutach wprowadzano sondę przez nos do żołądka i usuwano jego zawartość, którą następnie poddawano analizie laboratoryjnej.*

„Nabrałem wprawy w takim wpuszczaniu sondy – wspominał lekarz – i wydawało mi się, że taki zabieg może być ratunkiem na poranne dolegliwości. Wieczorem przed położeniem się do łóżka zapuszczałem rurkę i opróżniałem żołądek. Tak jak przypuszczałem, budziłem się nazajutrz ze znacznie lepszym samopoczuciem. Robiłem tak co wieczór przez sześć następných tygodni. Przestałem to robić tylko dlatego, że rurka bardzo podrażniła mi gardło, powodując obrzęk. Zacząłem się obawiać, że będę potrzebował tracheotomii, żeby móc oddychać. Ale ani razu, ani jednego razu w ciągu tych sześciu tygodni nie przyszło mi do głowy, że ktoś, kto pije tylko towarzysko, nie musi co noc wypompowywać sobie zawartości żołądka”.

Niezależnie od wykonywanego zawodu, wykształcenia, wiedzy i umiejętności nie ma żadnej możliwości samowyleczenia się lekarza, choćby posiadał największą wiedzę medyczną. W tym przypadku nic bardziej fałszywego niż podejście, które wyraża znana sentencja pochodząca z Ewangelii św. Łukasza (Łk 4, 23): *Medice, cura te ipsum* (Czarnecki 2004, s. 9).

## 5.5 Problemy w diagnozie

Proces ustalenia diagnozy, a następnie terapii w przypadku lekarzy jest często bardzo trudny lub opóźniony (Biernacka 2012, s. 8; Reimer i wsp. 1996, s. 482). Lekarze uważają się za szczególną grupę (z poczuciem sprawstwa i nierzadko władztwa), w związku z tym kryteria rozpoznawania alkoholizmu czy nadużywania innych substancji psychoaktywnych jakby ich nie dotyczą (Biernacka 2012, s. 9). Natomiast w rzeczywistości przebieg zaburzeń psychicznych w populacji lekarskiej jest zazwyczaj gorszy i wyższe jest ryzyko skutecznego samobójstwa, także ze względu na większą wiedzę i lepszy dostęp do leków oraz metod „chirurgicznych” (Biernacka 2012, s. 8). Terapeuci twierdzą zgodnie, że postępowanie z uzależnionymi kolegami jest zadaniem bardzo trudnym i mało wdzięcznym, lekarze są jednymi z najtrudniejszych pacjentów. Istotne są trudności już na początku procesu terapii, w samej diagnozie, która głównie opiera się na wywiadzie, a lekarze silnie racjonalizują problem. Wielu lekarzy nie prosi o pomoc, niechętnie podejmuje terapię, wstydy się rozpoznania, wierzy, że wiedza ich ustrzeże i że sobie poradzą. Niektórzy z nich umierają na oczach kolegów, na przykład na marskość wątroby. 90% lekarzy jest nieświadomych choroby u najbliższych, współpracowników i u siebie. (Szczepocka 1995b, s. 6; Habrat 1997, s.



13; Michelowicz, Woźniak 2004, s. 35).

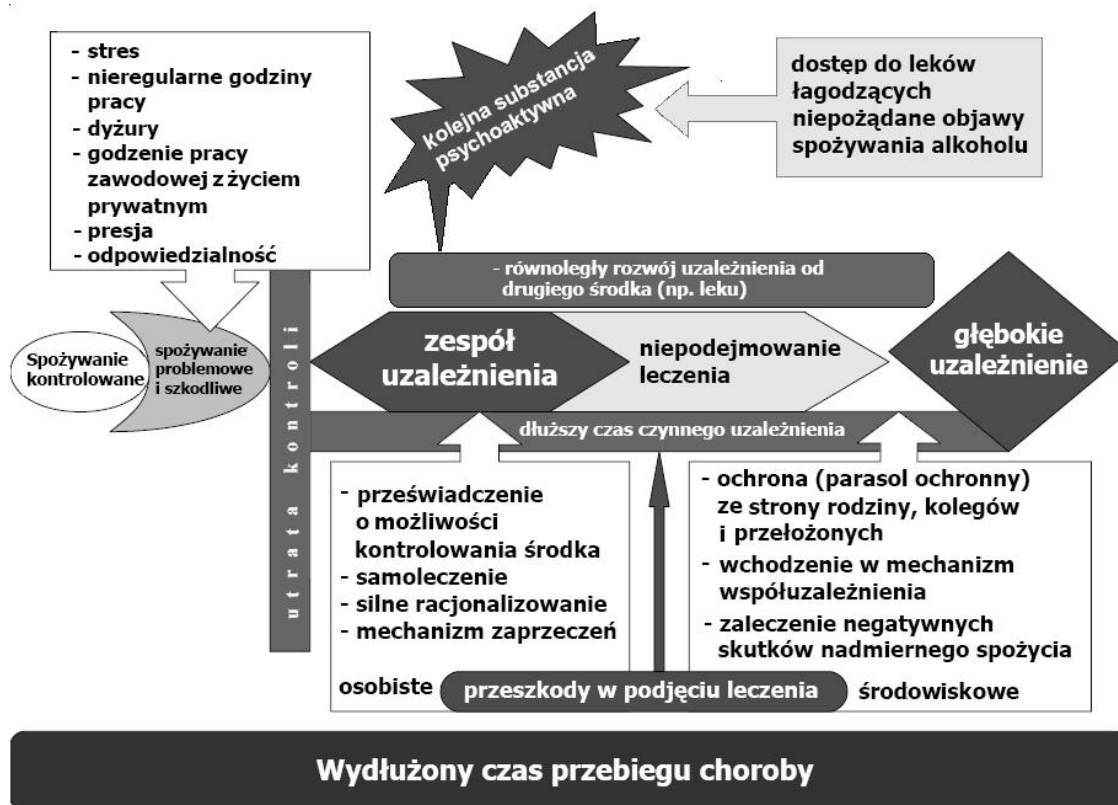
Także przebieg samego leczenia może być zaburzony wieloma czynnikami specyficznymi dla przedstawicieli zawodów medycznych:

- brak umiejętności przyjmowania pomocy i duża trudność w funkcjonowaniu w roli pacjenta;
- subiektywne przekonanie o możliwości poradzenia sobie samemu;
- stawianie sobie błędnej diagnozy (np. nie alkoholizm, lecz depresja);
- koleżeńskie (towarzyskie) relacje z niedoświadczonymi terapeutami;
- wpływanie na dobór terapeuty;
- wymuszanie odchodzenia od standardów i obowiązujących norm;
- szczególne traktowanie – „układy”;
- krytyczny stosunek do informacji przekazywanych przez innych specjalistów (psychologa czy terapeutę uzależnień);
- respekt ze strony personelu średniego i niższego – leczy się nie pacjent, lecz „pan doktor” (lepiej nie zadzierać).

Niektórzy terapeuci twierdzą nawet, że tej grupie zawodowej w zasadzie nie można pomóc, ponieważ jej przedstawiciele sami unikają poszukiwania wsparcia, chcą kontrolować proces leczenia i odrzucają wszelkie propozycje pomocy (Fengler 2001, s. 96).

## **5.6 Wydłużony w czasie przebieg choroby**

Konsekwencją wszystkich opisanych trudności i przeszkód w podejmowaniu leczenia jest dłuższy czas czynnego uzależnienia u przedstawicieli zawodów medycznych. Można wręcz mówić o wydłużonym w czasie przebiegu choroby z katastrofalnymi konsekwencjami w sferze społecznej i zdrowotnej (Endres 2000, s. 28).



Rycina 22. Mechanizm wydłużonego czasu czynnego uzależnienia u lekarzy. Opracowanie własne

Jest to zjawisko bardzo niepokojące (Perzyński, Hennel 1996, s. 462). Lekarze nie potrafią prawidłowo rozpoznawać u siebie objawów zarówno spożycia ryzykownego i szkodliwego, jak i uzależnienia. Jednocześnie potrafią lepiej i szybciej niwelować skutki nadużywania substancji psychoaktywnych, dlatego mogą swój problem dłużej ukrywać i skuteczniej go maskować przed współpracownikami, rodziną i pacjentami, pozostając czynni zawodowo (Szrejner 2012, s. 12; Lloyd 199, s. 1823). Można wręcz uznać, że lekarze mają większy komfort picia, ponieważ potrafią fachowo łagodzić dolegliwości i niepożądane efekty przedawkowania (Augustin 1996, s. 69).

Do przyczyn opóźnionego procesu terapii można zaliczyć:

- racjonalizowanie problemu – szukanie przyczyn na zewnątrz;
- obawa przed stygmatyzacją;
- wsparcie ze strony kolegów;
- tolerowanie problemu przez przełożonych;
- samoleczenie;
- błędne przekonanie o możliwości poradzenia sobie samemu;

- szukanie diagnozy zastępczej;
- brak umiejętności przyjmowania pomocy;
- próby wpływania na przebieg terapii.

Lekarze pozostają najczęściej czynni zawodowo, dopóki są w stanie zachować minimum zawodowych umiejętności (Setness, 1997, s. 10). Przepuszczalnie trwają w nałogu ok. 6–10 lat dłużej niż członkowie innych grup zawodowych, zanim podejmą kroki w kierunku leczenia (Mundle, Gottschaldt 2008, s. 17; Reimer i wsp. 2001, s. 377; Endreas 2000, s. 28). A częstą przyczyną zgłaszania się na leczenie, nawet w późnym stadium uzależnienia, jest i tak dopiero zaistniały konflikt z prawem (Habrat 1997, s. 15).

## **6. Programy wsparcia i terapii**

Z uwagi na specyfikę problemu uzależnień w środowisku medycznym i liczne przeszkody w podejmowaniu leczenia, bardzo ważne jest, aby funkcjonowały systemy wsparcia oferujące pomoc, zanim konsekwencje choroby staną się zagrożeniem dla pacjentów i samego lekarza. Zanim uzależniony lekarz sam odczuje wystarczająco dotkliwie skutki swojej choroby, aby podjąć leczenie, mijają lata, w których wyniszczą się fizycznie i psychicznie, a przede wszystkim stanowi zagrożenie dla pacjentów. Dlatego powinnością całego środowiska jest reagowanie na problem kolegów (Mäulen 1996, s. 1845). W 1972 r. AMA zobowiązała środowisko do moralnej odpowiedzialności za uzależnionych kolegów, aby nie ukrywać problemu, tylko działać w kierunku podjęcia terapii dla dobra pacjentów i samego lekarza (Mäulen 2001, s. 100). Wszyscy lekarze powinni dokonywać starań w kierunku zwiększenia świadomości problemu. Ważne jest także wykształcenie odpowiedniej świadomości i zdolność rozumienia problemu wśród kolegów. Wiadomo bowiem, że lekarze szukaliby pomocy wcześniej, gdyby wiedzieli, do kogo się zwrócić, mieli zaufanie. Wg badań 41% leczących się lekarzy szukałoby pomocy wcześniej, gdyby ktoś z ich kolegów porozmawiał z nimi o problemie (Setness 1997, s. 12).

Zmiany w zachowaniu najwcześniej mogą dostrzec rodzina i współpracownicy (Fengler 2001, s. 32). Oznaki problemów z zażywaniem środków psychoaktywnych wg Mäulen (Mäulen 1998, s. 11):

- Przychodnia:** zaniedbywanie i niedotrzymywanie terminów;  
nadmierna nerwowość, nieuzasadnione wpadanie w złość (obrażanie się) wobec personelu i pacjentów;  
wzmózone zapotrzebowanie na leki, często wymóg natychmiastowej dostawy;  
nieuzasadnione zmiany w dotychczasowych metodach leczenia;  
skargi pacjentów na zachowanie lekarza;  
niewyjaśnione choroby i nieobecności w pracy;  
mało wiarygodne uzasadnianie przyczyn pomyłek, spóźnień czy nieobecności;
- Szpital:** znacząca niepunktualność, zaległości w prowadzeniu dokumentacji medycznej;  
pogorszenie wydolności fizycznej i intelektualnej;  
przepisywanie złych lub niewłaściwych dawek leków;  
podejmowanie błędnych decyzji, częste pomyłki;  
widoczne problemy z zachowaniem, pojawiające się „plotki”;
- Rodzina:** wycofywanie się z życia rodzinnego, niewyjaśnione nieobecności w domu;  
częste kłótnie małżeńskie;  
rozwój współzależnienia u małżonka;  
problemy z zachowaniem u dzieci;  
problemy seksualne (impotencja lub kontakty pozamałżeńskie);  
separacja/rozwód;
- Zdrowie:** liczne i niejasne dolegliwości fizyczne;  
zbyt częste wystawianie recept;  
częste hospitalizacje;  
liczne wizyty u lekarzy i lekarzy dentyków;  
wzrost wypadkowości (dom, praca, drogowe);  
częste kryzysy emocjonalne, myśli samobójcze;  
zaniedbywanie higieny osobistej oraz wyglądu zewnętrznego, zmiany w ubiorze.

Uzależniony lekarz powinien być traktowany tak samo jak każdy inny pacjent (Schuckit 2001, s. 2324). W niektórych krajach przepisy prawa, w tym ustawa (zakazująca dyskryminacji ze względu na inwalidztwo), zapewniają ochronę lekarzom uczestniczącym w terapii (Berge i wsp. 2009, s. 146). Z doświadczenia amerykańskich psychiatrów wynika, że zbyt rygorystyczne podchodzenie do problemu uzależnień, polegające na natychmiastowym pozbawieniu prawa wykonywania zawodu uzależnionemu od alkoholu lekarzowi, nie przyniosło korzystnych efektów. Jednak przy wyborze kierunku postępowania z uzależnionym lekarzem najważniejsze jest dobro pacjenta. Podkreślić należy, że żadna interwencja, która wymaga oceny użycia

substancji psychoaktywnych, nie jest oskarżeniem o przestępstwo (Berge i wsp. 2009, s. 140). Największym wyzwaniem dla terapii lekarzy jest przezwycięzenie lęku przed powierzeniem się innym jako pacjent.

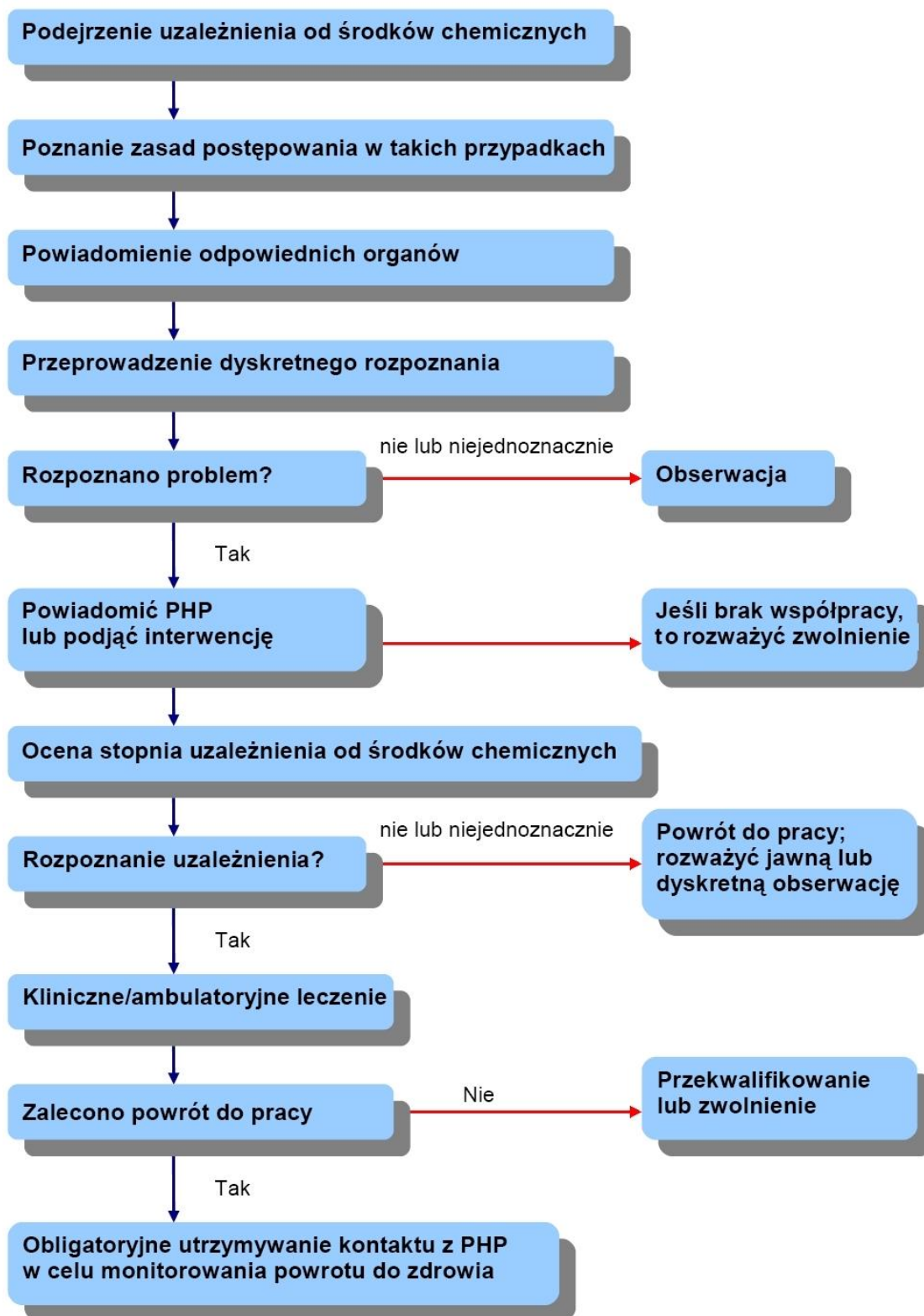
### 6.1 Stany Zjednoczone

Pionierami w dziedzinie pomocy ukierunkowanej na lekarzy były na początku lat 70. Stany Zjednoczone. W roku 1972 w artykule *The sick physician* Amerykańskie Stowarzyszenie Lekarzy przedstawiło swoje oficjalne stanowisko – wspólną odpowiedzialnością i interesem wszystkich lekarzy jest rozpoznanie i profesjonalna opieka nad uzależnionymi lekarzami (Mäulen 2001, s. 100). Organizacja stała również na stanowisku, iż troską Izby Lekarskiej powinna być efektywna terapia i rehabilitacja uzależnionych lekarzy. Był to moment zwrotny, kiedy wielu lekarzy podjęło kliniczną terapię. Idea pomocy rozpowszechniła się w Stanach jako interwencja mająca na celu uświadomienie osobie pijącej zagrożenia, zanim dojdzie do zdarzenia skutkującego konsekwencjami zawodowymi lub prawnymi. Do roku 1984 w każdym stanie powstał taki program interwencji (rycina 23).

PHP wyodrębniło sześć wniosków wynikających z programu (Dupont, Skipper 2012, s. 72):

1. Zero tolerancji dla jakiegokolwiek przyjmowania alkoholu i innych używek.
2. Dokładna ocena i opieka ukierunkowana na pacjenta.
3. Długotrwałe, częste badania losowego spożycia zarówno alkoholu, jak i innych środków odurzających.
4. Efektywne wykorzystanie dźwigni finansowej.
5. Wychwytywanie i terapia w nawrotach.
6. Przekazanie idei AA.

Warto zwrócić także uwagę na aspekt ekonomiczny. Z praktyki amerykańskiej wiadomo, że każdy dolar zainwestowany w tego rodzaju programy przynieść może od 3 do 16 dolarów zysku. Natomiast poprawa wydajności i spadek wypadkowości mogą osiągnąć nawet 60–70% (Woronowicz 2008, s. 231).



Rycina 23. Schemat PHP. Metody postępowania wobec lekarza z podejrzeniem problemu uzależnieniowego. Źródło: Keith i wsp. 2009, s. 139

## 6.2 Niemcy

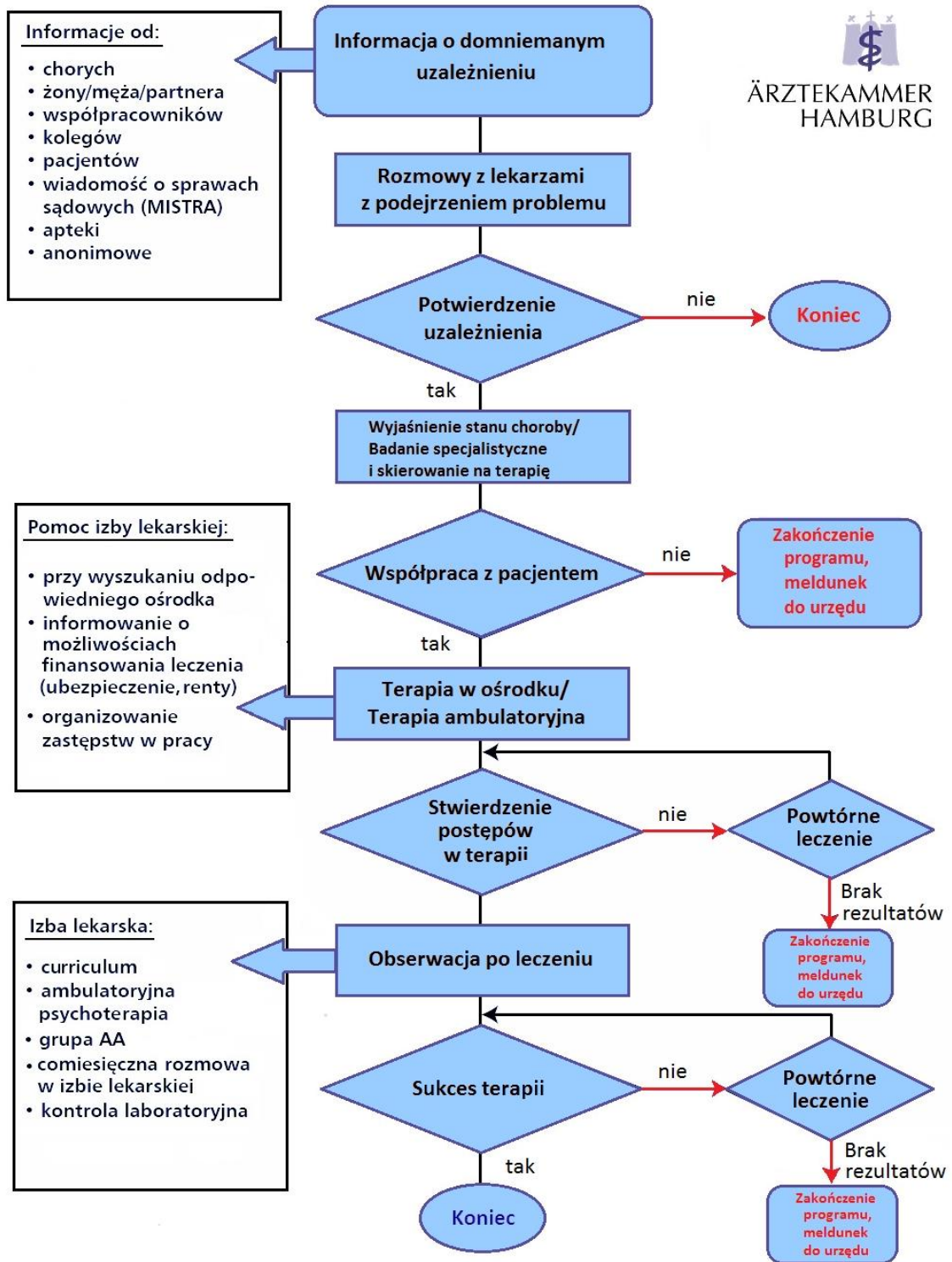
W Europie szersze działania podjęto na początku lat 80. w Niemczech, gdzie prekursorem, podobnie jak w Stanach Zjednoczonych, był walczący z własnym uzależnieniem lekarz – prof. dr Matthias Gottschaldt. Stworzył on własną koncepcję terapii uzależnień skierowaną m.in. do lekarzy. Na jej podstawie pracują założone przez niego kliniki Oberberg. Naczelna Izba Lekarska w Niemczech – BÄK zajęła się jednak problemem prawie 20 lat później. Do tego czasu BÄK widziała swoje zadanie w stosunku do problemów związanych z uzależnieniami wśród lekarzy jedynie w zakresie środków prawnych, które umożliwiają zawieszenie lub odebranie prawa wykonywania zawodu. Było to założenie właściwe, jeżeli chodzi o ochronę pacjenta, nie brano jednak pod uwagę faktu, że poza karą potrzebna jest pomoc. Zmiana polegała na założeniu BÄK, że pomoc w uzależnieniu powinna następować przed sankcjami zawodowymi i prawnymi (Enders 2000, s. 28). W pierwszym rzędzie istnieje bowiem obowiązek opieki nad członkami izby. Sąd lekarski powinien reagować dopiero w razie zaistnienia niebezpieczeństwa dla pacjentów, w momencie gdy dotknięty problemem lekarz sprzeciwiałby się podjęciu leczenia. Dlatego główny nacisk położony został na wczesną pomoc. Ze zgromadzonych doświadczeń wynikało jasno, że sukces terapii zależy wprost proporcjonalnie od szybkości jej podjęcia (Damm 2001, s. 255). Z tymi właśnie założeniami już na początku lat 90. Izba Lekarska w Hamburgu jako pierwsza w Niemczech wdrożyła własny program interwencji pod hasłem: „Pomoc zamiast kary”<sup>\*</sup> (rycina 24).

Aby uświadomić zainteresowanym, że uzależnieni lekarze potrzebują w porę profesjonalnej pomocy jak każdy inny dotknięty tym problemem, zwrócono się do członków izby z apelem: *Jeśli nie chcesz stać się nieobliczalnym ryzykiem zdrowotnym, nie chcesz stracić prawa wykonywania zawodu, musisz zrobić coś teraz, dopóki jeszcze nie jest za późno* (Damm 2001, s. 252). Izba wypracowała własne struktury interwencji oraz indywidualny program pomocy oparty na zapewnieniu bezpieczeństwa. Jego główne założenia to (Damm 2001, s. 251):

- zapewnienie poufności;
- zapewnienie profesjonalnej pomocy;
- koordynacja zastępstw oraz informacja o finansowaniu;
- koordynacja siatki terapeutycznej dla lepszego efektu terapii.

---

<sup>\*</sup> Opracowano na podstawie materiałów informacyjnych HÄK [www.aerztekammer-hamburg.de](http://www.aerztekammer-hamburg.de).



Rycina 24. Schemat IPV z Hamburga. Źródło: Beelmann 2004, s. 6

Najważniejszym z założeń izby jest zapewnienie chorym całkowitej poufności. Jednak z doświadczeń wynika, iż dotknięci problemem rzadko sami zgłaszali się po pomoc, najczęściej inicjatywa leżała po stronie członków rodziny lub znajomych. Stwierdzono, że bardzo duże znaczenie dla podjęcia terapii ma kontakt z zaufanymi



kolegami lekarzami służącymi pomocą i znającymi problem z własnego doświadczenia. Izba dzięki wypracowaniu systemu interwencji umożliwia szybkie i profesjonalne działania. Zapewnia również pomoc w zastępstwie w praktyce zawodowej oraz udziela informacji o możliwościach finansowania leczenia. Do dyspozycji zainteresowanych są osoby służące informacją, radą oraz wsparciem. Wstępnym etapem interwencji jest rozmowa z lekarzem, przy czym bardzo ważne jest, by przebiegała ona w przyjaznej atmosferze. Izba lekarska nie ogranicza się do zainicjowania terapii, lecz czuwa także nad późniejszą opieką, aby efekt terapii mógł być bardziej trwały. Zakres tej pomocy jest w każdym przypadku indywidualnie przedyskutowany z pacjentem. Wieloletnie już doświadczenie Izby Lekarskiej w Hamburgu w pomaganiu uzależnionym lekarzom zaskakuje pozytywnymi efektami. Podejmowana interwencja okazała się bowiem prawie zawsze skuteczna. Istotnym elementem terapii po etapie klinicznym jest curriculum\* opracowane przez profesora Gottschalda we współpracy z doktorem Mäulenem. Jest to forma układu podpisywanego przez pacjenta. Ma ułatwić powrót lekarza do praktyki zawodowej, jest bowiem akceptowanym przez władze dowodem abstynencji. Jego kopie, a także raporty (świadectwa) z kontroli, otrzymuje izba lekarska. Pacjent podpisując ten układ, zobowiązuje się do comiesięcznych wizyt ambulatoryjnych połączonych zarówno z badaniem psychiatrycznym, jak i laboratoryjnym (mocz, krew). Ma również obowiązek uczestnictwa w grupach samopomocowych. Na podstawie curriculum izba lekarska przeprowadza kontrole abstynencji. Po wypisaniu ze szpitala zostaje podpisana na czas jednego roku dobrowolna umowa pomiędzy izbą lekarską a osobą poddaną terapii w celu potwierdzenia zachowania abstynencji. Umowa obejmuje:

- regularne uczestnictwo w kontrolach szpitalnych (1x w miesiącu) lub regularne uczestnictwo w badaniach ambulatoryjnych (zazwyczaj 1x tygodniu);
- regularne uczęszczanie na spotkania grupy samopomocowej (normalnie 1x w tygodniu);
- niezapowiedziane i nieregularne kontrole laboratoryjne;
- regularne rozmowy dotyczące przebiegu programu w izbie lekarskiej (1x w miesiącu).

Mogą pojawiać się też niezapowiedziane rozmowy telefoniczne lub wizyty

---

\* Opracowane na podstawie materiałów informacyjnych Kliniki Oberberg, [www.oberbergkliniken.de](http://www.oberbergkliniken.de).

w praktyce lekarskiej. Po roku następuje ostatnia wizyta i przy pozytywnym efekcie całości terapii pacjent otrzymuje świadectwo końcowe.

### **6.3 Polska**

Do roku 2007 drogą rozwiązywania problemów związanych z nadużywaniem alkoholu i innych substancji przez lekarzy było wyłącznie skierowanie sprawy do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Rzecznik miał możliwość kierowania lekarza poprzez decyzję prezesa OIL na leczenie odwykowe (UoZL art. 12 pt. 1). W 2007 r. do tej niezbędnej, choć rzadko podejmowanej drogi dodano jeszcze jedno istotne ogniwo. Na mocy § 1 Uchwały 7/01/V z dnia 13 kwietnia 2007 r. w sprawie organizacji systemu pomocy lekarzom i lekarzom dentystom, których stan zdrowia uniemożliwia wykonywanie zawodu, Naczelna Rada Lekarska powołała pełnomocnika do spraw zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów, a także ustaliła zakres zadań. Okręgowe rady lekarskie zostały zobowiązane do zorganizowania systemu pomocy lekarzom i lekarzom dentystom, których stan zdrowia uniemożliwia wykonywanie zawodu, a w szczególności do tego, aby przy każdej OIL działał Pełnomocnik (Uchwała NIL 2007 § 1). Aktualnie dopiero jeśli lekarz odmawia zgody na leczenie, pełnomocnik powiadamia o zaistniałym problemie okręgową radę lekarską, a ta podejmuje decyzję o powołaniu komisji orzekającej o niezdolności do wykonywania zawodu lekarza.

Do zadań pełnomocnika należą:

- zbieranie informacji o faktach nadużywania substancji psychoaktywnych przez członków samorządu lekarskiego;
- nawiązywanie kontaktu z osobami nadużywającymi substancji psychoaktywnych lub podejrzany o uzależnienie w celu zdiagnozowania problemu;
- w przypadku stwierdzenia uzależnienia organizacja pomocy w znalezieniu właściwej placówki terapii uzależnień oraz monitorowanie przebiegu leczenia po uzyskaniu pisemnej zgody leczącej się osoby;
- w razie powzięcia podejrzenia wystąpienia niezdolności do wykonywania zawodu wnioskowanie do okręgowej rady lekarskiej o powołanie komisji orzekającej w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu ze względu na stan zdrowia;
- pełnomocnik może w razie potrzeby powoływać konsultantów.

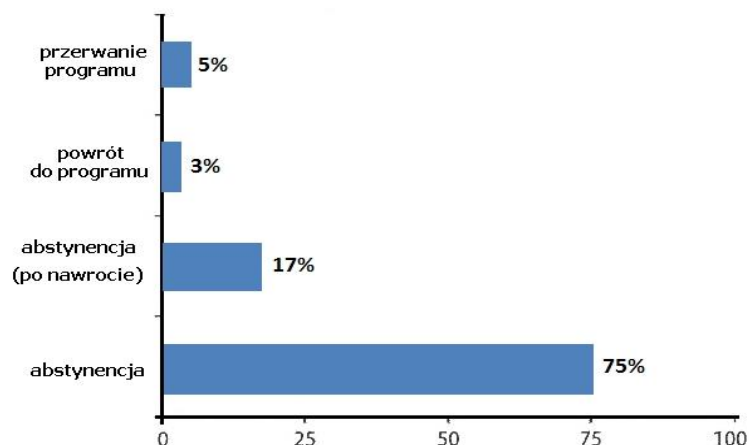
Pełnomocnik współpracuje z ORL i innymi strukturami Izby. Wszystkie jego

działania są poufne. Rola pełnomocnika polega na organizowaniu pomocy lekarzom, u których istnieje podejrzenie uzależnienia. Pełnomocnik opracowuje zalecenia profilaktyczne oraz przygotowuje wykaz placówek terapii uzależnień, które współpracują z samorządem lekarskim. W przypadku stwierdzenia u lekarza uzależnienia pomaga w znalezieniu najlepszego miejsca terapii. Jeśli lekarz odmawia zgody na leczenie, pełnomocnik powiadamia o zaistniałym problemie OIL, która podejmuje decyzję o powołaniu komisji orzekającej o niezdolności do wykonywania zawodu. Paragraf drugi załącznika do ww. Uchwały określa zadania ORL:

- ustala ośrodki leczenia odwykowego (ambulatoryjne, stacjonarne) współpracujące z systemem pomocy lekarzom i lekarzom dentystom, których stan zdrowia uniemożliwia wykonywanie zawodu;
- organizuje ewentualne wsparcie finansowe rodziny dla członka samorządu, który podjął leczenie;
- ORLw celach profilaktycznych opracowuje system współpracy z dyrektorami (kierownikami) zakładów opieki zdrowotnej w celu wczesnego wykrywania uzależnień od środków psychoaktywnych u członków samorządu lekarskiego.

#### **6.4 Efekty terapii**

Motywacją do dalszych działań i potwierdzeniem ich słuszności jest stwierdzona w różnych programach ponadprzeciętna liczba zachowanych abstynencji wśród lekarzy, którzy podjęli leczenie (Fengler 2001, s. 96). Dane z programu kanadyjskiego (rycina 25) wykazały sukces terapii na poziomie 90% zachowanej abstynencji i abstynencji po jednym nawrocie (Mundle i wsp. 2007, s. 275). Wyniki oparte są na badaniach COPSOQ (Nübling i wsp. 2006, s. 189). W programie AIMS również wysokie wskaźniki zachowania abstynencji po leczeniu 80–90% (Fleming i wsp. 1996, s. 2). Także wśród lekarzy objętych programem w niemieckich klinikach Oberberg odsetek zachowanej abstynencji w pierwszym roku po zakończeniu terapii był wyższy niż przeciętny, kształtował się na poziomie około 70% (Damm 2001, s. 258).



**Rycina 25. Odsetek abstynencji badania Ontario Canada. Źródło: Mundle, Gottschaldt 2008, s. 18**

## 6.5 Grupy samopomocowe

Istotnym elementem terapii uzależnień jest uczestnictwo w grupach samopomocowych, co jednak lekarzom przychodzi z dużą trudnością. Warto zaznaczyć, że jednym z pomysłodawców grup samopomocowych był uzależniony lekarz. Początek AA datuje się na 10 czerwca 1953 r. Idea powstała w Arkon w Ohio (USA), jej twórcami byli Bill W. (William Griffith Wilson 1895–1971), makler giełdowy, oraz chirurg dr Bob (Robert Halbrook Smith 1879–1950). Bob miał za sobą wiele pobytów w zakładach odwykowych i nie był już w stanie operować (Woronowicz 1989, s. 106). Sukcesywnie zaczęły powstawać grupy zrzeszające osoby o specyficznych profesjach, jak lekarze czy księża. W związku z potrzebą z AA wyłoniła się grupa Doctors in AA – aktualnie IDAA (Mäulen 2001, s. 96). Lekarzom jest zazwyczaj trudno uczestniczyć w grupach AA, często z obawy przed utratą anonimowości i spotkaniem na mityngu własnego pacjenta (Ameisen 2012, s. 24). Ten dylemat może stanowić blokadę przed podjęciem terapii lub wejściem do grupy samopomocowej. Doświadczenia dotyczące terapii pewnych grup zawodowych dowodzą, że ważne jest spotkanie się w grupie ze zrozumieniem własnych, specyficznych dla danego zawodu problemów i lęków. Wśród przedstawicieli tych zawodów istnieje potrzeba poruszania pewnych tematów, czasem takich, których z wielu względów, nie można poruszyć na ogólnym forum. Oczywiście powstawanie grup skupiających przedstawicieli poszczególnych zawodów niesie ze sobą pewne trudności, jak np. izolacja. Jest to jednak istotne uzupełnienie terapii, może dać motywację do podjęcia leczenia, jak również wspierać w zachowaniu trzeźwości. Omawiając temat samopomocy, należy wspomnieć o inicjatywie, która zaistniała

w Polsce w połowie lat 90. W Ośrodku Leczenia Uzależnień w Zabłotach koło Bełchatowa bywało, że 1/4 odbywających terapię stacjonarną pensjonariuszy stanowili lekarze (Czarnecki 2004, s. 9). Wówczas przy OLO w Zabłotach powstał Klub Uzależnionych Lekarzy (KUL). Była to grupa samopomocowa skupiająca uzależnionych lekarzy, utworzyła się, jak mówią jej twórcy, całkiem spontanicznie, z potrzeby chwili i dzięki zaistniałym możliwościom. Wówczas prawie 1/3 pacjentów ośrodka stanowili lekarze. Przy OLO odbywały się comiesięczne spotkania pacjentów – i właśnie z tych spotkań wyłoniły się następujące po nich te dla lekarzy. Mogli oni dzięki nim podzielić się swoimi problemami, lękami, stresem, tym, co najlepiej zrozumieć mógł tylko drugi lekarz, tym, co być może nie mogłoby zostać powiedziane wśród innych słuchaczy. Z doświadczeń członków KUL-u wynika jasno, że człowiek sam nie jest w stanie poradzić sobie z nałogiem, nawet gdy jest lekarzem i posiada wiedzę o chorobach i ich leczeniu, nie uchroni go to przed nałogiem ani nie wyleczy z niego. Uzależnieni i trzeźwi wiedzą o tym najlepiej, bo sami tego doświadczyli.

Na wzór dawnego KUL-u działa aktualnie Klub Uzależnionych Lekarzy przy klinice Wolmed. Skupia zarówno byłych pacjentów, jak i osoby, które nie podjęły jeszcze leczenia stacjonarnego. Grupa spotyka się regularnie na panelach tematycznych. Wnioski z tych spotkań służą także wzbogaceniu metodyki leczenia (Szrejner 2012, s. 12).

**Tabela 4. Porównanie systemów pomocy dla uzależnionych lekarzy w USA, Niemczech i Polsce. Opracowanie własne**

USA	Niemcy	Polska
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pionierem uzależniony lekarz Douglas Talbott MD, Ph.D.</li> <li>- 1972 przełomowy artykuł AMA „lekarz chory”</li> <li>- 1972 Uchwała AMA w sprawie organizacji pomocy</li> <li>- od 1973 stan Maryland, później stan Georgia programy dla zagrożonych lekarzy</li> <li>- Klub Caduceus</li> <li>- Kliniki w Atlancie z ok. 2000 pacjentów</li> <li>- Do 1984 program dla lekarzy w każdym stanie</li> <li>- Pierwsze badania JAMA 1987</li> <li>- Opracowanie wytycznych AMA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pionierem uzależniony lekarz, dr Gottschaldt</li> <li>- 1986 Artykuł, Prof Feuerlein alkoholizm lekarzy (MMW)</li> <li>- od 1989 klinika w Hornbergu z programem „Doctors”</li> <li>- grupy dla lekarzy</li> <li>- początek lat 90. program BÄK w Hamburgu dla uzależnionych lekarzy</li> <li>- 1992 curriculum</li> <li>- Wprowadzenie systemu finansowego wsparcia dla lekarzy podejmujących terapię</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Początek lat 90. Pionierzy, lekarze w Czarnym Borze</li> <li>- Pierwsza grupa KUL</li> <li>- „Problem” Nr 4 1995 w większości poświęcony problemowi uzależnień wśród lekarzy</li> <li>- 2000 problemowi uzależnień poświęcone obrady OIL w Gdańsku</li> <li>- 2005 Konferencja w Poznaniu</li> <li>- Cykl artykułów o konieczności wprowadzenia programów dla uzależnionych lekarzy</li> <li>- 2007 Uchwała NIL</li> <li>- Do dziś działalność pełnomocników przy wielu OIL</li> </ul>

Programy pomocowe i edukacyjne powinny być wdrażane jak najszybciej, często pierwsze oznaki problemów pojawiają się najczęściej już na studiach (Fleming i wsp. 1996, s. 2). Istotnym powodem pojawiania się problemów z substancjami psychoaktywnymi jest także brak wiedzy o zagrożeniu w środowisku pomimo studiów medycznych (Woronowicz 2010, s. 23). W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na nagłą potrzebę edukacji na temat czynników stresujących i umiejętności radzenia sobie z nimi, zarówno studentów medycyny, jak i lekarzy na każdym poziomie kariery zawodowej (Raimer, Jurkat 2000, s. 21), a także intensywniejszego kształcenia przeddyplomowego w związku z podwyższonym ryzykiem uzależnienia od alkoholu wśród studiujących nauki medyczne (Klimberg i wsp. 2008c, s. 528). Przede wszystkim należy wyposażać adeptów sztuki medycznej oraz lekarzy w wiedzę dotyczącą higieny psychicznej i mechanizmów uzależnienia, aby w razie potrzeby uświadamiali sobie niebezpieczeństwo i konieczność leczenia oraz nie przeoczyli chorych kolegów (Marcinkowski, Olejniczak 2007, s. 79). Zwrócenie uwagi na newralgiczne problemy lekarzy – które przy braku umiejętności rozpoznawania i konstruktywnego radzenia sobie z nimi mogą przekształcać się w problemy związane z zażywaniem substancji psychoaktywnych – już na starcie ich życia zawodowego wydaje się wysoce istotnym wnioskiem płynącym z pracy. Podkreślają to słowa lekarza, dr. Janusza (Augustin 1996, s. 6): *Przez całe moje pijane życie desperacko i samotnie próbowałem pozbyć się nałogu i byłbym chyba w tej beznadziejnie samotnej walce zginął, gdyby nie życzliwi ludzie z mojego otoczenia, do których miałem zaufanie i którym pozwoliłem sobie pomóc.*

## **7. Podsumowanie**

*Miarą naszego zawodu jest nie tylko, jak dobrze dbamy o zdrowie naszych pacjentów, ale także jak dobrze dbamy o własne.*

(Verghese 2002)

Używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych wśród lekarzy nie jest zjawiskiem nowym. Najbardziej powszechne jest nadużywanie napojów alkoholowych, kolejne popularne środki to benzodiazepiny i opiaty. Przedstawiciele środowiska medycznego mają łatwy dostęp do substancji psychoaktywnych w postaci leków, stąd

ryzyko uzależnienia w tej grupie zawodowej w porównaniu z ogółem ludności jest większe. Według danych z piśmiennictwa odsetek lekarzy mających problemy z zażywaniem substancji psychoaktywnych może dotyczyć ok. 10–15%, a problem uzależnienia nieco większej liczby przedstawicieli tego zawodu w porównaniu do ogółu populacji. Spożycie substancji psychoaktywnych jest związane ze specyfiką zawodu i rośnie przede wszystkim w wyniku odczuwania sytuacji stresowych.

Wielu badaczy zwraca szczególną uwagę na bardzo utrudnioną diagnozę u swoich kolegów, a przede wszystkim na późne wykrywanie problemu i niechęć lekarzy do szukania pomocy. Wiąże się to zarówno z obawą przed utratą wysokiej pozycji społecznej, jak i z błędnym przekonaniem o możliwości samoleczenia. Dlatego nie tylko warto mówić o problemie, ale istnieje ogromna potrzeba zarówno edukacji – aby nie bagatelizować problemu ani u siebie, ani u innych – jak i rozpowszechniania programów pomocy i wsparcia dla dotkniętych problemem przedstawicieli profesji medycznych.

Odzwierciedlenie opisanych we wstępie pracy problemów znajdujemy w liście dr. n. med. Leszka Trojanowskiego\* – specjalisty psychiatry, oto jego fragment (Bilikiewicz 2001, s. 7):

*(...) Nadużywanie, jak i uzależnienie od alkoholu i różnych substancji psychoaktywnych stanowi powszechny problem w społeczeństwie, lekarze nie są tu wyjątkiem. Niektóre aspekty tego zawodu, szczególnie stres związany z nieprzeciętną odpowiedzialnością, narażają lekarza na uzależnienia od alkoholu i środków psychoaktywnych. Terapeuci zgodnie twierdzą, że postępowanie z lekarzami uzależnionymi jest wyjątkowo trudne, a wynika to z kilku przyczyn. W większości przypadków bardzo długo ukrywają swój problem; fakt, że są ciężko uzależnieni, wychodzi na jaw dopiero, gdy już nie są w stanie zachować minimum zawodowych umiejętności. Otoczenie lekarza w imię fałszywie pojętej solidarności rozciąga nad nim „parasol ochronny”, tuszując błędy popełnione w związku z piciem alkoholu lub przyjmowaniem substancji psychoaktywnych.*

---

\* List dr. n. med. Leszka Trojanowskiego, specjalisty psychiatry, skierowany do dr. n. med. Barbary Sarankiewicz-Konopki, Przewodniczącej ORL w Gdańsku, w związku z posiedzeniem ORL z dn. 16 listopada 2000 r., poświęconego problemowi uzależnień wśród lekarzy.

*Kolejną przyczyną późnego podejmowania leczenia odwykowego są trudności diagnostyczne. Lekarze często negują oczywiste fakty lub bagatelizują ich znaczenie, utrudnia to kontakt terapeutyczny. Niechętnie biorą udział w najbardziej skutecznych grupowych formach psychoterapii, nie chcąc ujawniać się ze swoim problemem. Wymienione wyżej przyczyny powodują, że lekarze zgłaszają się na leczenie w zaawansowanym stadium uzależnienia. Często przyczyną zgłoszenia są konflikty z prawem lub przełożonymi.*

*W naszym kraju życzliwy stosunek do kolegów lekarzy z problemami zdrowotnymi jest dość powszechny. Należałoby uświadomić lekarzom, że jeśli jego kolega cierpi z powodu uzależnienia, to nie należy poddawać się manipulacjom, a konsekwentnie dążyć do tego, aby podjął leczenie specjalistyczne.*

*Takie leczenie mogłoby się odbywać w ramach specjalnie opracowanego regionalnego lub krajowego programu kompleksowej opieki nad lekarzami, z zapewnieniem tajności i anonimowości. Odmowa wzięcia udziału w takim programie mogłaby być powodem cofnięcia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.*



## **II. PODSTAWY METODOLOGICZNE BADAŃ**

### **1. Założenia pracy**

Badania aspektów socjomedycznych objaśniają związki przyczynowo-skutkowe pomiędzy spożywaniem substancji psychoaktywnych a wieloma czynnikami społecznymi, ekonomicznymi, organizacyjnymi i kulturowymi przyczyniającymi się do sięgania po środki psychoaktywne. Przedmiotem analiz teoretycznych i badań empirycznych pracy są zachowania związane ze spożywaniem substancji psychoaktywnych przez lekarzy stażystów oraz czynniki wpływające na rozpowszechnienie spożycia tychże. Analizie poddano zagadnienia dotyczące: zdrowia fizycznego i psychicznego, poczucia obciążenia osobistego i zawodowego, długości stażu pracy, płci i wieku badanych, w powiązaniu z rozpowszechnieniem zażywania substancji psychoaktywnych wśród lekarzy stażystów. Powyższa analiza powinna pomóc w ustaleniu wiodących przyczyn i modelu zażywania środków psychoaktywnych przez lekarzy stażystów oraz w analizie najistotniejszych obciążeń w tej grupie.

### **2. Cele badań**

Ustalenie celów badań powoduje powstanie sytuacji problemowej, która jest punktem wyjścia każdego procesu badawczego (Okoń 1992, s. 242).

#### **2.1 Cel główny**

Przeprowadzenie wielopłaszczyznowej analizy dotyczącej socjomedycznych aspektów rozpowszechnienia zażywania substancji psychoaktywnych wśród lekarzy stażystów.

#### **2.2 Cele szczegółowe**

1. Ocena rozpowszechnienia zażywania i rodzaju substancji psychoaktywnych wśród lekarzy stażystów.
2. Określenie socjomedycznych czynników wpływających na spożywanie substancji psychoaktywnych wśród lekarzy stażystów.
3. Rozpoznanie rozmiaru ryzykownego zażywania substancji psychoaktywnych.
4. Określenie głównych obciążeń w pracy lekarzy stażystów.

## 2.3 Cel praktyczny

Przeprowadzone badania mają charakter empiryczny, ale ich wyniki mogą również dostarczać podstaw do formułowania praktycznych wniosków i rekomendacji dotyczących istotnych potrzeb i strategii działań profilaktycznych i edukacyjnych, skierowanych do grupy zawodowej lekarzy, lekarzy stażystów i studentów kierunków medycznych.

## 3. Problemy badawcze

Na tle dotychczasowej wiedzy zostało sformułowane siedem problemów badawczych, czyli pytań, na które odpowiedzi ma dostarczyć badanie (Nowak S. 1965, s. 214).

PROBLEM PIERWSZY: W jakim stopniu płeć różnicuje ilość i rodzaj zażywanych substancji psychoaktywnych?

PROBLEM DRUGI: Czy wiek jest czynnikiem znaczącym co do ilości i rodzaju zażywanych substancji psychoaktywnych?

PROBLEM TRZECI: Czy długość stażu pracy wpływa w istotny sposób na ilość i rodzaj spożywanego substancji psychoaktywnych?

PROBLEM CZWARTY: Które elementy pracy lekarza należą do najbardziej obciążających?

PROBLEM PIĄTY: W jakim stopniu na spożywanie substancji psychoaktywnych wpływają główne odczuwalne obciążenia zawodowe?

PROBLEM SZÓSTY: Na ile obciążenie problemami prywatnymi wpływa na model spożywania substancji psychoaktywnych?

PROBLEM SIÓDMY: Czy spożywanie jednej substancji psychoaktywnej niesie ze sobą większe ryzyko zażywania także innych?

## **4. Zmienne i wskaźniki**

W celu uszczegółowienia problemów badawczych wyodrębniono w pracy zmienne zależne oraz niezależne. Przez zmienne niezależne rozumie się pewne czynniki powodujące określone zmiany w innych czynnikach (zmiennych), a przez zmienne zależne czynniki podlegające określonym wpływom ze strony zmiennych niezależnych (Łobocki 1984, s. 74).

### **4.1 Zmienne niezależne**

- płeć badanych;
- wiek badanych;
- długość stażu pracy;
- liczba osób pod opieką lekarza.

### **4.2 Zmienne zależne**

- odchylenia w stanie zdrowia fizycznego;
- odchylenia w stanie zdrowia psychicznego;
- poczucie przeciążenia pracą zawodową;
- stres i pośpiech w czasie pracy;
- istnienie problemów we współpracy z przełożonymi;
- przeciążenie sprawami administracyjnymi;
- przeciążenie dyżurami lekarskimi;
- istnienie problemów we współpracy z kolegami i koleżankami;
- istnienie problemów we współpracy z personelem pomocniczym;
- problemy w godzeniu życia prywatnego z zawodowym;
- poczucie przeciążenia problemami prywatnymi.

### **4.3 Wskaźniki**

Wskaźnikami są treści wypowiedzi badanych osób. Na ich podstawie będzie można wywnioskować z całą pewnością bądź z określonym prawdopodobieństwem wyższym od przeciętnego, iż zachodzi zjawisko, jakie nas interesuje (Nowak 1970, s. 102).

## **5. Hipotezy badawcze**

HIPOTEZA PIERWSZA: Płeć jest czynnikiem różnicującym w sposób istotny ilość i rodzaj zażywanych substancji psychoaktywnych.

HIPOTEZA DRUGA: Wiek różnicuje rodzaj spożywanego substancji psychoaktywnych.

HIPOTEZA TRZECIA: Długość stażu pracy ma wpływ na ilość i rodzaj spożywanego substancji psychoaktywnych.

HIPOTEZA CZWARTA: Na obciążenia zawodowe w pracy lekarza składają się przede wszystkim stres, nieregularny czas pracy, długie godziny pracy, w tym dyżury.

HIPOTEZA PIĄTA: Główne odczuwalne obciążenia zawodowe w pracy lekarza wpływają w istotny sposób na spożywanie substancji psychoaktywnych.

HIPOTEZA SZÓSTA: Obciążenie problemami prywatnymi wpływa w istotny sposób na model spożywania substancji psychoaktywnych.

HIPOTEZA SIÓDMA: Osoby spożywające jeden rodzaj substancji psychoaktywnych, częściej sięgają także po kolejną.

## **6. Metody, techniki i narzędzia badawcze**

Uznano, że podjęta problematyka uprawnia do zastosowania w badaniach metody sondażu diagnostycznego w celu uzyskania niezbędnych informacji. Metoda ta sprzyja bowiem gromadzeniu opinii badanych o różnych kwestiach istotnych z punktu widzenia przeprowadzanych badań oraz lepszemu poznaniu osób badanych pod względem sposobu widzenia przez nich interesujących badacza zagadnień (Łobocki 1999, s. 240). Jest ona także bardzo przydatna poznawczo i daje możliwość gromadzenia informacji o dynamice zjawisk społecznych, opiniach i poglądach wybranych zbiorowości, a także nasilaniu się i kierunkach rozwoju określonych zjawisk (Pilch 1995, s. 51).

Techniką badawczą była anonimowa ankieta, zaś narzędziem badawczym

kwestionariusz ankiety. Wykorzystany w pracy kwestionariusz ankiety pochodzi z materiałów opracowanych i przekazanych przez Hamburgską Izbę Lekarską i został w całości przetłumaczony przez autorkę pracy. Na prowadzenie badań z jego wykorzystaniem, została uzyskana zgoda Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym. im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Uchwała nr 273/05 z dnia 03 lutego 2005 roku). Kwestionariusz ankiety składał się z 40 pytań merytorycznych oraz 8 pytań metryczki. Większość z pytań (37) to pytania zamknięte; niektóre z nich uwzględniały dodatkowo możliwość wypowiedzenia własnego zdania przez badanych. Trzy pytania były pytaniami otwartymi. Pytania w ankiecie podzielone zostały na sześć grup:

- I. Pytania dotyczące sytuacji zawodowej i zdrowotnej.
- II. Pytania związane z paleniem tytoniu.
- III. Pytania związane z konsumpcją alkoholu.
- IV. Pytania o zażywanie leków.
- V. Pytania dotyczące narkotyków.
- VI. Pytania dotyczące korzystania z pomocy w wyniku problemów związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych.

## **7. Sposób prowadzenia badań**

Badania pilotażowe przeprowadzono wśród lekarzy stażystów z terenu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, materiał obejmuje czas od marca do listopada 2006 r. Analizie wstępnej poddano 100 ankiet. Wśród ankietowanych znalazło się 51 kobiet i 49 mężczyzn. Wyniki zostały opublikowane w 2007 r. (Olejniczak, Marcinkowski 2007, s. 7–12).

Badania właściwe przeprowadzono w okresie od stycznia 2007 do czerwca 2008 r. Objęto nimi lekarzy stażystów z terenu WIL.

### **Schemat doboru próby:**

- W latach 2007-2008 na terenie WIL staż odbywało 398 osób\*.
- Niezbędna liczebność próby (na podstawie wzoru dla populacji skończonej), przy założeniu błędu szacunku na poziomie 0,04 wynosiła 240 osób. Do badań

---

\* Dane dotyczące liczby ogólnej lekarzy stażystów, odbywających staż na terenie WIL w latach 2007-2008, oraz liczby kobiet i mężczyzn w tej grupie, zostały udostępnione przez WIL.

zakwalifikowano w sposób losowy (losowanie proste) 260 osób. Kryterium włączenia do próby było aktualne odbywanie stażu na terenie WIL. W badaniu wzięli udział zarówno lekarze kończący, jak i zaczynający staż.

- Materiał badawczy uzyskano dzięki osobistemu rozdaniu ankiet respondentom w miejscu odbywania stażu, a następnie ich zebraniu. Rozdano i zebrano 255 kwestionariuszy ankiet. Czas wypełniania ankiety wynosił przeciętnie 20 minut.
- Do badań włączono 245 prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy ankiet. Wśród zebranych kwestionariuszy 3,93% (10 ankiet) stanowiły kwestionariusze wypełnione błędnie.

## **8. Metody analizy statystycznej**

Analizę demograficzną przeprowadzono z wykorzystaniem testów statystyki opisowej. Dane dla zmiennych ciągłych takich jak wiek i staż pracy, przedstawiono za pomocą średniej i odchylenia standardowego. Wyniki dla zmiennych kategoryalnych przedstawiono za pomocą liczb i procentów.

W analizie materiału zastosowano metody statystyczne, które pozwalają ilościowo opisać zjawiska społeczne. Do analizy statystycznej wykorzystany został program Statistica 10.0 (StatSoft Inc., USA). Przy porównaniach międzygrupowych korzystano z metod nieparametrycznych: testu U Manna-Whitneya (w przypadku porównań dla dwóch grup) oraz testu Kruskala-Wallisa (gdy liczba porównywanych grup była większa od dwóch). Analizę związków między zmiennymi przeprowadzono za pomocą testu niezależności chi-kwadrat oraz współczynnika korelacji rang Spearmana. W przypadku małej liczności poszczególnych grup (<6) sprawdzano licznosci oczekiwane i w razie konieczności stosowano test Fishera-Freemana-Haltona lub test dokładny Fishera.

### **Założono poziom istotności $\alpha=0,05$ .**

Za istotne statystycznie uznawano wyniki, gdy wyliczone prawdopodobieństwo testowe „p” spełniało nierówność  $p < 0,05$ .

Przyjęto powszechnie stosowany sposób sprawdzania hipotez – model matematyczny zakładający sprawdzanie prawdziwości hipotezy  $H_0$  i możliwości jej odrzucenia na rzecz  $H_1$

$H_0$  – brak zależności między zmiennymi/brak różnic między zmiennymi

$H_1$  – istnienie związku między zmiennymi/istnieje różnica między zmiennymi

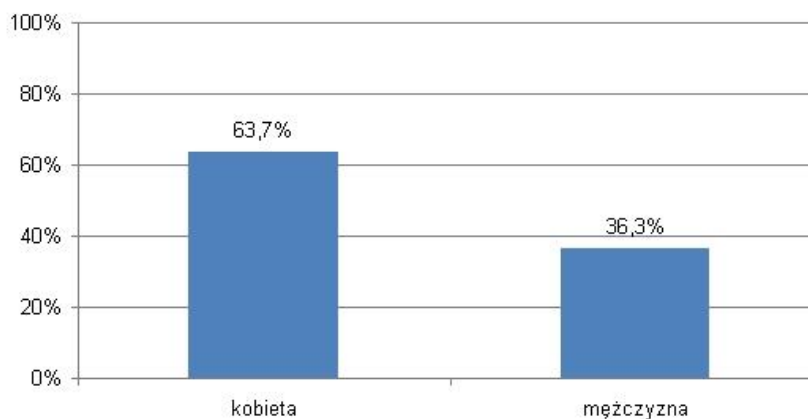
## 9. Charakterystyka badanej próby

Próbę włączoną do badań, można uznać za grupę reprezentatywną, ze względu na jej liczebności, dobór oraz strukturę.

- Liczebność próby (245 prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy ankiet) jest wystarczająca. Na podstawie wzoru dla populacji skończonej (przy  $N$  całej populacji = 398,  $\alpha=0,05$ , oraz wartości krytycznej  $u_{\alpha}=1,96$ ), niezbędna liczebność próby, z założeniem błędu szacunku na poziomie 0,04, wynosiła 240 osób.
- Zastosowano losowy dobór próby (losowanie proste).
- Została zachowana struktura płci. Za pomocą testu chi-kwadrat sprawdzono, czy grupy (ogólna i badana) różniły się pod względem płci. Rozkład płci w obu grupach okazał zbliżony  $p=0,976$ .

### 9.1 Dane demograficzne

Zbadano 245 osoby, w tym 156 kobiet oraz 89 mężczyzn.



Rycina 26. Płeć badanych (źródło: badania własne)

N = 245

W badanej grupie znalazły się osoby w wieku od 24 do 44 lat. Największa liczba badanych była w wieku do 28 lat. Średnia wieku badanych wyniosła 26 lat.

Tabela 5. Średnia wieku badanych (źródło: badania własne)

Średnia	Odch. std.	Minimum	Maksimum	N
26,01	2,09	24	44	245

**Tabela 6. Rozkład wiekowy badanych (źródło: badania własne)****N = 245**

Wiek	Liczba badanych:	
	N	%
24	13	5,3
25	111	45,3
26	72	29,4
27	23	9,4
28	10	4,1
29	5	2,0
30	2	0,8
31	4	1,6
32	1	0,4
35	1	0,4
36	1	0,4
37	1	0,4
44	1	0,4

Średnia długość odbywania stażu wyniosła trzy miesiące.

**Tabela 7. Średnia długość stażu (źródło: badania własne)**

Średnia	Odch. std.	Minimum	Maksimum	N
3,17	2,67	1	13	245

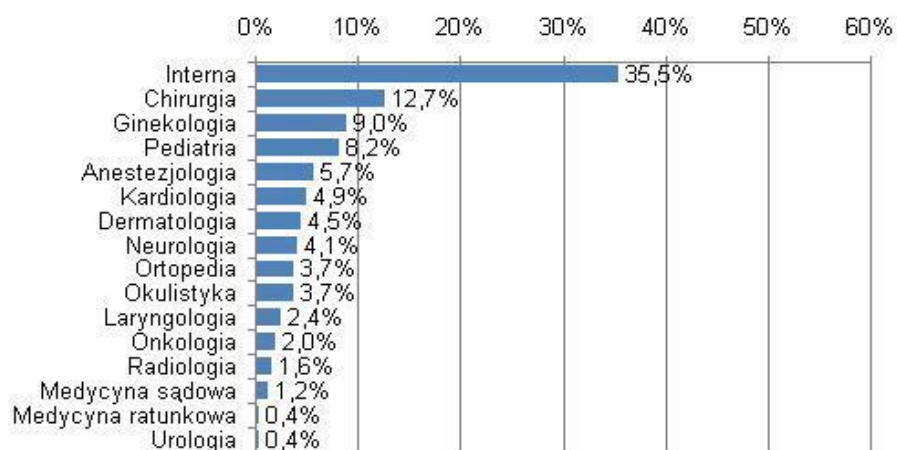
Największa grupa badanych, ponad 180 osób, dopiero rozpoczynała swój staż, deklarowała 1–3-miesięczny okres tego stażu.

**Tabela 8. Długość stażu w miesiącach (źródło: badania własne)****N=245**

Miesiące	Liczba badanych:	
	N	%
1	74	30,2
2	75	30,6
3	34	13,9
5	2	0,8
6	32	13,1
7	11	4,5
8	6	2,4
9	2	0,8
10	2	0,8
12	6	2,4
13	1	0,4

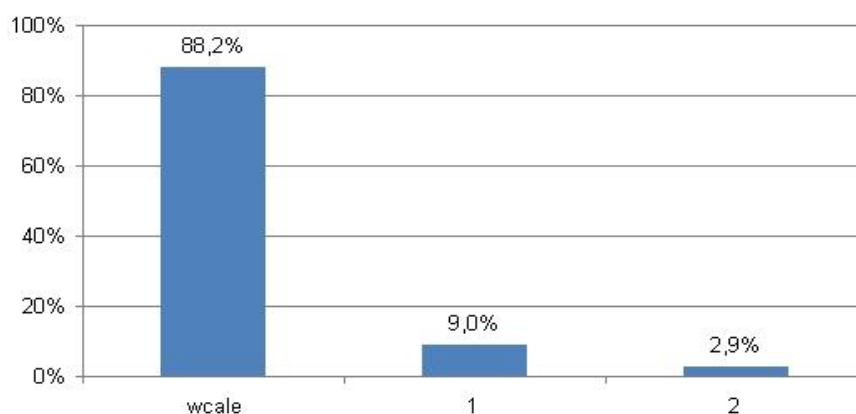
Wśród najczęstszych kierunków specjalizacji, deklarowanych przez lekarzy stażystów już po odbyciu stażu, znalazły się interna (87 osób) i chirurgia (31 osób).



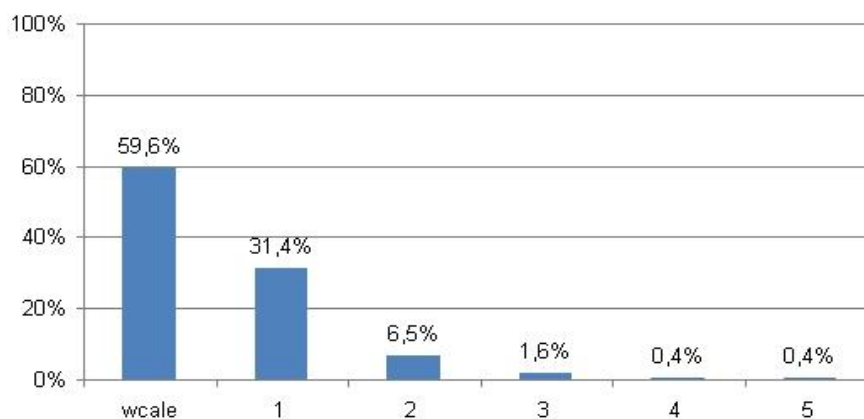


**Rycina 27. Najczęściej deklarowane kierunki specjalizacji (źródło: badania własne) N = 245**

Zdecydowana większość badanych (216 osób) nie posiadała pod swoją opieką dzieci. Ponad 40% badanych (103 osoby) deklarowało konieczność opieki nad co najmniej jedną osobą dorosłą.

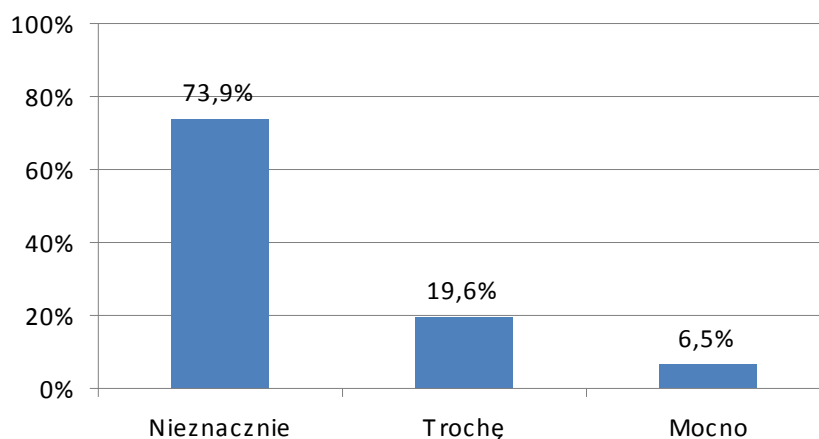


**Rycina 28. Liczba posiadanych pod opieką dzieci (źródło: badania własne) N=245**



**Rycina 29. Liczba posiadanych pod opieką osób dorosłych (źródło: badania własne) N=245**

Posiadanie pod opieką dzieci lub osób dorosłych dla większości badanych nie stanowiło w ich ocenie źródła obciążenia. Należy jednak zauważyć, że pomimo niskiej liczby badanych deklarujących konieczność opieki nad osobami trzecimi więcej niż 1/4 badanych (64 osoby) odczuwała dodatkowe obciążenie wynikające z sytuacji opieki.



**Rycina 30. Poczucie obciążenia sytuacją opieki (źródło: badania własne) N=245**

Ponad połowa ankieterowanych deklaruwała poczucie obciążenia problemami prywatnymi – na poziomie średnim i wysokim.

**Tabela 9. Poczucie obciążenia problemami prywatnymi (źródło: badania własne) N=245**

Stopień obciążenia	Liczba badanych:	
	N	%
mały	109	44,5
średni	114	46,5
wysoki	22	9,0

## 9.2 Sytuacja zawodowa i zdrowotna w ocenie badanych

Badani podobnie oceniali swój stan zdrowia na płaszczyźnie fizycznej oraz psychicznej; nieznacznie lepiej oceniali swoje zdrowie na płaszczyźnie psychicznej.

**Tabela 10. Samoocena stanu zdrowia (źródło: badania własne)**

Ocena aktualnego stanu zdrowia:	N ważnych	Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	Odch. std.
fizycznego	245	4,878	5,000	1,000	6,000	4,000	5,000	0,845
psychicznego	245	4,935	5,000	1,000	6,000	4,000	6,000	1,014

Szczegółowe rozkłady procentowe dotyczące oceny zdrowia fizycznego i psychicznego przedstawiono w tabelach 11. i 12.

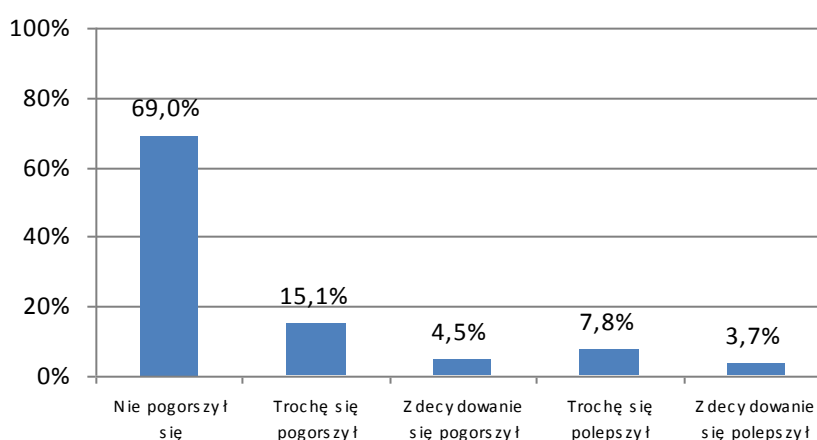
**Tabela 11. Ocena aktualnego stanu zdrowia fizycznego w skali od „1” – bardzo źle do „6” – bardzo dobrze (źródło: badania własne) N=245**

Skala stanu zdrowia fizycznego	Liczba badanych:	
	N	%
1	1	0,4
2	2	0,8
3	8	3,3
4	58	23,7
5	122	49,8
6	54	22,0

**Tabela 12. Ocena aktualnego stanu zdrowia psychicznego w skali od „1” – bardzo źle do „6” – bardzo dobrze (źródło: badania własne) N=245**

Skala stanu zdrowia fizycznego	Liczba badanych:	
	N	%
1	3	1,2
2	3	1,2
3	15	6,1
4	41	16,7
5	107	43,7
6	76	31,0

Większość badanych nie odczuwała pogorszenia stanu zdrowia od czasu podjęcia pracy. Należy jednak zwrócić uwagę, że prawie 20% badanych (48 osób) przyznało, że ich stan zdrowia od czasu podjęcia pracy pogorszył się trochę (15,1%) lub znacznie (4,5%). Przy dużej liczbie osób o krótkiej długości stażu jest to wynik znaczący. Należy zwrócić uwagę, że odpowiada on procentowo liczbie lekarzy odbywających swój staż 6 i więcej miesięcy (24,4%).



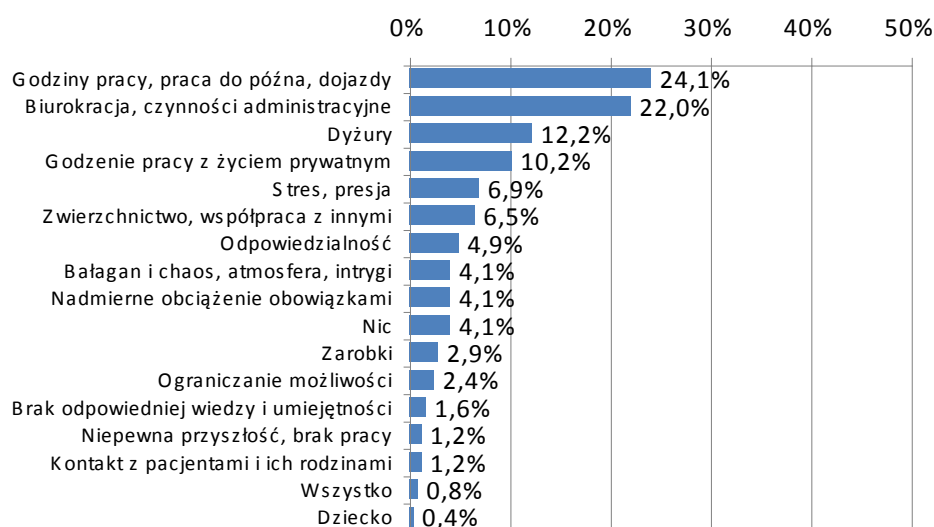
**Rycina 31. Zmiana stanu zdrowia od czasu podjęcia pracy w ocenie badanych (źródło: badania własne) N=245**

Poczucie obciążenia pracą zawodową badani określali w większości jako średnie.

**Tabela 13. Poczucie obciążenia pracą zawodową w skali od „1” – bardzo źle do „6” – bardzo dobrze (źródło: badania własne) N=245**

Skala stanu zdrowia fizycznego	Liczba badanych:	
	N	%
1	23	9,4
2	53	21,6
3	77	31,4
4	64	26,1
5	22	9,0
6	6	2,4

Pośród wskazań ankietowanych powodujących ich największe obciążenie najczęściej wymieniane były długie godziny pracy (24,1%) i biurokracja (22%). Ponad 10% badanych wymieniło jako najistotniejsze obciążenia dyżury oraz trudności w godzeniu pracy z życiem prywatnym. Po 10 i więcej osób z badanej grupy za najbardziej obciążające uważało: stres i presję związane z obowiązkami zawodowymi; dyskomfort powodowany zwierzchnictwem przełożonych, trudności w obszarze współpracy z przełożonymi, personelem i starszymi kolegami; ciężką nad nimi odpowiedzialność; bałagan i chaos w pracy, nieprzychylną atmosferę w pracy, konkurencję i intrygi wśród personelu, nadmierne obciążenie obowiązkami i pracą oraz dolegliwości fizyczne (w szczególności powodowane długotrwałym stanem). Wśród wymienianych przez niewielką liczbę innych jeszcze przyczyn obciążeń znalazły się także: niskie zarobki, ograniczanie możliwości rozwoju zawodowego, brak odpowiedniej wiedzy i umiejętności, niepewna przyszłość w związku z brakiem pracy, problemy w kontaktach z pacjentami i ich rodzinami – powodujące obciążenie psychiczne.



**Rycina 32. Najczęstsze obciążenia związane z pracą zawodową – w opinii ankietowanych N=245 (źródło: badania własne)**

Podane w kwestionariuszu charakterystyczne elementy pracy lekarza ankietowani oceniali przeważnie jako średnio obciążające. Jako najbardziej obciążające badani uważają sprawy administracyjne, dyżury oraz godzenie pracy z życiem prywatnym.

**Tabela 14. Poczucie obciążenia w pracy (źródło: badania własne)**

Źródło obciążenia	N ważnych	Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	Odch. std.
Za długie godziny pracy	245	2,967	3,000	1,000	6,000	2,000	4,000	1,501
Pośpiech i stres w czasie pracy	245	3,245	3,000	1,000	6,000	2,000	4,000	1,525
Wspólna praca z przełożonymi	245	2,649	2,000	1,000	6,000	1,000	4,000	1,385
Składowa administracyjna praca	245	3,547	4,000	1,000	6,000	2,000	5,000	1,633
Dyżury	245	3,253	3,000	1,000	6,000	2,000	4,000	1,566
Współpraca z kolegami i koleżankami	245	2,086	2,000	1,000	6,000	1,000	3,000	1,172
Współpraca z personelem pomocniczym	245	2,192	2,000	1,000	6,000	1,000	3,000	1,134
Godzenie pracy z życiem prywatnym	245	3,433	3,000	1,000	6,000	2,000	5,000	1,558

Rozkłady szczegółowe dla poczucia obciążenia poszczególnymi elementami pracy:

**Tabela 15. Poczucie obciążenia długimi godzinami pracy w skali od „1” – bardzo źle do „6” – bardzo dobrze (źródło: badania własne) N=245**

Skala stanu zdrowia fizycznego	Liczba badanych:	
	N	%
1	54	22,0
2	52	21,2
3	43	17,6
4	49	20,0
5	38	15,5
6	9	3,7

**Tabela 16. Poczucie obciążenie spowodowane pośpiechem i stresem w czasie pracy w skali od „1” – bardzo źle do „6” – bardzo dobrze (źródło: badania własne) N=245**

Skala stanu zdrowia fizycznego	Liczba badanych:	
	N	%
1	40	16,3
2	46	18,8
3	48	19,6
4	56	22,9
5	35	14,3
6	20	8,2

**Tabela 17. Poczucie obciążenia wynikające z konieczności współpracy z przełożonymi w skali od „1” – bardzo źle do „6” – bardzo dobrze (źródło: badania własne) N=245**

Skala stanu zdrowia fizycznego	Liczba badanych:	
	N	%
1	62	25,3
2	64	26,1
3	54	22,0
4	33	13,5
5	27	11,0
6	5	2,0

**Tabela 18. Poczucie obciążenia składową administracyjną pracy w skali od „1” – bardzo źle do „6” – bardzo dobrze (źródło: badania własne) N=245**

Skala stanu zdrowia fizycznego	Liczba badanych:	
	N	%
1	38	15,5
2	34	13,9
3	42	17,1
4	52	21,2
5	45	18,4
6	34	13,9

**Tabela 19. Poczucie obciążenia dyżurami w skali od „1” – bardzo źle do „6” – bardzo dobrze (źródło: badania własne) N=245**

Skala stanu zdrowia fizycznego	Liczba badanych:	
	N	%
1	45	18,4%
2	38	15,5%
3	53	21,6%
4	50	20,4%
5	37	15,1%
6	22	9,0%

**Tabela 20. Poczucie obciążenia współpracą z kolegami i koleżankami w skali od „1” – bardzo źle do „6” – bardzo dobrze (źródło: badania własne) N=245**

Skala stanu zdrowia fizycznego	Liczba badanych:	
	N	%
1	97	39,6
2	76	31
3	39	15,9
4	22	9,0
5	9	3,7
6	2	0,8

**Tabela 21. Poczucie obciążenia współpracą z personelem pomocniczym w skali od „1” – bardzo źle do „6” – bardzo dobrze (źródło: badania własne) N=245**

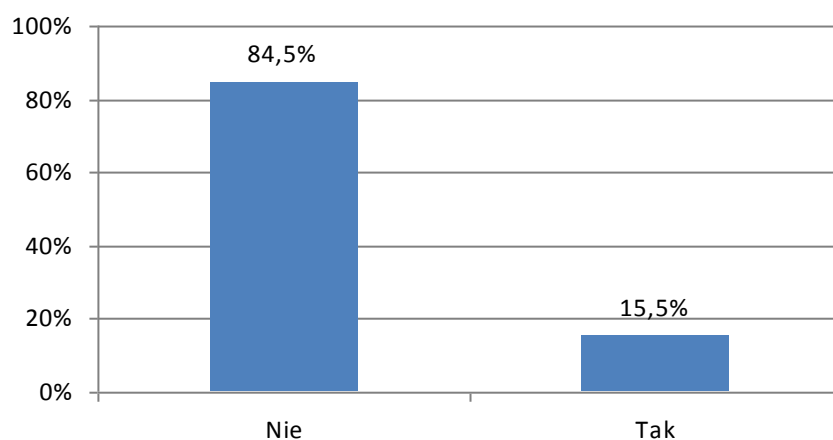
Skala stanu zdrowia fizycznego	Liczba badanych:	
	n	%
1	80	32,7
2	82	33,5
3	51	20,8
4	22	9,0
5	8	3,3
6	2	0,8

**Tabela 22. Poczucie obciążenia koniecznością godzenia pracy z życiem prywatnym w skali od „1” – bardzo źle do „6” – bardzo dobrze (źródło: badania własne) N=245**

Skala stanu zdrowia fizycznego	Liczba badanych:	
	N	%
1	32	13,1
2	45	18,4
3	49	20
4	52	21,2
5	38	15,5
6	29	11,8

### 9.3 Palenie tytoniu w badanej grupie

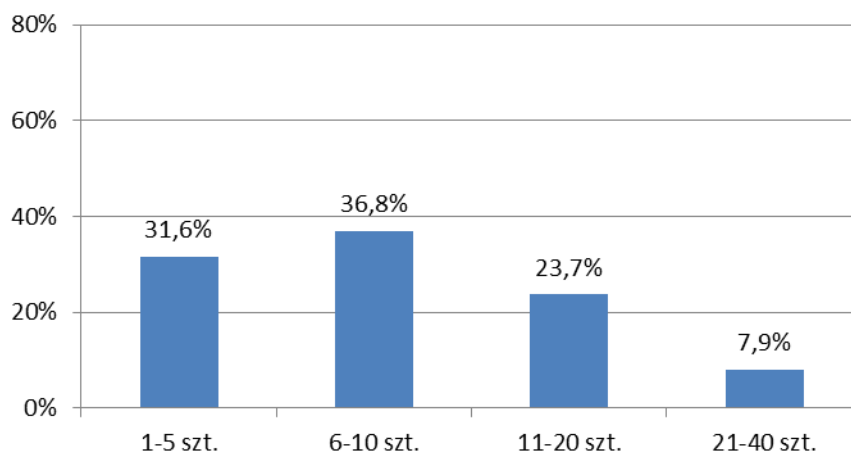
Spośród badanych 38 osób (15,5%) to aktywni palacze.



Rycina 33. Palenie tytoniu (źródło: badania własne)

N=245

Większość osób palących (68,4%) deklarowało dziennie wypalaną liczbę papierosów do 10 sztuk.



Rycina 34. Liczba papierosów wypalana dziennie, przeciętnie w ciągu ostatnich 30 dni (źródło: badania własne)

N=38

Trzy osoby deklarowały dodatkowo palenie fajki.

Średni staż palenia papierosów wśród badanych wynosił ponad 5 lat. Badani deklaruwali najczęściej 1–2 próby zerwania z nałogiem palenia tytoniu (N=63, osoby palące aktualnie lub wcześniej)



**Tabela 23. Czas palenia tytoniu i liczba prób zerwania z tym nałogiem (źródło: badania własne)**

	Średnia	Odch. std.	Min.	Maks.	N
Czas palenia (w latach)	5,33	3,55	1	15	63
Liczba prób zerwania z paleniem	1,73	1,76	0	10	63

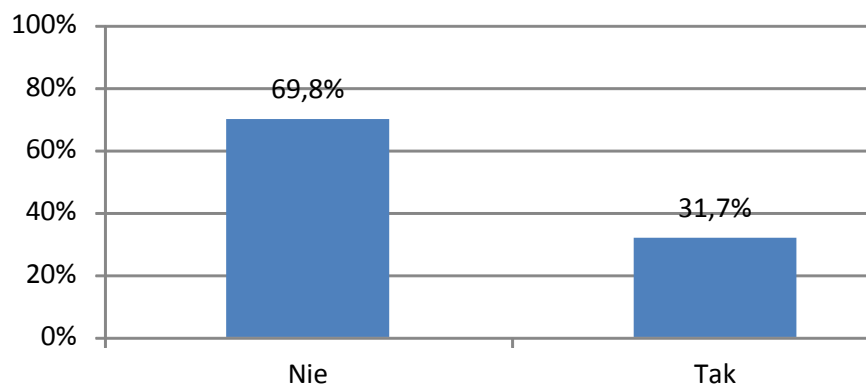
**Tabela 24. Palenie w latach (źródło: badania własne)****N=63**

Lata	Liczba badanych:	
	N	%
1	10	15,9
2	4	6,3
3	11	17,5
4	3	4,8
5	7	11,1
6	9	14,3
7	4	6,3
8	4	6,3
9	4	6,3
11	3	4,8
12	1	1,6
13	1	1,6
15	2	3,2

**Tabela 25. Liczba prób zerwania z nałogiem palenia tytoniu (źródło: badania własne)****N=63**

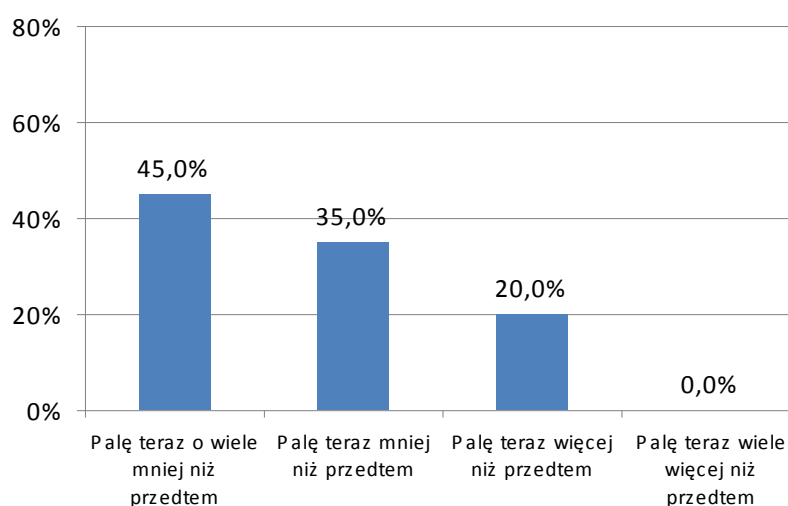
Liczba prób zerwania z nałogiem	Liczba badanych:	
	N	%
0	11	17,5
1	23	36,5
2	19	30,2
3	4	6,3
4	2	3,2
5	2	3,2
8	1	1,6
10	1	1,6

U prawie połowy badanych nasilenie palenia tytoniu nie uległo zmianie po podjęciu pracy zawodowej.



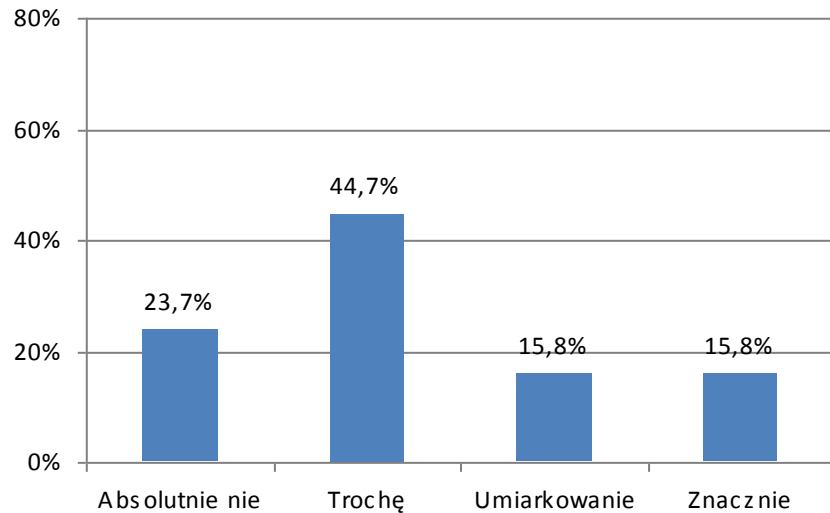
**Rycina 35. Zmiana w nasileniu palenia tytoniu od okresu podjęcia pracy zawodowej (źródło: badania własne)** N=63

Wśród osób, które podały zmianę w nasileniu palenia tytoniu od okresu podjęcia pracy zawodowej (20 osób), większość zadeklarowała zmniejszenie liczby wypalanych papierosów.



**Rycina 36. Zmiany w nasileniu częstości palenia tytoniu od okresu podjęcia pracy zawodowej (źródło: badania własne)** N=20

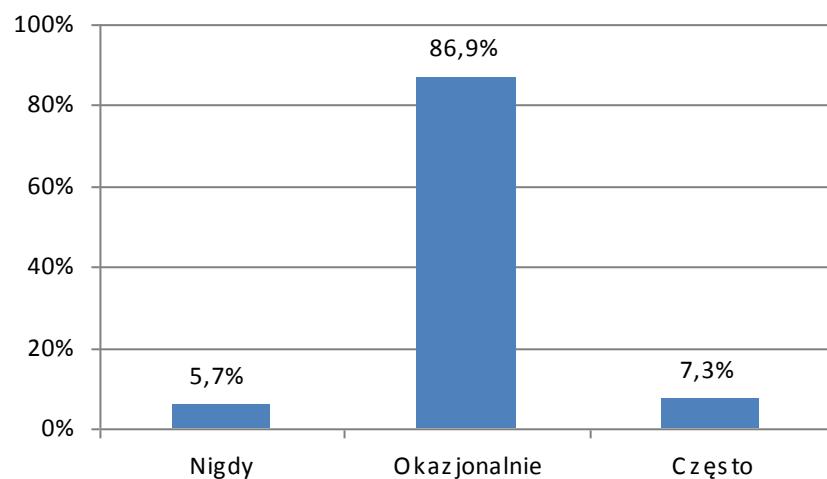
Następstwa zdrowotne wynikające z palenia tytoniu odczuwało 76,3% palaczy.



**Rycina 37. Odczuwanie niekorzystnych następstw zdrowotnych będących następstwem palenia tytoniu (źródło: badania własne) N=38**

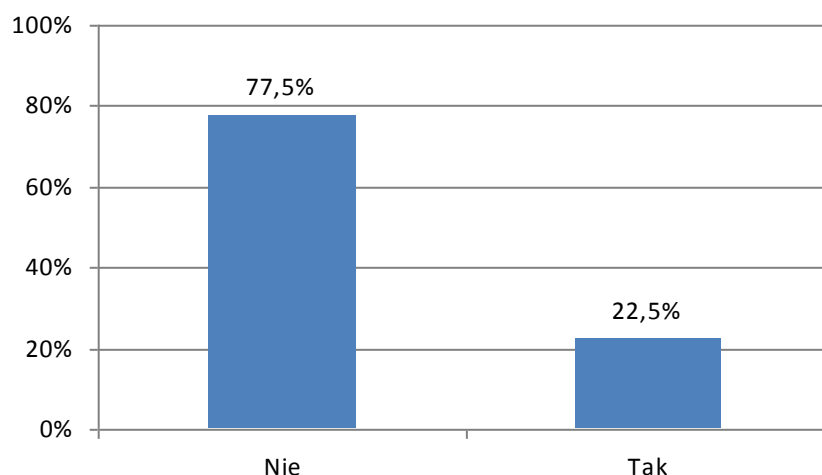
#### 9.4 Konsumpcja alkoholu w badanej grupie

Zdecydowana większość badanych (231 osób) deklaruje spożywanie alkoholu, w tym ponad 7% częste. W grupie ankietowanych 14 osób (5,7%) było abstynentami.



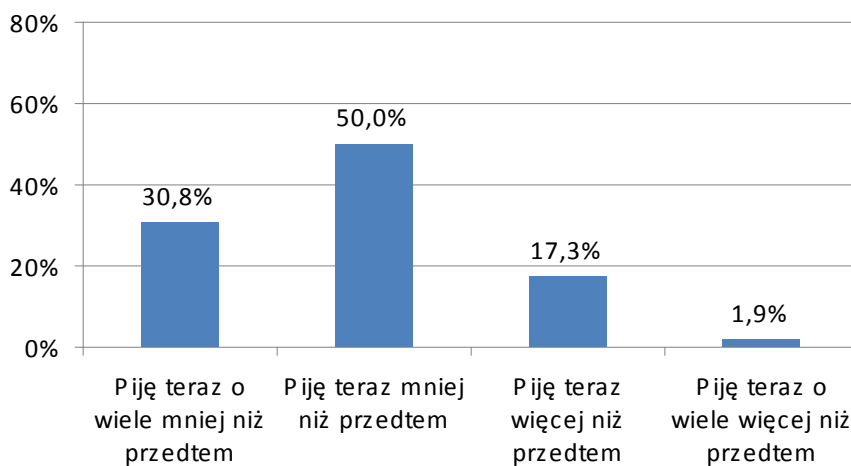
**Rycina 38. Częstość konsumpcji alkoholu przez ankietowanych (źródło: badania własne) N=245**

Niespełna 1/4 przyznających się do konsumpcji alkoholu (52 osoby) podała, że po rozpoczęciu pracy zmieniła się ilość spożywanego przez nich alkoholu.



**Rycina 39. Zmiana w częstości konsumpcji alkoholu po podjęciu pracy (źródło: badania własne)** N=231

Większość osób (80,8%) z deklarujących zmianę ilości konsumowanego alkoholu po podjęciu pracy zawodowej (52 osoby) zmniejszyła ilość tej konsumpcji. 10 osób przyznało, że konsumuje aktualnie więcej alkoholu niż przed podjęciem pracy zawodowej.



**Rycina 40. Zmiany w wielkości konsumpcji alkoholu po podjęciu pracy zawodowej (źródło: badania własne)** N=52

Najczęściej spożywanym alkoholem na przestrzeni ostatniego miesiąca przed badaniem było piwo.

**Tabela 26. Spożycie alkoholu w dniach w zależności od rodzaju w ostatnim miesiącu (źródło: badania własne)**

Rodzaj alkoholu	Średnia	Odch. std.	Min.	Maks.	N
Piwo	3,15	4,15	0	25	231
Wino	2,07	2,67	0	20	231
mocne alkohole	0,91	1,70	0	15	231

Najwyższa liczba dni w ciągu ostatniego miesiąca, w których miała miejsce konsumpcja piwa, wynosiła 25 dni.

**Tabela 27. Liczba dni, podczas których miała miejsce konsumpcja piwa w ostatnich 30 dniach przed badaniem (źródło: badania własne) N=231**

Liczba dni	Liczba badanych:	
	N	%
0	67	29,0
1	41	17,7
2	34	14,7
3	17	7,4
4	15	6,5
5	11	4,8
6	9	3,9
7	14	6,1
8	2	0,9
10	11	4,8
12	1	0,4
14	1	0,4
15	3	1,3
18	1	0,4
20	3	1,3
25	1	0,4

Najwyższa liczba dni spożycia wina w miesiącu wyniosła 20 dni.

**Tabela 28. Spożycie wina w ostatnich 30 dniach (źródło: badania własne) N=231**

Liczba dni	Liczba badanych:	
	N	%
0	69	29,9
1	57	24,7
2	39	16,9
3	21	9,1
4	17	7,4
5	11	4,8
6	4	1,7
7	3	1,3
8	1	0,4
10	7	3

15	1	0,4
20	1	0,4

Najwyższa liczba dni spożycia mocnych alkoholi w miesiącu wyniosła 15 dni.

**Tabela 29. Spożycie mocnych alkoholi w ostatnich 30 dniach** N=231  
(źródło: badania własne)

Liczba dni	Liczba badanych:	
	N	%
0	132	57,1
1	57	24,7
2	19	8,2
3	4	1,7
4	9	3,9
5	4	1,7
6	3	1,3
7	1	0,4
8	1	0,4
15	1	0,4

Średnie spożycie porcji standardowych\* alkoholu na dzień wahało się od ok. 1,5 w przypadku piwa i mocnych alkoholi do 2,5 w przypadku wina.

**Tabela 30. Średnie spożycie dzienne w porcjach standardowych (źródło: badania własne)**

Rodzaj alkoholu	Średnia	Odch. std.	Min.	Maks.	N
piwo	1,73	1,82	0	15	231
wino	2,52	2,87	0	25	231
mocne alkohole	1,32	2,69	0	20	231
alkohole mieszane	0,26	0,77	0	5	231

Najwyższa liczba spożywanym porcji standardowych piwa dziennie to 15.

**Tabela 31. Dzielne spożycie piwa w porcjach standardowych (źródło: badania własne)** N=231

Liczba porcji standardowych	Liczba badanych:	
	N	%
0	66	28,6
1	54	23,4
2	57	24,7
3	17	7,4
4	22	9,5
5	9	3,9
6	3	1,3
7	1	0,4

\* Porcja standardowa alkoholu odpowiada 10 gramom czystego ETOH. Zawiera się ona w określonych ilościach konkretnych alkoholi: 200 g piwa 5%, 100 g wina 10% oraz 25 g wódki 40%.

8	1	0,4
15	1	0,4

Najwyższa liczba spożywanych porcji standardowych wina dziennie to 25.

**Tabela 32. Dzielne spożycie wina w porcjach standardowych** **N=231**  
(źródło: badania własne)

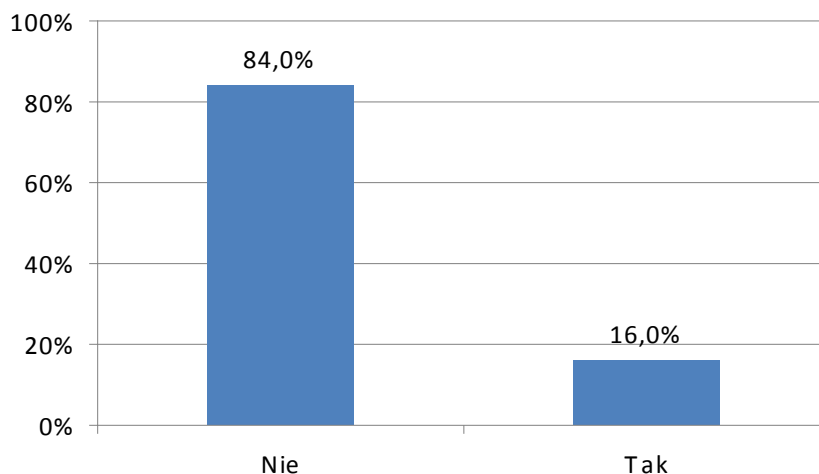
Liczba porcji standardowych	Liczba badanych:	
	N	%
0	71	30,7
2	88	38,1
3	4	1,7
4	33	14,3
5	13	5,6
6	6	2,6
7	5	2,2
8	3	1,3
10	4	1,7
12	3	1,3
25	1	0,4

Najwyższa liczba spożywanych porcji standardowych mocnych alkoholi dziennie to 20.

**Tabela 33. Dzielne spożycie mocnych alkoholi w porcjach standardowych** **N=231**  
(źródło: badania własne)

Liczba porcji standardowych	Liczba badanych:	
	N	%
0	134	58
1	39	16,9
2	26	11,3
3	5	2,2
4	8	3,5
5	5	2,2
6	2	0,9
8	3	1,3
10	6	2,6
12	1	0,4
15	1	0,4
20	1	0,4

Ponadto do spożywania alkoholi mieszanych przyznało się 37 osób spośród pijących badanych.



**Rycina 41. Spożywanie alkoholi mieszanych/drinków**  
(źródło: badania własne)

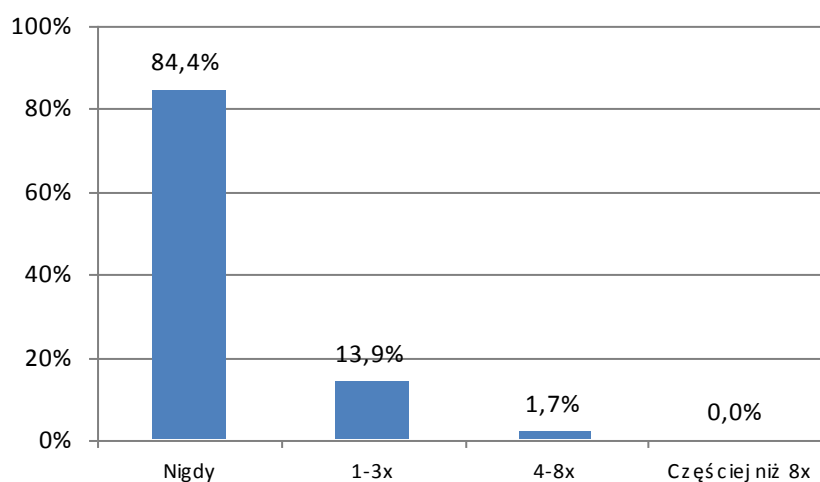
N=231

**Tabela 34. Dienne spożywanie alkoholi mieszanych/drinków w porcjach standardowych (źródło: badania własne)**

N=231

Ile porcji w ciągu dnia?	Liczba badanych:	
	N	%
0	196	84,8
1	21	9,1
2	8	3,5
3	2	0,9
4	2	0,9
5	2	0,9

Ponad 35% badanych (36 osób) w ciągu ostatniego miesiąca co najmniej jeden raz doprowadziło się do stanu zamroczenia alkoholem.



**Rycina 42. Zamroczenie alkoholem w ostatnim miesiącu (źródło: badania własne)**

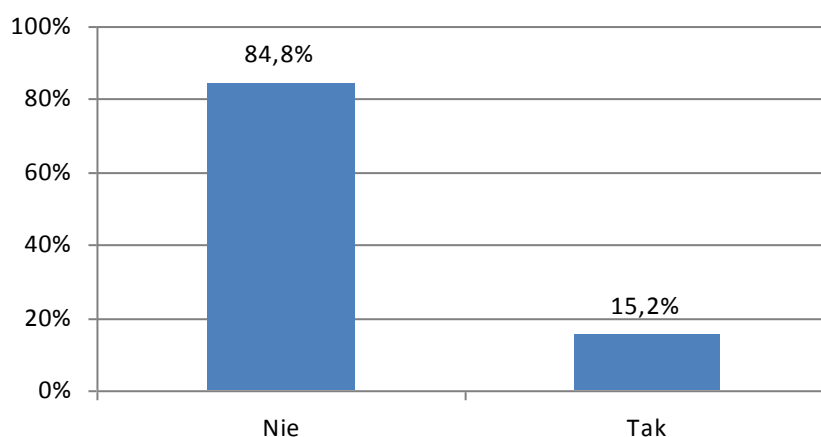
N=231



### 9.4.1 Test CAGE

W kwestionariuszu ankiety zostały umieszczone cztery pytania popularnego testu przesiewowego CAGE\*.

Na pierwsze pytanie testu CAGE: Czy miał/a Pan/Pani kiedykolwiek poczucie, że powinien/powinna Pan/Pani zmniejszyć ilość spożywanego alkoholu? Odpowiedzi twierdzącej udzieliło 35 osób.



**Rycina 43. CAGE – rozkład odpowiedzi na pytanie nr 1** N=231  
(źródło: badania własne)

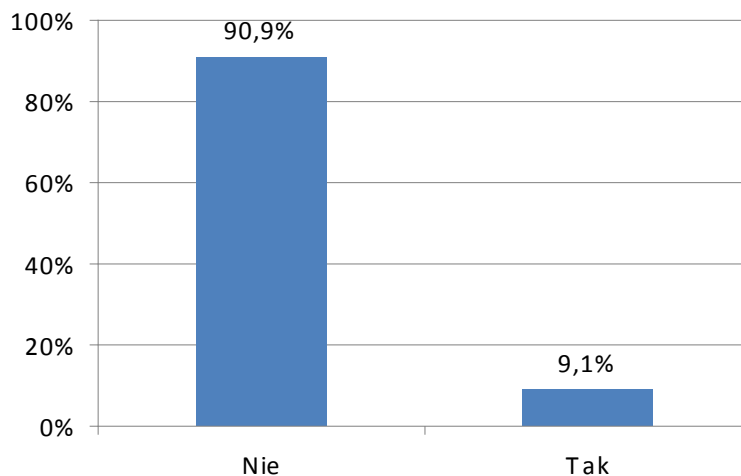
Na drugie pytanie testu CAGE: Czy zdarzyło się, że inni zdenerwowali Pana/Panią, krytykując Pana/Pani sposób picia? Odpowiedzi twierdzącej udzieliło 21 osób.

---

\* Test CAGE – nazwa stanowi akronim angielskiego słowa „klatka” (Suwała 2004, s. 174) i pochodzi od pierwszych liter najważniejszych słów w poszczególnych pytaniach wersji oryginalnej:

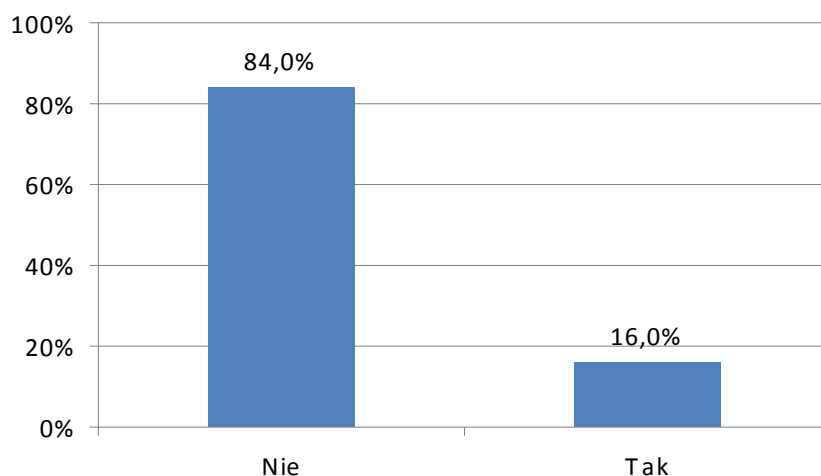
- C – Cut – redukować
- A – Angry – zły
- G – Guilty – winny
- E – Empty – pusty

Interpretacja wyników testu CAGE jest następująca: udzielenie 2 lub więcej odpowiedzi twierdzących jest podstawą do podejrzenia uzależnienia od alkoholu (Magruder-Habib 1993, s. 438). Udzielenie jednej twierdzącej odpowiedzi interpretowane jest jako sygnał ostrzegawczy.



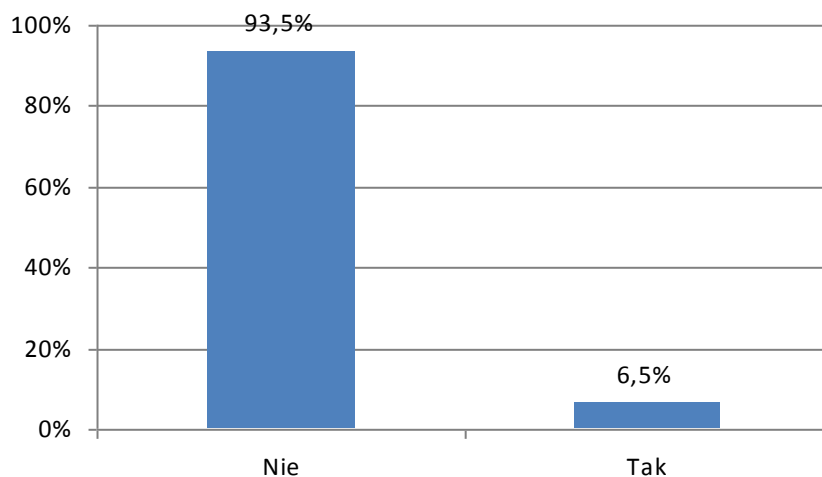
**Rycina 44. CAGE – rozkład odpowiedzi na pytanie nr 2** **N=231**  
 (źródło: badania własne)

Na trzecie pytanie testu CAGE: Czy miał/a Pan/Pani już kiedyś poczucie winy w związku z piciem alkoholu? Odpowiedzi twierdzącej udzieliło 37 osób.



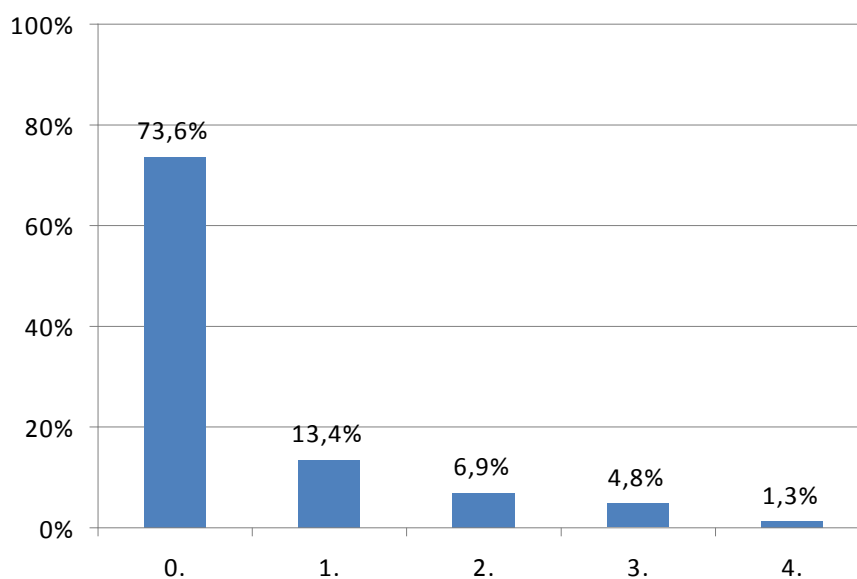
**Rycina 45. CAGE – rozkład odpowiedzi na pytanie nr 3** (źródło: badania własne) **N=231**

Na czwarte pytanie testu CAGE: Czy pił/a Pan/Pani już kiedyś alkohol od rana dla załagodzenia kaca (klin)? Odpowiedzi twierdzącej udzieliło 15 osób.



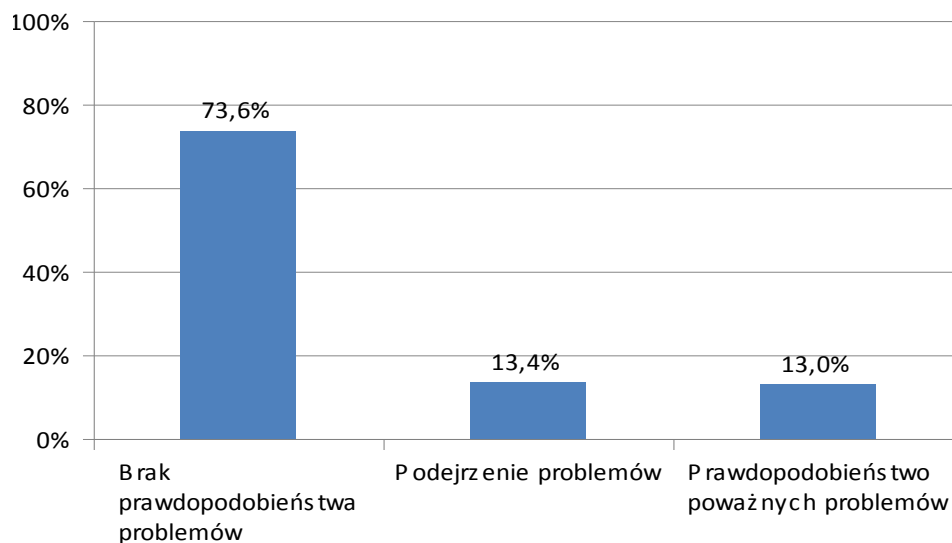
**Rycina 46. CAGE – rozkład odpowiedzi na pytanie nr 4** N=231  
 (źródło: badania własne)

Spośród 231 osób, które zadeklarowały wcześniej okazjonalne lub częste spożywanie alkoholu, 170 (73,6%) odpowiedziało negatywnie na wszystkie pytania testu CAGE.



**Rycina 47. CAGE – suma odpowiedzi twierdzących** (źródło: badania własne) N=231

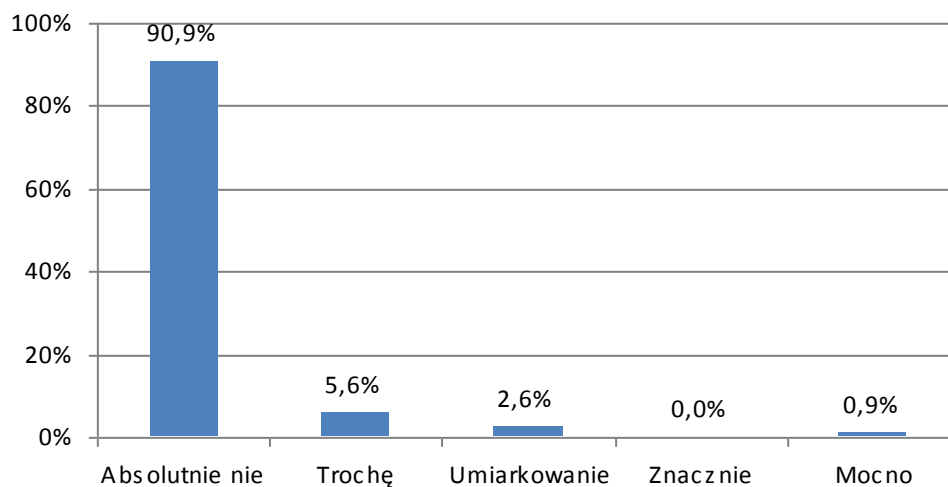
Należy zauważyć, że więcej niż 1/4 badanych (61 osób) odpowiedziała twierdząco na co najmniej jedno pytanie testu, natomiast u 13% (30 osób) wynik testu CAGE sugeruje wysokie prawdopodobieństwo występowania problemów z alkoholem.



Rycina 48. Interpretacja testu CAGE (źródło: badania własne)

N=245

Większość badanych nie zauważała żadnych problemów zdrowotnych wynikających ze spożywania alkoholu.

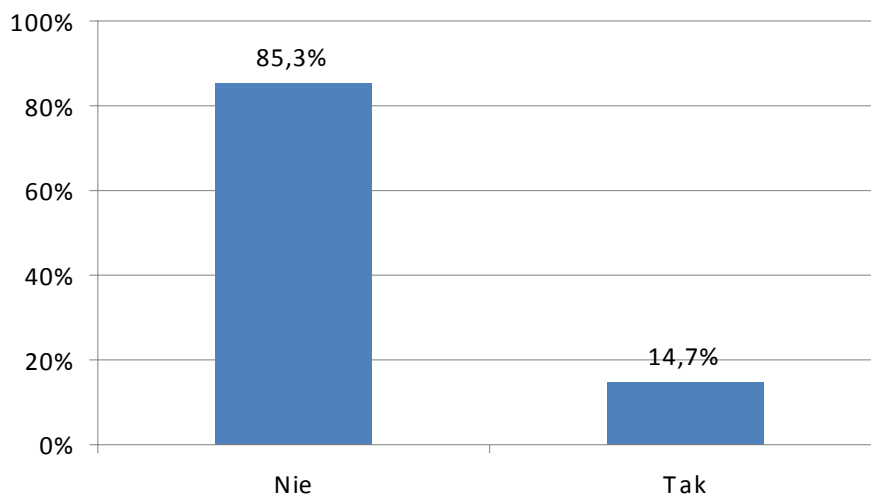


Rycina 49. Poczucie ograniczeń zdrowotnych spowodowanych pićm alkoholu (źródło: badania własne)

N=245

## 9.5 Zażywanie leków

Niecałe 15% badanych (36 osób) deklaroowało konieczność przyjmowania leków z powodu choroby przewlekłej. Najczęściej przyjmowane były leki na schorzenia endokrynologiczne.



**Rycina 50. Odsetek badanych wymagających regularnego przyjmowania leków z powodu choroby przewlekłej (źródło: badania własne)**

**N=245**

**Tabela 35. Rodzaje leków przyjmowanych przez badanych z powodu chorób przewlekłych (źródło: badania własne)**

**N=245**

Rodzaj leku	Liczba badanych:	
	N	%
Żadne	210	85,7
Leki hormonalne (w tym: antykoncepcyjne, sterydy, endokrynologiczne)	25	10,2
Leki kardiologiczne	4	1,6
Leki przeciwdepresyjne	2	0,8
Leki przeciwalergiczne	2	0,8
Leki przeciwastmatyczne	1	0,4
Brak odpowiedzi	1	0,4

Wśród innych leków badani najczęściej deklarowali przyjmowanie środków przeciwbólowych, ponad połowa badanych.

**Tabela 36. Częstotliwość przyjmowanych środków uspokajających przez badanych w miesiącu (źródło: badania własne)**

**N=245**

Częstotliwość przyjmowanych środków uspokajających	Liczba badanych:	
	N	%
nigdy	236	96,3
1–2x	7	2,8
3–4x	1	0,4
5–8x	1	0,4

**Tabela 37. Częstość przyjmowania środków przeciwbólowych przez badanych w miesiącu (źródło: badania własne)** N=245

Częstość przyjmowania środków przeciwbólowych	Liczba badanych:	
	N	%
nigdy	115	46,9
1–2x	105	42,8
3–4x	20	8,2
5–8x	5	2

**Tabela 38. Częstość przyjmowania leków psychostymulujących przez badanych w miesiącu (źródło: badania własne)** N=245

Częstość przyjmowania leków psychostymulujących	Liczba badanych:	
	N	%
nigdy	241	98,4
1–2x	2	0,8
3–4x	0	0,0
5–8x	1	0,4
codziennie	1	0,4

Dwanaście osób zadeklarowało zwiększenie ilości przyjmowanych leków po podjęciu pracy zawodowej, z czego trzy przyznały, że przyjmują więcej leków.

**Tabela 39. Zmiany w ilości przyjmowanych leków po podjęciu pracy zawodowej (źródło: badania własne)** N=245

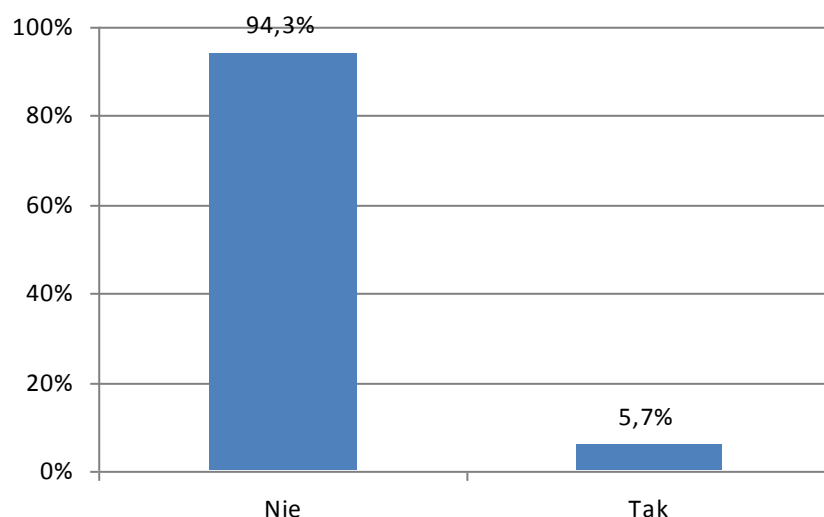
Zmiany w ilości przyjmowanych leków	Liczba badanych:	
	N	%
nie	233	95,1
tak	12	4,9

**Tabela 40. Rodzaj zmiany w ilości przyjmowanych leków przez badanych po podjęciu pracy (źródło: badania własne)** N=245

Rodzaj zmiany w ilości przyjmowanych leków	Liczba badanych:	
	N	%
nie dotyczy	233	95,1
zażywam teraz o wiele mniej niż przedtem	4	1,6
zażywam teraz mniej niż przedtem	5	2
zażywam teraz więcej niż przedtem	3	1,2
zażywam teraz o wiele więcej niż przedtem	0	0,0

## 9.6 Zażywanie narkotyków

Do zażywania narkotyków przyznało się w ankiecie 14 osób (prawie 6% badanych)



**Rycina 51. Spożywanie narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni** N=245  
(źródło: badania własne)

Najczęściej przyjmowanym środkiem była marihuana, ale zdarzały się także osoby sięgające po kokainę, opiaty i środki wziewne. Nikt nie zadeklarował codziennego spożywania narkotyków.

**Tabela 41. Częstotliwość spożywania w miesiącu, z podziałem na substancje** N=245  
(źródło: badania własne)

Nazwa substancji	Częstotliwość spożywania w miesiącu w %	
	Nigdy	Co najmniej 1 raz
Cannabis/marihuana/haszysz	95,5	4,5
Amfetamina	100,0	0,0
Ecstasy	100,0	0,0
Kocaina/Crak	99,6	0,4
Opiaty	99,6	0,4
Środki wziewne	99,2	0,8

U sześciu osób nastąpiły zmiany w spożywaniu narkotyków po podjęciu pracy.

**Tabela 42. Zmiana w spożywaniu narkotyków po podjęciu pracy** (źródło: badania własne) N=245

Zmiana w spożywaniu narkotyków po podjęciu pracy	Liczba badanych:	
	N	%
nie	239	97,6
tak	6	2,4

Tylko jedna osoba przyznała się do zażywania większych ilości substancji po podjęciu pracy.

**Tabela 43. Rodzaj zmiany w zażywaniu narkotyków po podjęciu pracy** N=245  
(źródło: badania własne)

Rodzaj zmiany w zażywaniu narkotyków	Liczba badanych:	
	N	%
nie dotyczy	239	97,6
zażyvam teraz o wiele mniej niż przedtem	3	1,2
zażyvam teraz mniej niż przedtem	2	0,8
zażyvam teraz o więcej niż przedtem	0	0
zażyvam teraz o wiele więcej niż przedtem	1	0,4

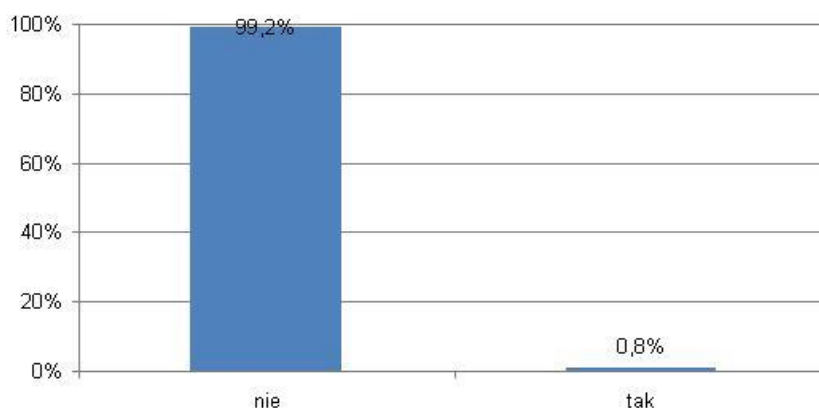
Zażywanie narkotyków dla zdecydowanej większości nie wpływa na odczuwalny stan zdrowia.

**Tabela 44. Poczucie pogorszenia stanu zdrowia z powodu spożywanych narkotyków** (źródło: badania własne) N=245

Poczucie pogorszenia stanu zdrowia	Liczba badanych:	
	N	%
nie dotyczy	223	91,0
absolutnie nie	20	8,2
trochę	1	0,4
umiarkowanie	0	0,0
znacznie	0	0,0
mocno	1	0,4

### 9.7 Korzystanie z możliwości pomocy

Dwie osoby spośród badanych deklarujące korzystanie z pomocy jako przyczynę problemów podawały alkohol. Korzystały one z pomocy psychologa i znajomych (1 osoba) oraz psychoterapeuty (1 osoba).



**Rycina 52. Korzystanie z ofert pomocy z powodu problemów związanych z zażywaniem środków uzależniających** (źródło: badania własne) N=245



### III. ANALIZA ZEBRANEGO MATERIAŁU

#### 1. Wyniki badań

##### 1.1 Palenie tytoniu

Palenie a płeć. Test chi-kwadrat dał wynik nieistotny statystycznie, nie mamy podstawy, by odrzucić  $H_0$  na rzecz  $H_1$ . Płeć nie jest powiązana z paleniem, choć warto zaznaczyć, że odsetek palących w badanej grupie mężczyzn wyniósł 19,1%, podczas gdy palących kobiet w grupie kobiet było 13,5%.

**Tabela 45. Palenie a płeć (źródło: badania własne)** N=245

Palenie obecnie	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem
	N	%	N	%	
Nie	135	86,54%	72	80,90%	207
Tak	21	13,46%	17	19,10%	38

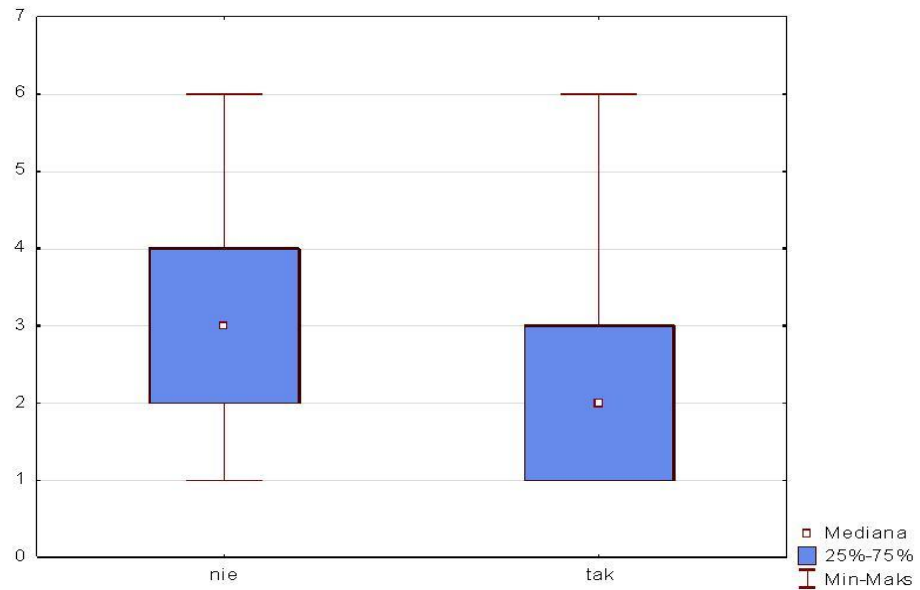
Zróznicowanie grup palących i niepalących. Za pomocą testu U Manna-Whitneya sprawdzono występowanie istotnych statystycznie różnic w grupach osób palących obecnie i niepalących.

Wykazano istotne statystycznie różnice między grupami oraz różnice na granicy istotności. Dla poczucia obciążenia godzinami pracy oraz pośpiechem i stresem, a także stażu pracy w miesiącach wyniki są istotne statystycznie ( $p < 0,05$ ), mamy więc podstawy do odrzucenia  $H_0$  na rzecz  $H_1$ .

**Tabela 46. Różnice w grupach palących i niepalących (źródło: badania własne)** N=245

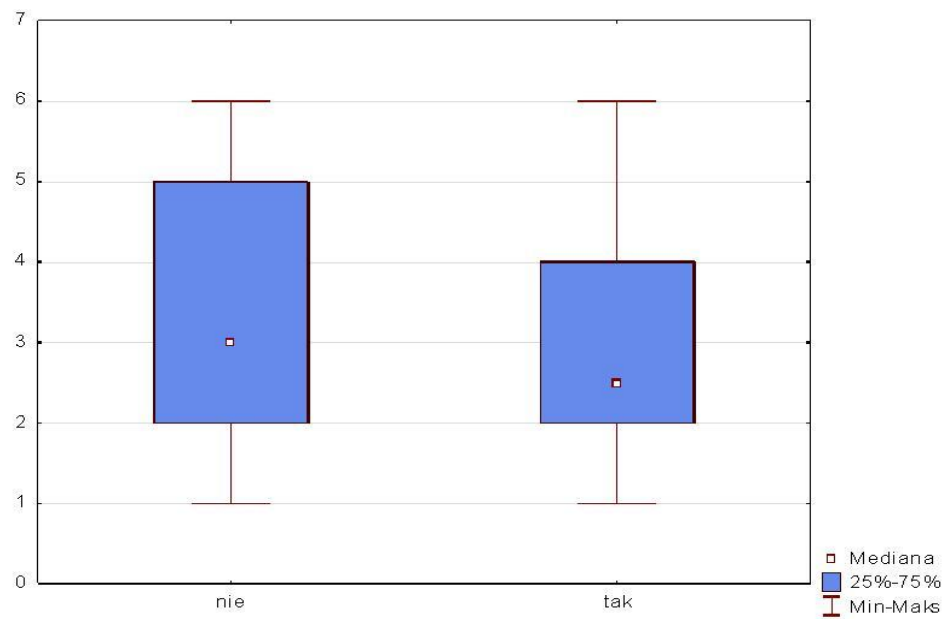
Zmienna	N ważnych		Średnia		Mediana		Odch. std.		P
	Palenie obecnie		Palenie obecnie		Palenie obecnie		Palenie obecnie		
	nie	Tak	nie	tak	nie	tak	Nie	tak	
Poczucie obciążenia długimi godzinami pracy	207	38	3,063	2,447	3,000	2,000	1,495	1,446	<b>0,018</b>
Poczucie obciążenia pośpiechem i stresem w czasie pracy	207	38	3,348	2,684	3,000	2,500	1,528	1,397	<b>0,012</b>
Współpraca z personelem pomocniczym	207	38	2,256	1,842	2,000	2,000	1,173	0,823	0,068
Staż (m-ce)	207	38	3,473	4,368	4,000	3,000	1,554	3,620	0,027
Obciążenie problemami prywatnymi	207	38	2,947	2,421	2,000	2,000	2,406	1,200	0,066

Różnice istotne statystycznie dla grup osób palących i niepalących:



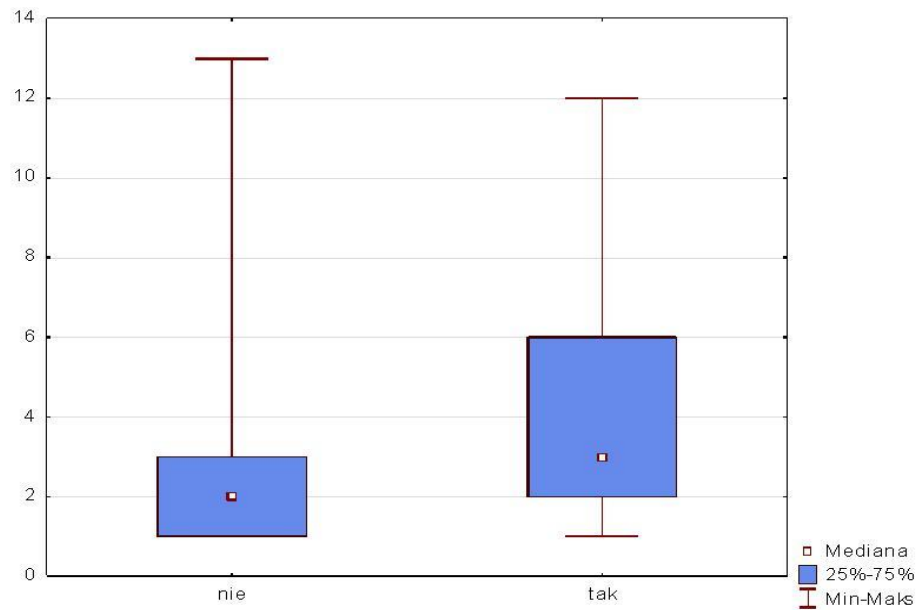
Rycina 53. Palenie aktualnie a poczucie obciążenia długimi godzinami pracy  $p=0,018$  (źródło: badania własne)

N=38



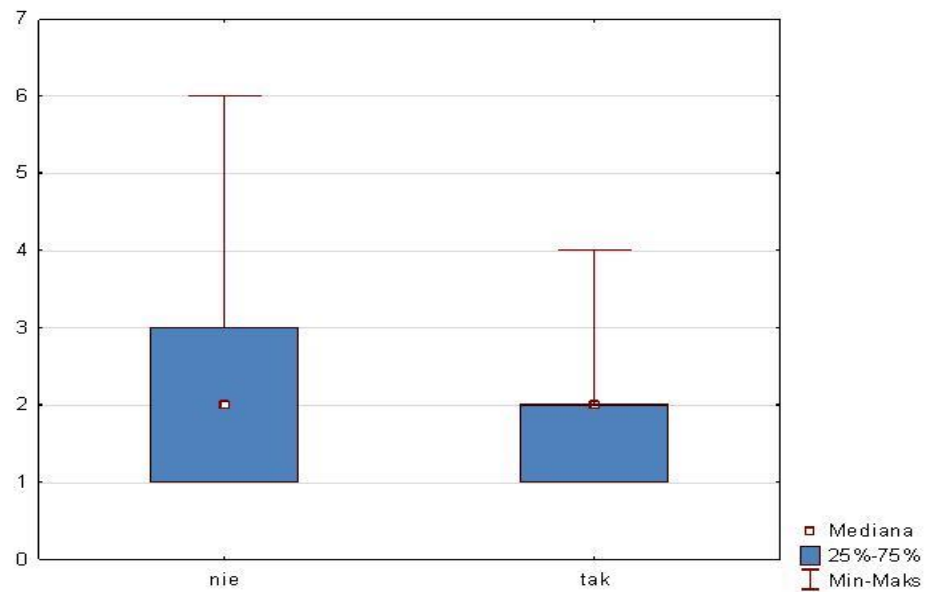
Rycina 54. Palenie aktualnie a poczucie obciążenia pośpiechem i stresem w czasie pracy  $p=0,012$  (źródło: badania własne)

N=38

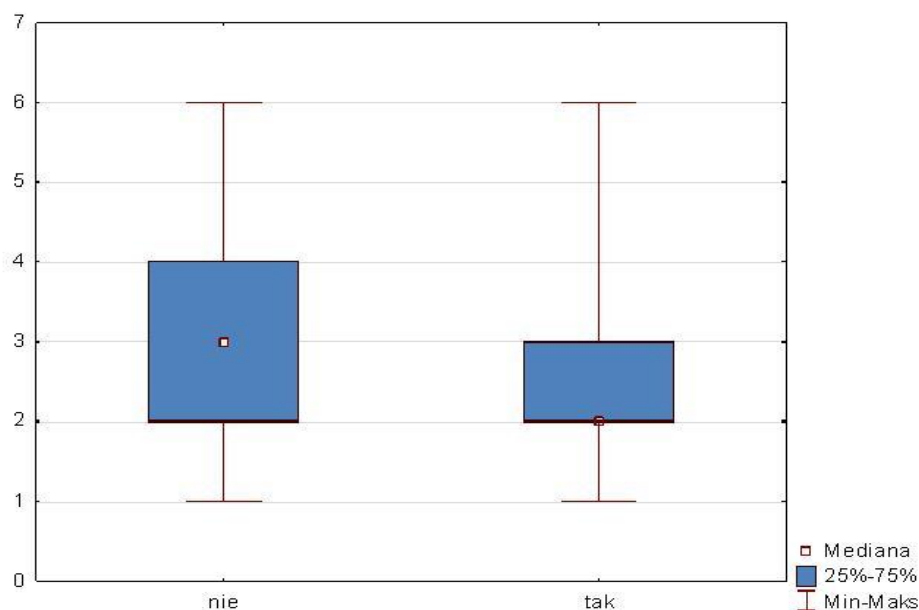


**Rycina 55. Palenie aktualnie a długość stażu pracy  $p=0,027$  (źródło: badania własne) N=38**

Różnice na granicy istotności dla grup osób palących i niepalących:



**Rycina 56. Palenie aktualnie a poczucie obciążenia poprzez współpracę z personelem  $p=0,068$  (źródło: badania własne) N=38**



**Rycina 57. Palenie aktualnie a poczucie obciążenia problemami prywatnymi  $p=0,066$  (źródło: badania własne)**

**N=38**

Liczba wypalanych papierosów dziennie. Do zbadania zależności wykorzystano test korelacji porządku rang Spearmana. Test wykazał brak korelacji.

Liczba wypalanych papierosów na dzień a płeć. Test chi-kwadrat dał wynik bliski istotności  $p=0,087$ .

**Tabela 47. Liczba wypalanych papierosów na dzień a płeć (źródło: badania własne)**

**N=38**

Liczba wypalanych papierosów na dzień	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem
	N	%	N	%	
1–5 szt.	10	47,62%	2	11,76%	12
6–10 szt.	5	23,81%	9	52,94%	14
11–20 szt.	4	19,05%	5	29,41%	9
21–40 szt.	2	9,52%	1	5,88%	3

Palenie obecnie a sprawowanie opieki. Test chi-kwadrat dał wynik nieistotny statystycznie.

Zmiana intensywności palenia tytoniu po podjęciu pracy zawodowej a płeć; w teście chi-kwadrat nie uzyskano wyników istotnych statystycznie.

Podobnie brak związku stwierdzono pomiędzy zmianą w intensywności palenia tytoniu po podjęciu pracy zawodowej a sprawowaniem opieki. Test chi-kwadrat – wynik nieistotny statystycznie.

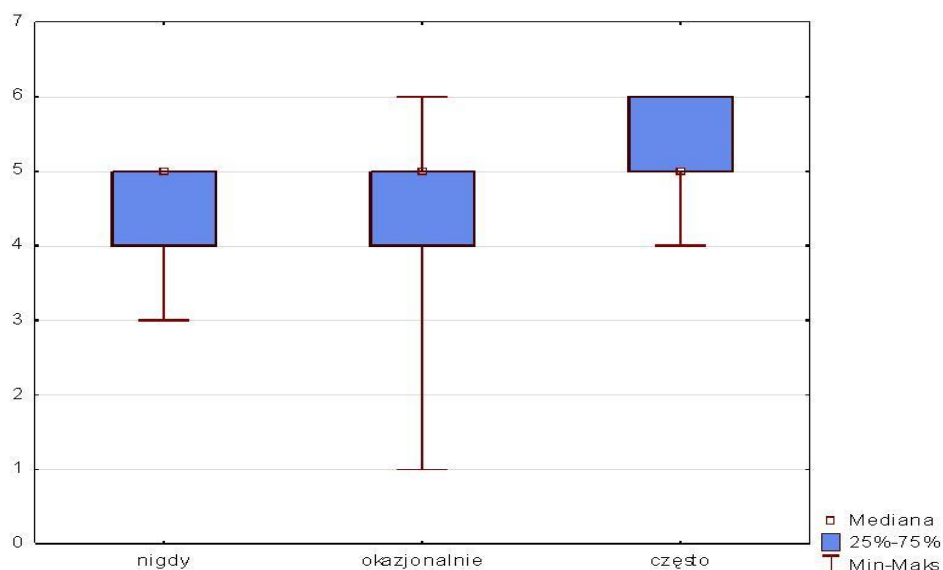
## 1.2 Konsumpcja alkoholu

Wielkość konsumpcji alkoholu a samoocena zdrowia fizycznego. Test ANOVA rang Kruskala-Wallisa wykazał poziom bliski istotności statystycznej  $p=0,054$ .

**Tabela 48. Ocena zdrowia fizycznego a spożywanie alkoholu (źródło: badania własne)**

**N=245**

Zmienna	N ważnych			Średnia			Mediana			Odch. std.			p
	Spożywanie alkoholu			Spożywanie alkoholu			Spożywanie alkoholu			Spożywanie alkoholu			
	nigdy	okazjonalnie	często	nigdy	okazjonalnie	często	nigdy	okazjonalnie	często	nigdy	okazjonalnie	często	
Ocena zdrowia fizycznego	14	213	18	4,500	4,873	5,222	5,000	5,000	5,000	0,759	0,856	0,65	0,053



**Rycina 58. Ocena zdrowia fizycznego a spożywanie alkoholu  $p=0,054$  (źródło: badania własne)**

**N=245**

Aktualna wielkość konsumpcji alkoholu a płeć. Wynik bliski istotności  $p=0,068$ . Często konsumowało alkohol ponad 12% mężczyzn, a tylko niecałe 4,5% kobiet.

**Tabela 49. Wielkość konsumpcji alkoholu a płeć (źródło: badania własne)**

**N=245**

Spożywanie alkoholu	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem
	N	%	N	%	
Nigdy	10	6,41%	4	4,49%	14
Okazjonalnie	139	89,10%	74	83,15%	213
Często	7	4,49%	11	12,36%	18

Wielkość konsumpcji alkoholu a sprawowanie opieki. Cechy są zależne; wynik istotny statystycznie  $p=0,020$ . W grupie osób sprawujących opiekę niecałe 4% przyznało się do częstego konsumowania alkoholu w porównaniu do grupy osób nieobciążonych opieką, gdzie często pije ponad 10% badanych.

**Tabela 50. Wielkość konsumpcji alkoholu a sprawowana opieka**  
(źródło: badania własne)

N=245

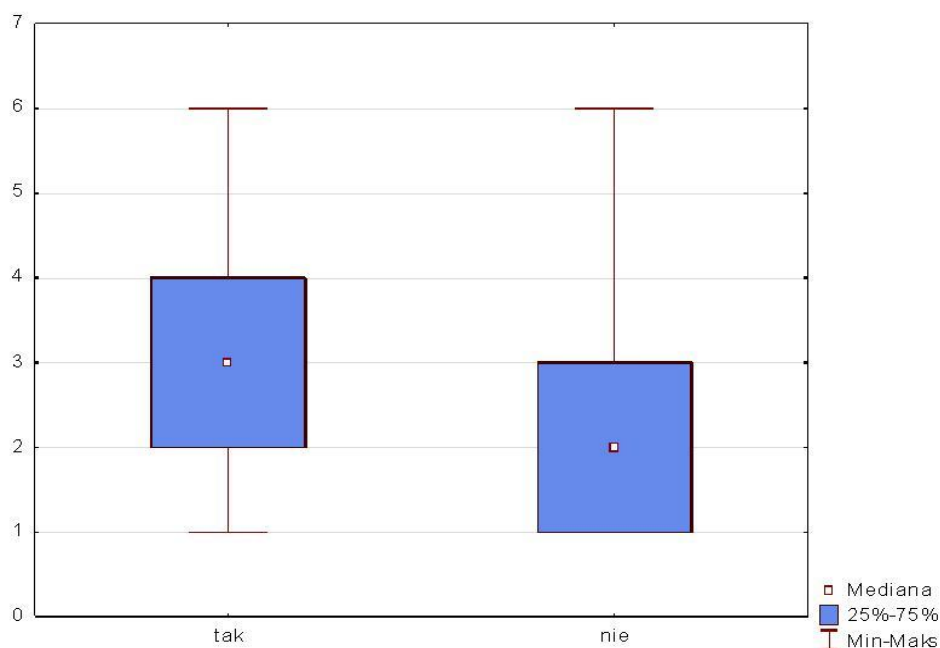
Spożywanie alkoholu	Sprawowanie opieki				Ogółem
	Nie		Tak		
	N	%	N	%	
Nigdy	4	2,90%	10	9,35%	14
Okazjonalnie	120	86,96%	93	86,92%	213
Często	14	10,14%	4	3,74%	18

Zmiana wielkości konsumpcji alkoholu po podjęciu pracy zawodowej. Test U Manna-Whitneya wyniki na granicy istotności dla dwóch zmiennych, poczucia obciążenia współpracą z przełożonymi  $p=0,067$  oraz wieku  $p=0,068$ .

**Tabela 51. Zmiana wielkości konsumpcji alkoholu po podjęciu pracy zawodowej**(źródło: badania własne)

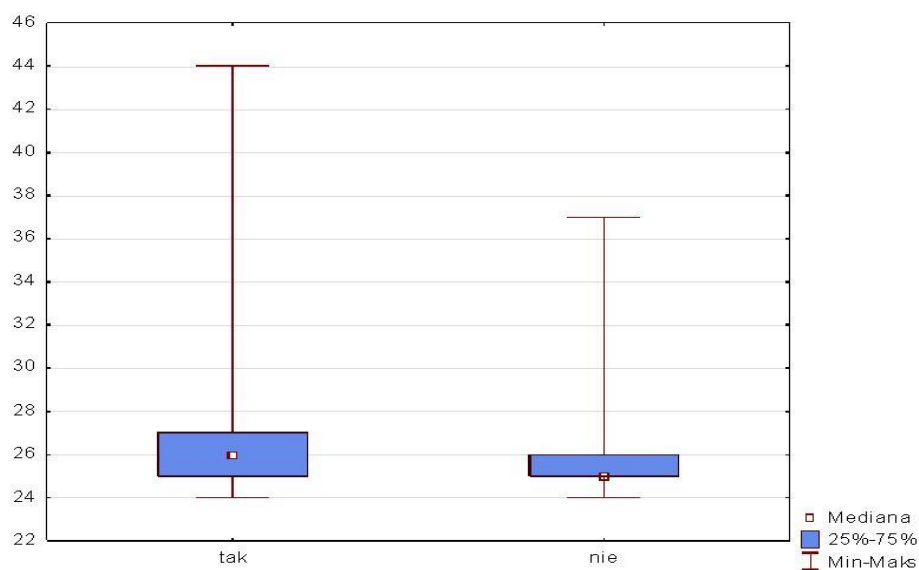
N=231

Zmienna	N ważnych		Średnia		Mediana		Odch. std.		p
	Zmiana		Zmiana		Zmiana		Zmiana		
	nie	tak	nie	tak	nie	tak	nie	tak	
Wspólna praca z przełożonymi	179	52	2,547	2,903	2,000	3,000	1,354	1,317	0,067
Wiek	179	52	25,854	26,634	25,000	26,000	1,659	3,236	0,012



**Rycina 59. Zmiana w wielkości konsumpcji alkoholu po podjęciu pracy zawodowej a poczucie obciążenia wynikające z konieczności współpracy z przełożonymi  $p=0,067$**  (źródło: badania własne)

N=231



**Rycina 60. Zmiana ilości spożywanego alkoholu po podjęciu pracy a wiek N=231 badanych p=0,069 (źródło: badania własne)**

Zmiana w wielkości konsumpcji alkoholu po podjęciu pracy zawodowej a płeć. Test chi-kwadrat dał wynik istotny statystycznie  $p=0,025$ ; taka korelacja istnieje. Ponad 80% kobiet nie zmieniło wielkości konsumowanego alkoholu, podczas gdy 30% mężczyzn przyznało, że zmieniło ilość wypijanego alkoholu od czasu podjęcia pracy.

**Tabela 52. Zmiana w wielkości konsumowanego alkoholu po podjęciu pracy zawodowej a płeć (źródło: badania własne) N=231**

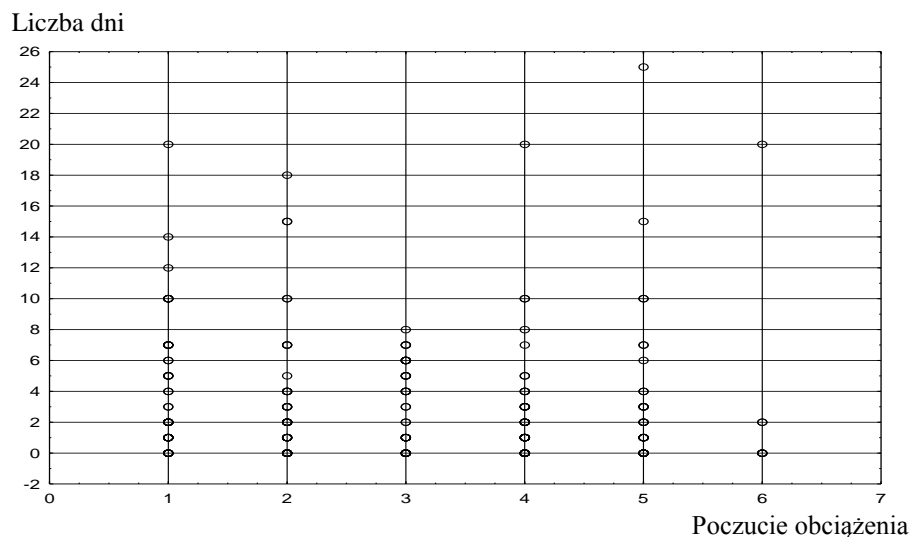
Zmiana ilości spożycia alkoholu po podjęciu pracy	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem
	N	%	N	%	
Nie	120	82,19%	56	69,41%	179
Tak	26	17,81%	26	30,59%	52

Zmiana spożycia alkoholu po podjęciu pracy a sprawowana opieka, związek nie zachodzi.

Ilość wypijanego piwa w miesiącu, w dniach. Korelacja porządku rang Spearmana wykazuje związek istotny statystycznie z poczuciem obciążenia godzinami pracy.

**Tabela 53. Spożycie piwa w ostatnim miesiącu w dniach a obciążenie godzinami pracy (źródło: badania własne)**

N Ważnych	R Spearman	p
231	-0,148	0,024

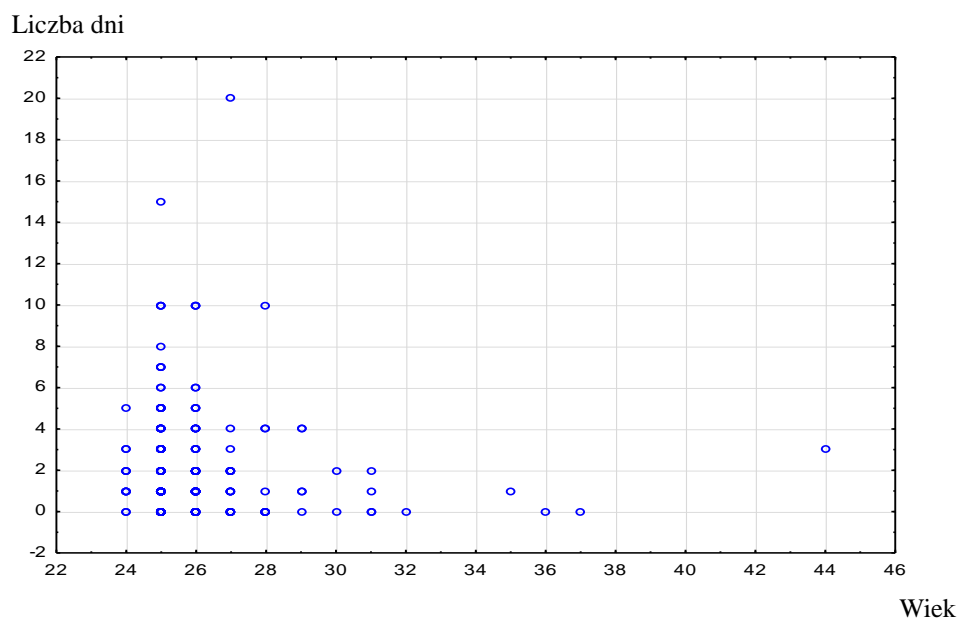


**Rycina 61. Wielkość konsumpcji piwa w ostatnim miesiącu przed badaniem mierzona liczbą dni a obciążenie godzinami pracy  $p=0,024$   $N=231$  (źródło: badania własne)**

Spożycia wina w miesiącu w dniach. Wynik na granicy istotności ( $p=0,056$ ) ze zmienną wiek.

**Tabela 54. Spożycie wina w ostatnim miesiącu w dniach a wiek badanych (źródło: badania własne)**

N Ważnych	R Spearman	p
231	-0,126	0,056



**Rycina 62. Spożycie wina w ostatnim miesiącu w dniach a wiek badanych  $p=0,056$   $N=231$  (źródło: badania własne)**

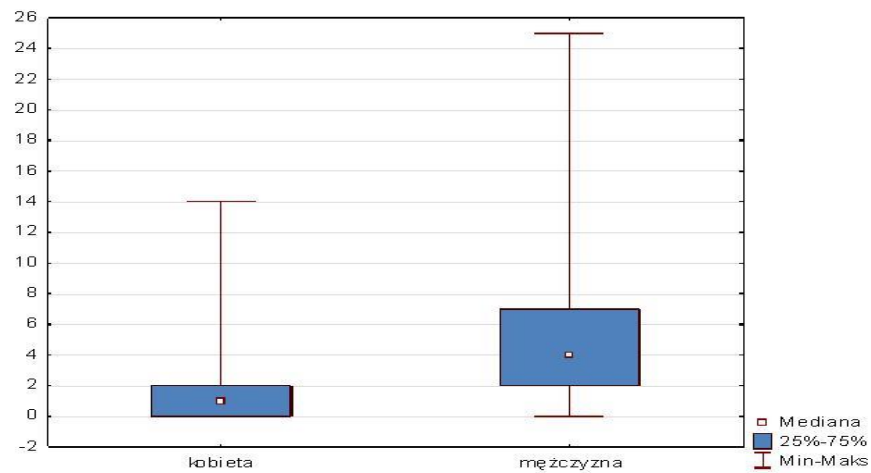
Brak jest związków w wynikach korelacji ze zmiennymi miesięcznego spożycia mocnych alkoholi.



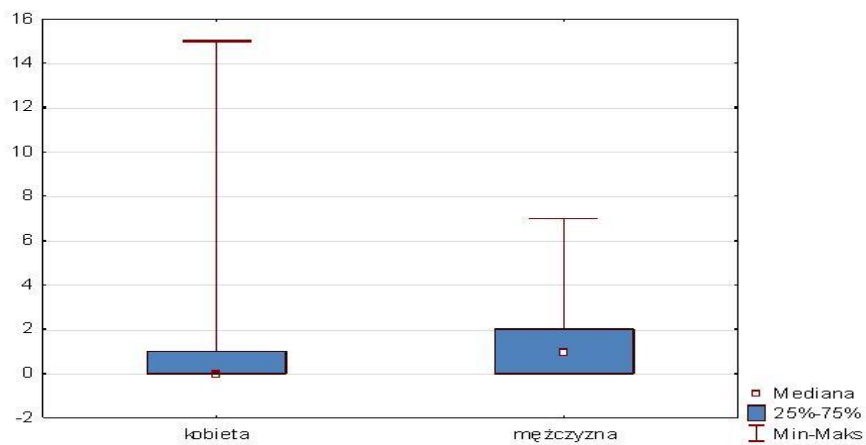
Płeć a spożycie miesięczne alkoholu. Test U Manna-Whitneya wykazał, że grupy różnią się między sobą istotnie. Różnice są na bardzo istotnym statystycznie poziomie, p we wszystkich przypadkach bliskie lub równe 0.

**Tabela 55. Wielkość konsumpcji różnego rodzaju napojów alkoholowych a płeć (źródło: N=231 badania własne)**

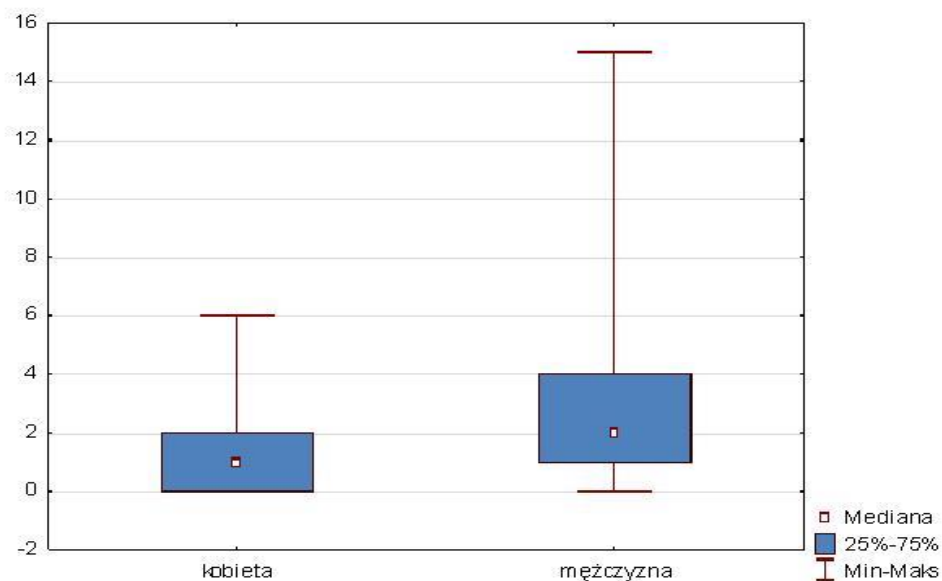
Zmienna	N ważnych		Średnia		Mediana		Odch. std.		P
	Płeć		Płeć		Płeć		Płeć		
	K	M	K	M	K	M	K	M	
Piwo w miesiącu w dniach	146	85	1,884	5,318	1,000	4,000	2,601	5,283	<b>0,000</b>
Mocne alkohole w miesiącu w dniach	146	85	0,651	1,365	0,000	1,000	1,659	1,689	<b>&lt;0,001</b>
Piwo porcje standardowe na dzień	146	85	1,226	2,600	1,000	2,000	1,296	2,237	<b>0,000</b>
Mocne alkohole porcje standardowe na dzień	146	85	0,610	2,553	0,000	1,000	1,182	3,878	<b>&lt;0,001</b>



**Rycina 63. Wielkość konsumpcji piwa mierzona liczbą dni w miesiącu a płeć p=0,000 (źródło: badania własne)** N=231

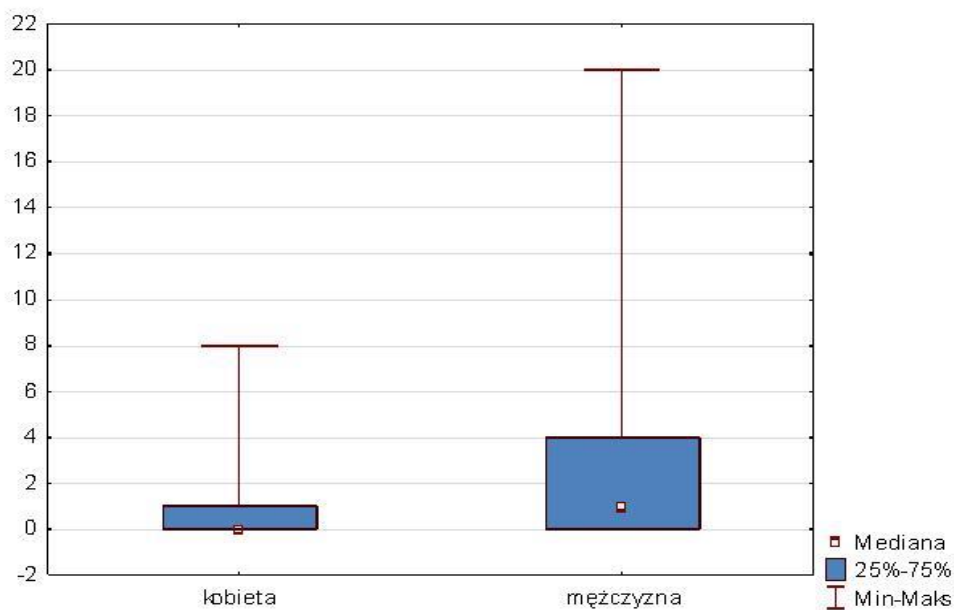


**Rycina 64. Wielkość konsumpcji mocnych alkoholi mierzona liczbą dni w miesiącu a płeć p=0,001 (źródło: badania własne)** N=231



Rycina 65. Wielkość konsumpcji piwa w porcjach standardowych na dzień a płeć  $p=0,000$  (źródło: badania własne)

N=231



Rycina 66. Mocne alkohole – porcje standardowe na dzień a płeć  $p<0,001$  (źródło: badania własne)

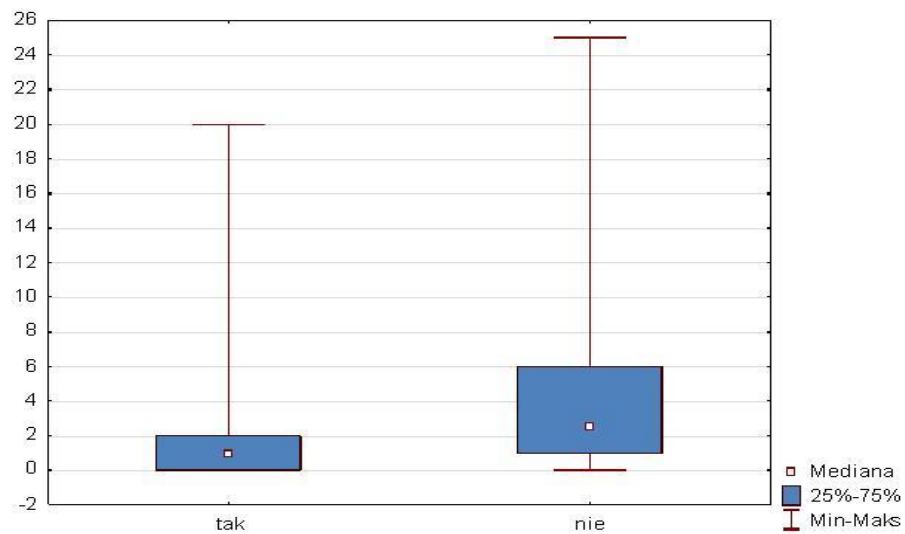
N=231

Opieka nad innymi a wielkość miesięcznej konsumpcji alkoholu. Test U Manna-Whitneya wykazał również istotne różnice pomiędzy grupami. P bliskie 0.

Tabela 56. Spożycie alkoholi a sprawowana opieka (źródło: badania własne)

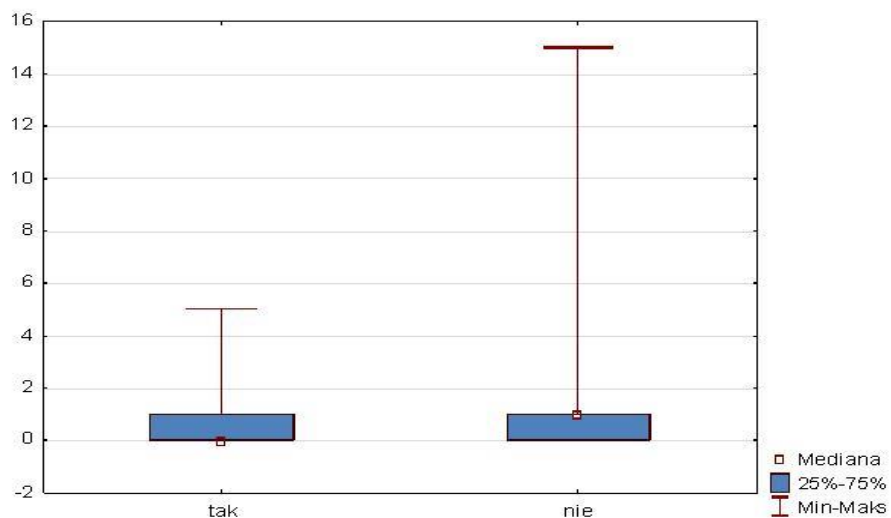
N=231

Zmienna	N ważnych		Średnia		Mediana		Odch. std.		p
	Opieka		Opieka		Opieka		Opieka		
	nie	tak	nie	tak	nie	tak	nie	tak	
Wielkość konsumpcji piwa mierzona liczbą dni w miesiącu z konsumpcją piwa	134	97	3,963	2,021	2,500	1,000	4,613	3,089	<0,001
Mocne alkohole w miesiącu w dniach	134	97	1,187	0,536	1,000	0,000	2,027	1,001	0,002
Piwo porcje standardowe na dzień	134	97	2,037	1,309	2,000	1,000	2,002	1,453	0,001
Mocne alkohole porcje standardowe na dzień	134	97	1,664	0,856	0,500	0,000	3,046	2,036	0,002



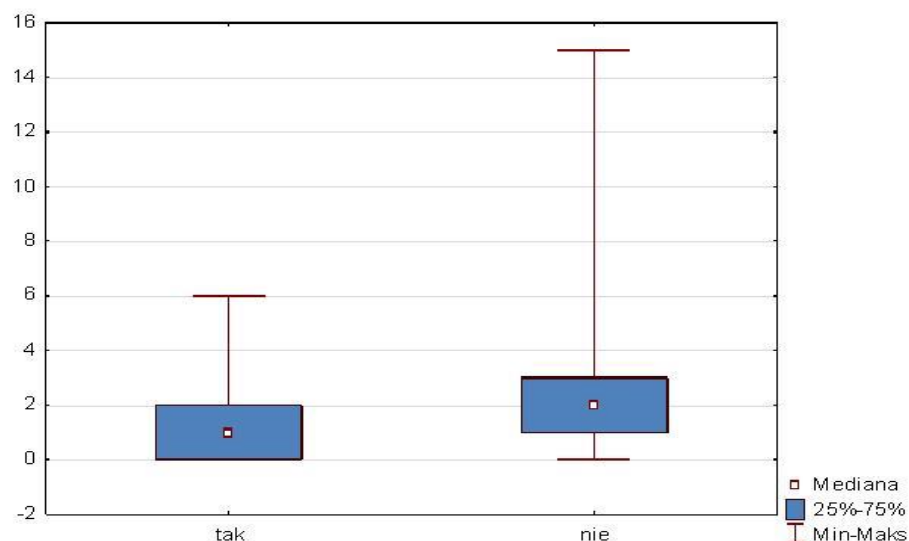
Rycina 67. Piwo w miesiącu w dniach a opieka p<0,001 (źródło: badania własne)

N=231



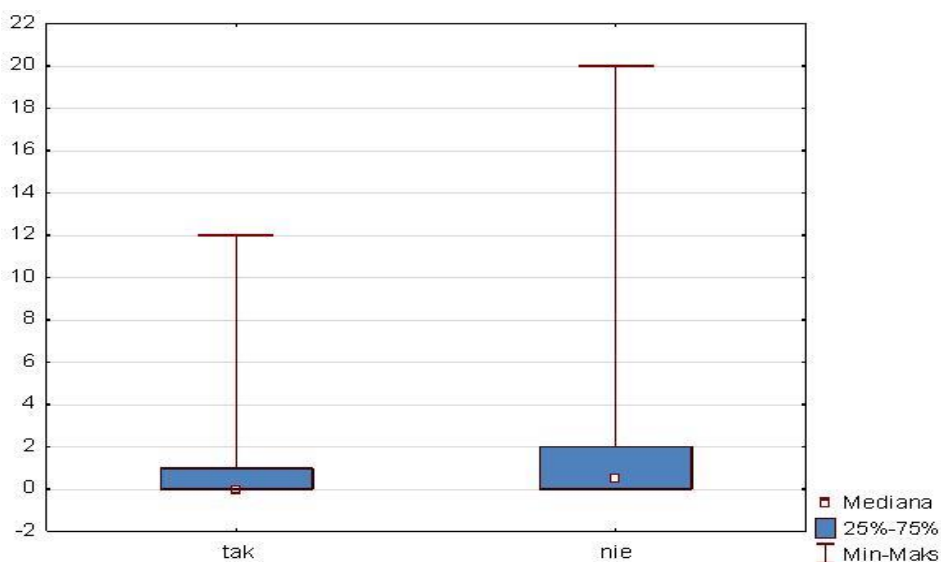
Rycina 68. Mocne alkohole w miesiącu w dniach a opieka p=0,002 (źródło: badania własne)

N=231



**Rycina 69. Piwo – porcje standardowe na dzień a opieka p=0,001 (źródło: badania własne)**

**N=231**



**Rycina 70. Mocne alkohole – porcje standardowe na dzień a opieka p=0,002 (źródło: badania własne)**

**N=231**

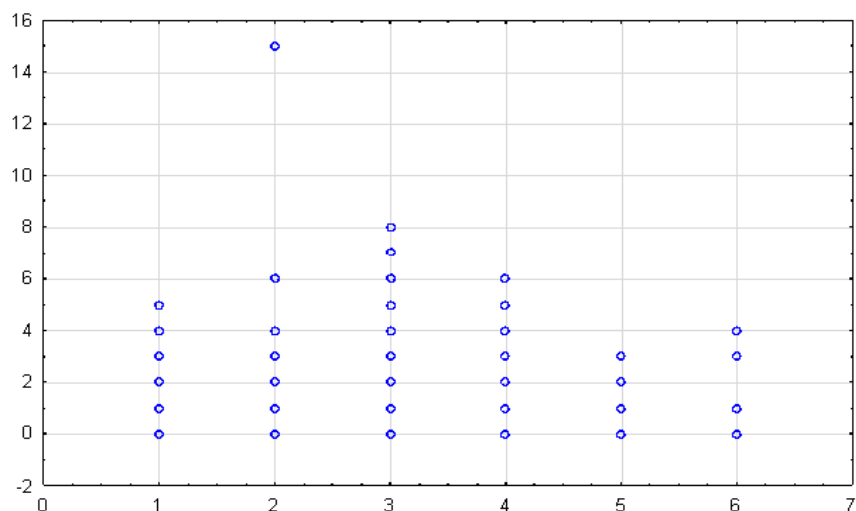
Wielkość dziennej konsumpcji piwa w porcjach standardowych. Korelacja porządku rang Spearmana, wyniki istotne i bliski istotności.

Związek istotny statystycznie dla poczucia obciążenie godzinami pracy p=0,047 oraz poczucia obciążenia pracą zawodową p=0,007.

**Tabela 57. Spożycie piwa w porcjach standardowych na dzień a poczucie obciążenia pracą zawodową (źródło: badania własne)**

N Ważnych	R Spearman	P
231	-0,131	0,047

Porcje standardowe



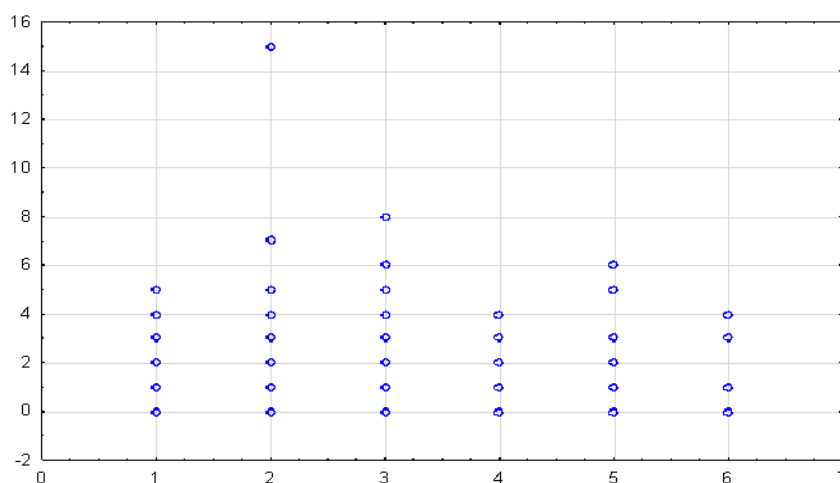
Poczucie obciążenia

Rycina 71. Spożycie piwa w porcjach standardowych na dzień a poczucie obciążenia pracą zawodową  $p=0,047$  (źródło: badania własne) N=231

Tabela 58 Spożycie piwa w porcjach standardowych na dzień a poczucie obciążenia godzinami pracy (źródło: badania własne)

N Ważnych	R Spearman	P
231	-0,177	<b>0,007</b>

Porcje standardowe



Poczucie obciążenia

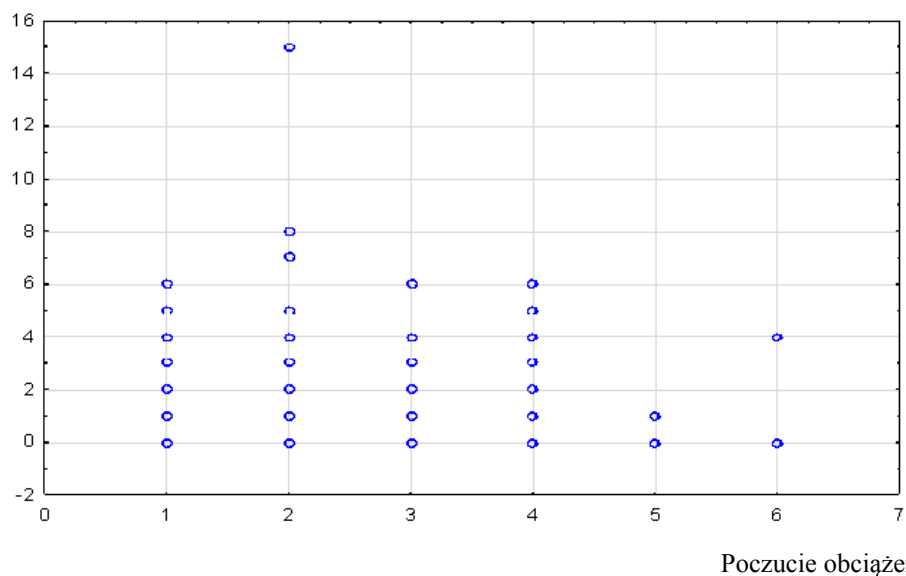
Rycina 72. Spożycie piwa w porcjach standardowych na dzień a poczucie obciążenia godzinami pracy  $p=0,007$  (źródło: badania własne) N=231

Związek na granicy istotności dla poczucia obciążenia współpracą z kolegami  
 $p=0,062$ .

**Tabela 59. Spożycie piwa w porcjach standardowych na dzień a poczucie obciążenia współpracą z kolegami (źródło: badania własne)**

N Ważnych	R Spearman	P
231	-0,123	0,062

Porcje standardowe



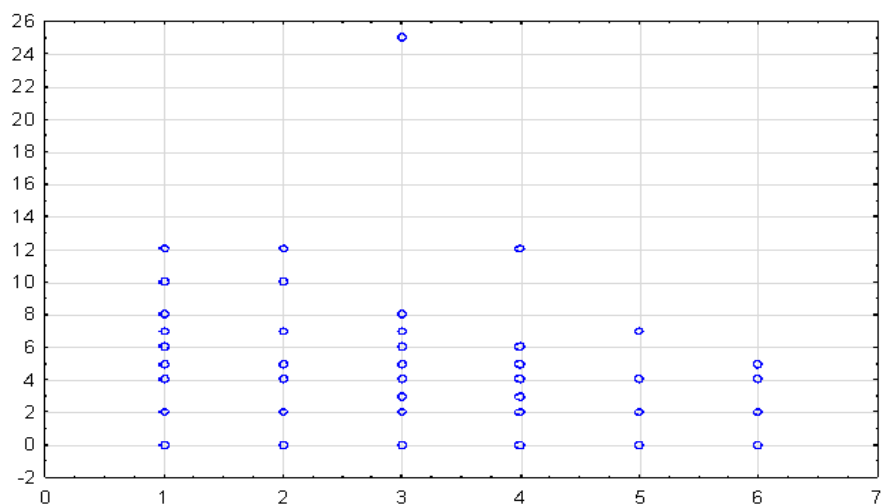
**Rycina 73. Spożycie piwa w porcjach standardowych na dzień a poczucie obciążenie współpracą z kolegami  $p=0,062$  (źródło: badania własne) N=231**

Wino – spożycie dzienne w porcjach standardowych. Istotny statystycznie związek z poczuciem obciążenia pracą zawodową oraz wiekiem.

**Tabela 60. Spożycie wina w porcjach standardowych na dzień a poczucie obciążenia pracą zawodową (źródło: badania własne)**

N Ważnych	R Spearman	P
231	-0,117	0,077

Porcje standardowe



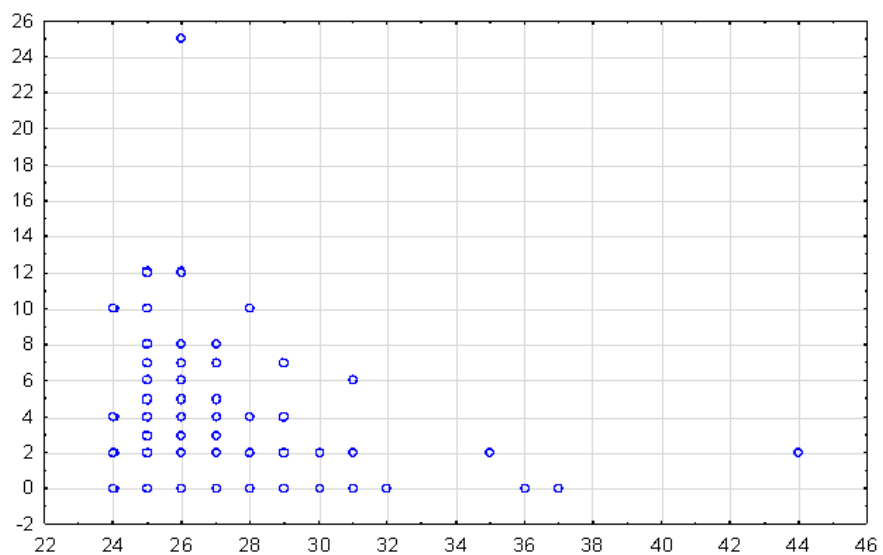
Poczucie obciążenia

**Rycina 74. Dzienna wielkość konsumpcji wina w porcjach standardowych N=231 a poczucie obciążenia pracą zawodową p=0,077 (źródło: badania własne)**

**Tabela 61. Spożycie wina w porcjach standardowych na dzień a wiek (źródło: badania własne)**

N Ważnych	R Spearman	p
231	-0,124	0,060

Porcje standardowe



Wiek

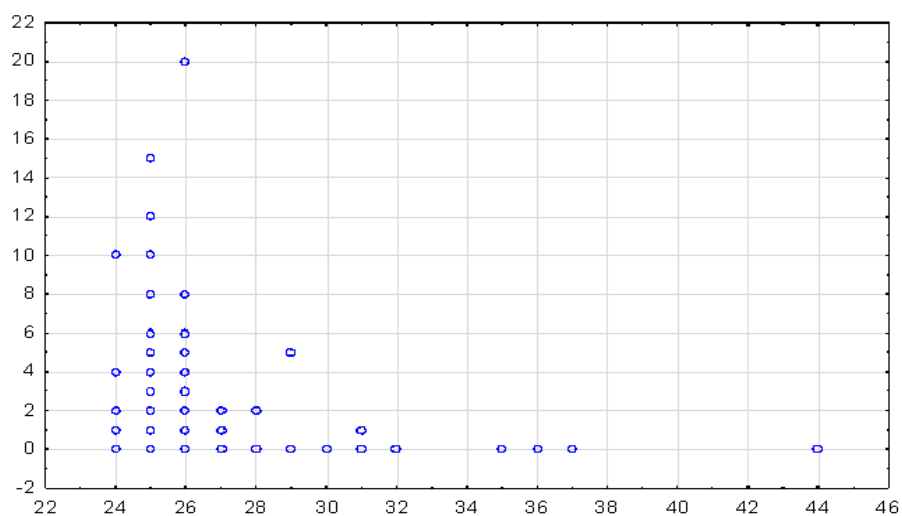
**Rycina 75. Spożycie wina w porcjach standardowych na dzień a wiek N=231 (źródło: badania własne)**

Mocne alkohole – spożycie codzienne w porcjach standardowych związane jest na istotnym statystycznie poziomie z wiekiem.

**Tabela 62. Spożycie mocnych alkoholi w porcjach standardowych na dzień a wiek (źródło: badania własne)**

N Ważnych	R Spearman	p
231	-0,158	0,016

Porcje standardowe



Wiek

N=231

**Rycina 76. Spożycie mocnych alkoholi w porcjach standardowych na dzień a wiek p=0,016 (źródło: badania własne)**

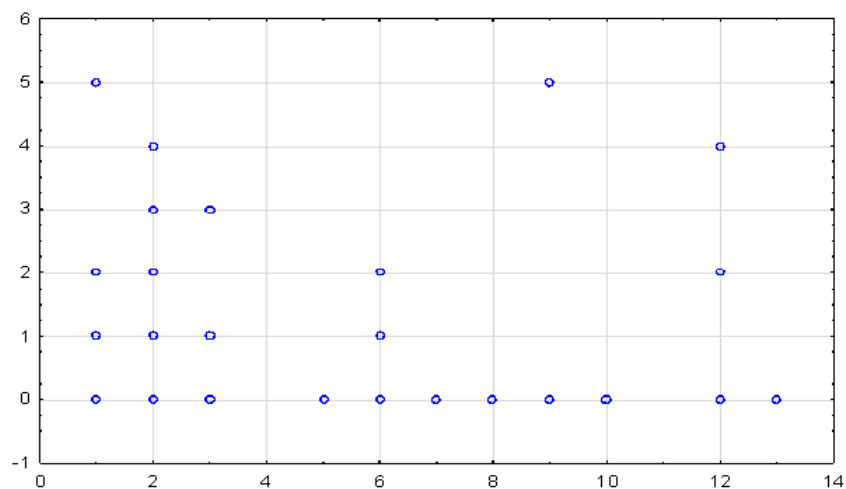
Spożycie alkoholi mieszanych w porcjach standardowych na dzień w teście korelacji porządku rang Spearmana dało wynik na istotnym statystycznie poziomie z długością odbywanego stażu w miesiącach.

**Tabela 63. Spożycie alkoholi mieszanych w porcjach standardowych na dzień a długość stażu pracy w m-cach (źródło: badania własne)**

N Ważnych	R Spearman	P
231	-0,132	0,046



Porcje standardowe



Staż pracy

**Rycina 77. Spożycie alkoholi mieszanych w porcjach standardowych na dzień a długość stażu pracy w m-cach p=0,046 (źródło: badania własne) N=231**

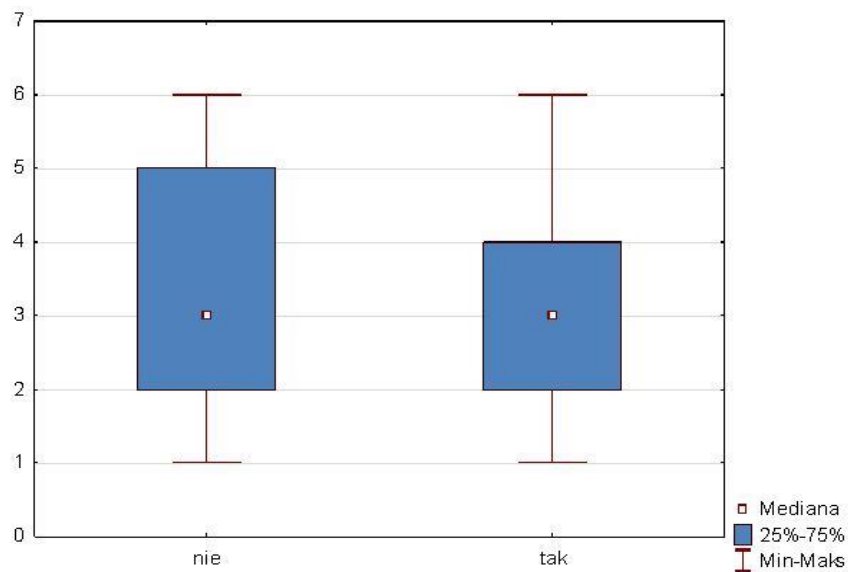
Liczba stanów zamroczenia alkoholem na przestrzeni 30 dni przed badaniem. Zastosowano test U Manna-Whitneya do weryfikacji hipotezy, że grupy różnią się istotnie między sobą. Test wykazał różnice istotne statystycznie i na granicy istotności.

**Tabela 64. Różnice w grupach, w których wystąpiło zamroczenie alkoholem i nie (źródło: badania własne)**

N=231

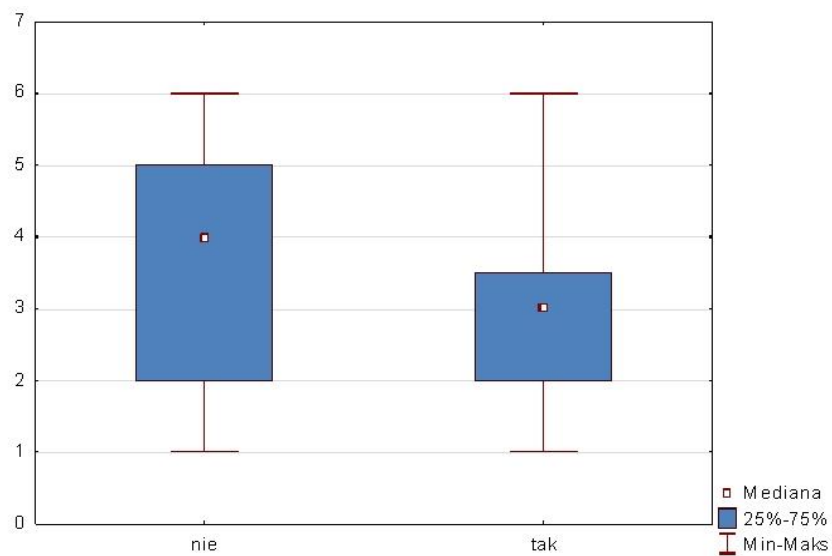
Zmienna	N ważnych		Średnia		Mediana		Odch. std.		p
	Zamroczenie alkoholem		Zamroczenie alkoholem		Zamroczenie alkoholem		Zamroczenie alkoholem		
	nie	tak	nie	tak	nie	tak	nie	tak	
Obciążenie pracą zawodową	195	36	3,164	2,806	3,000	3,000	1,197	1,191	0,065
Obciążenie dyżurami	195	36	3,344	2,667	3,000	3,000	1,605	1,242	0,018
Obciążenie godzeniem życia prywatnego z zawodowym	195	36	3,518	2,861	4,000	3,000	1,560	1,437	0,016
Wiek	195	36	26,133	25,472	26,000	25,000	2,276	0,941	0,087

Istotne różnice między grupami dla zmiennej dyżury (p=0,018) oraz godzenie życia prywatnego z pracą zawodową (p=0,016).



**Rycina 78. Zamroczenie alkoholem w okresie 30 dni przed badaniem a obciążenie dyżurami  $p=0,018$  (źródło: badania własne)**

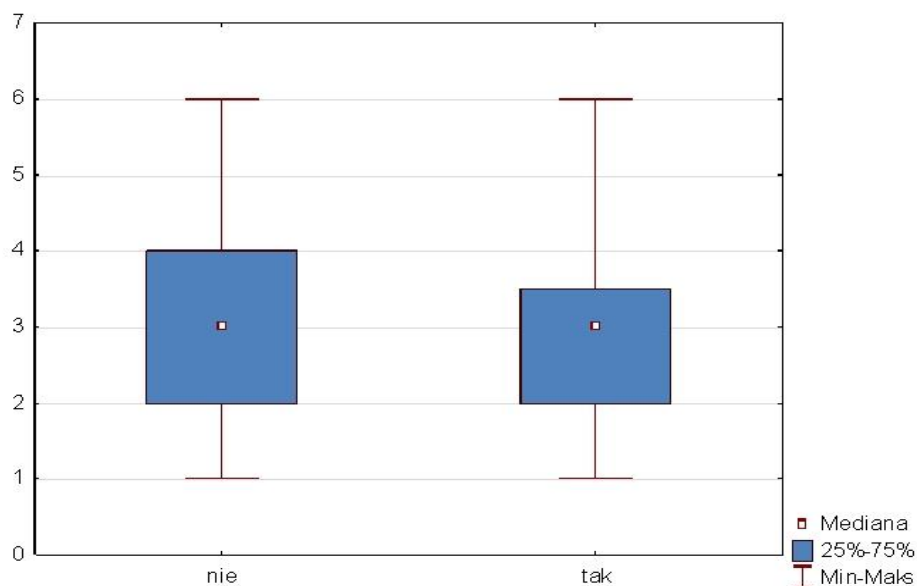
**N=231**



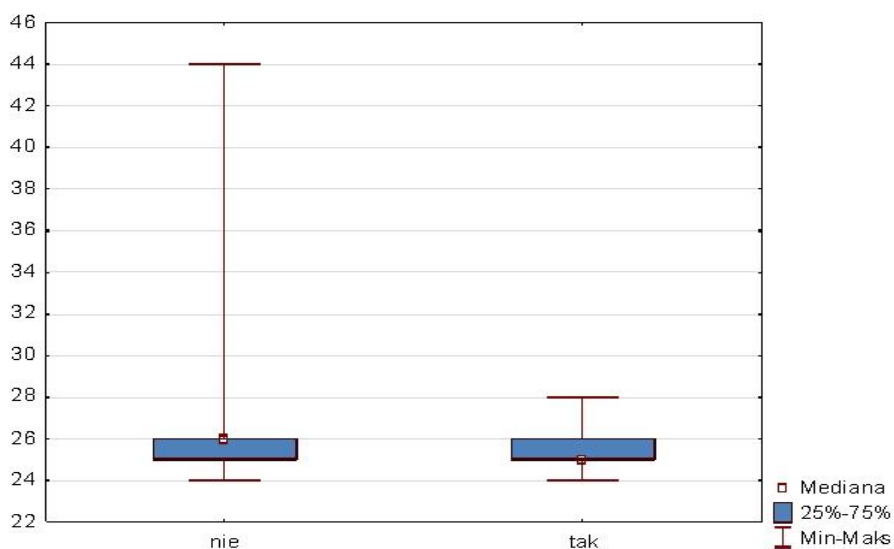
**Rycina 79. Zamroczenie alkoholem w 30 dniach a godzenie życia zawodowego z prywatnym  $p=0,016$  (źródło: badania własne)**

**N=231**

Wyniki na granicy istotności obciążenie pracą zawodową ( $p=0,065$ ) oraz wiek ( $p=0,087$ ).



**Rycina 80. Zamroczenie alkoholem w 30 dniach a obciążenie pracą zawodową  $p=0,065$  (źródło: badania własne) N=231**



**Rycina 81. Zamroczenie alkoholem w 30 dniach a wiek  $p=0,087$  (źródło: badania własne) N=231**

Zamroczenie alkoholem w ostatnich 30 dniach a płeć. Test chi-kwadrat dał wynik istotny statystycznie  $p=0,003$ . Wykazano bardzo mocny związek pomiędzy płcią a występowaniem stanu zamroczenia alkoholem.

**Tabela 65. Zamroczenie alkoholem w ostatnich 30 dniach a płeć (źródło: badania własne) N=231**

Zamroczenie alkoholem w ostatnich 30 dniach	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem
	N	%	N	%	
Nie	131	89,73%	64	75,29%	195
Tak	15	10,27%	21	24,71%	36

Także w przypadku badania związku pomiędzy sprawowaną opieką a występowaniem stanu zamroczenia alkoholem test chi-kwadrat dał wynik istotny statystycznie  $p < 0,001$ . Związek bardzo silny.

**Tabela 66. Zamroczenie alkoholem w ostatnich 30 dniach a sprawowana opieka (źródło: badania własne) N=231**

Zamroczenie alkoholem w ostatnich 30 dniach	Sprawowanie opieki				Ogółem
	Nie		Tak		
	N	%	N	%	
Nie	102	76,12%	93	95,88%	195
Tak	32	23,88%	4	4,12%	36

Ocena zagrożenia uzależnieniem od alkoholu na podstawie testu CAGE a płeć badanych. W analizie związku test chi-kwadrat dał wynik bardzo istotny statystycznie  $p < 0,001$ .

**Tabela 67. CAGE interpretacja a płeć (źródło: badania własne) N=231**

Interpretacja testu CAGE	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem
	N	%	N	%	
Brak podejrzania problemów	120	82,19%	50	58,82%	170
Podejrzanie problemów	13	8,90%	18	21,18%	31
Prawdopodobieństwo poważnych problemów	13	8,90%	17	20,00%	30

### 1.3 Zażywanie leków

Pomiędzy zażywaniem leków z powodu choroby chronicznej a płcią wykazano mocny związek. Test chi-kwadrat  $p < 0,001$ .

**Tabela 68. Zażywanie leków z powodu choroby chronicznej a płeć (źródło: badania własne) N=245**

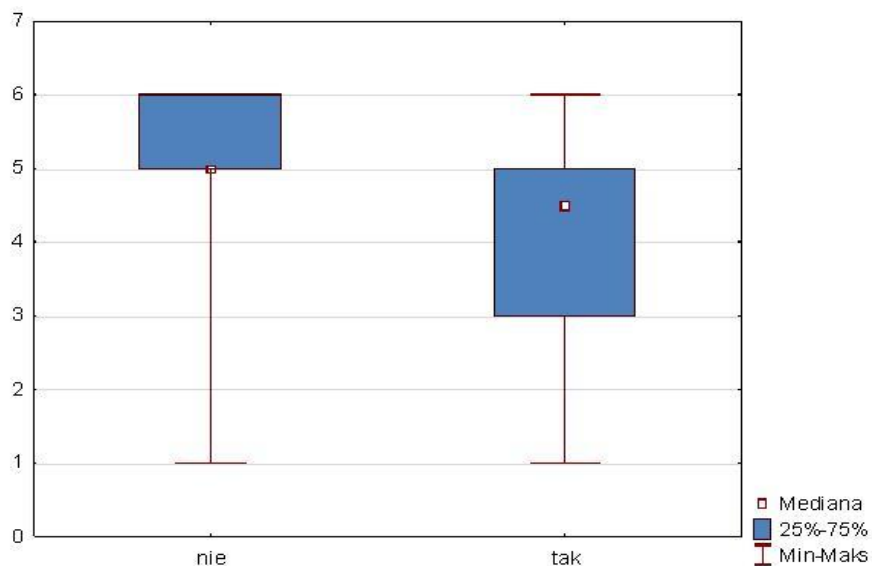
Zażywanie leków z powodu choroby chronicznej	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem
	N	%	N	%	
Nie	122	78,21%	87	97,75%	209
Tak	34	21,79%	2	2,25%	36

### 1.4 Zażywanie narkotyków

Zażywanie narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni. Test U Manna-Whitneya dał wynik na granicy istotności z oceną zdrowia psychicznego.

**Tabela 69. Zazywanie narkotyków a ocena zdrowia psychicznego (źródło: badania własne) N=245**

Zmienna	N ważnych		Średnia		Mediana		Odch. std.		p
	Narkotyki		Narkotyki		Narkotyki		Narkotyki		
	nie	tak	nie	tak	nie	tak	nie	tak	
Ocena stanu zdrowia psychicznego	231	14	4,974	4,286	5,000	4,500	0,973	1,437	0,054



**Rycina 82. Zazywanie narkotyków a ocena zdrowia psychicznego N=245 p=0,054 (źródło: badania własne)**

Zazywanie narkotyków a płeć. Z uwagi na małe liczebności poszczególnych podgrup zastosowano test Fishera-Freemana-Haltona, który dał wynik na bardzo wysokim statystycznie poziomie **p<0,001**.

**Tabela 70. Zazywanie narkotyków a płeć (źródło: badania własne) N=245**

Zazywanie narkotyków	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem
	N	%	N	%	
Nie	153	98,08%	78	87,64%	231
Tak	3	1,92%	11	12,36%	14

Pomiędzy zazywaniem narkotyków a koniecznością sprawowania opieki nie stwierdzono związku statystycznie istotnego (p=0,083).

Jednak należy zauważyć, że w porównaniu do grupy osób nieobciążonych opieką, gdzie narkotyki zażywało prawie 8% badanych (11 osób), w grupie osób sprawujących opiekę narkotyki zażywało niespełna 3% (3 osoby), czyli prawie 2/3 mniej.

**Tabela 71. Zazywanie narkotyków a sprawowana opieka (źródło: badania własne) N=245**

Zazywanie narkotyków	Sprawowanie opieki				Ogółem
	Nie		Tak		
	N	%	N	%	
Nie	127	92,03%	104	97,20%	231
Tak	11	7,97%	3	2,80%	14

### 1.5 Współwystępowanie zazywania substancji

Aktualne spożycie alkoholu a palenie papierosów. Stwierdzono statystycznie istotny związek. Test Fishera-Freemana-Haltona  $p=0,036$ .

**Tabela 72. Spożywanie alkoholu a palenie (źródło: badania własne) N=245**

Zazywanie narkotyków	Palenie obecnie				Ogółem
	Nie		Tak		
	N	%	N	%	
Nigdy	14	6,76%	0	0,00%	14
Okazjonalnie	181	87,44%	32	84,21%	213
Często	12	5,80%	6	15,79%	18

Narkotyki w ostatnich 30 dniach a palenie. Test dokładny Fishera (mała liczebność poszczególnych grup) dał wynik istotny statystycznie  $p=0,048$ . Co świadczy o związku pomiędzy zazywaniem narkotyków a paleniem.

**Tabela 73. Zazywanie narkotyków a palenie (źródło: badania własne) N=245**

Zazywanie narkotyków	Palenie obecnie				Ogółem
	Nie		Tak		
	N	%	N	%	
Nie	198	95,65%	33	86,84%	231
Tak	9	4,35%	5	13,16%	14

Interpretacja testu CAGE a zazywaniem narkotyków. Test Fishera-Freemana-Haltona dał wynik statystycznie istotny  $p=0,003$ .

**Tabela 74. CAGE interpretacja a zazywanie narkotyków (źródło: badania własne) N=231**

Interpretacja testu CAGE	Zazywanie narkotyków				Ogółem
	Nie		Tak		
	N	%	N	%	
Brak podejrzania problemów	165	76,04%	5	35,71%	170
Podejrzanie problemów	26	11,98%	5	35,71%	31
Prawdopodobieństwo poważnych problemów	26	11,98%	4	28,57%	30

## 2. Podsumowanie wyników badań

Podczas analizy zebranego materiału badawczego podjęto próbę opisu rozpowszechnienia, rodzaju i socjomedycznych aspektów zażywania substancji psychoaktywnych w badanej grupie lekarzy stażystów.

Podsumowując wyniki badań, należy wziąć pod uwagę, że większość badanych miała krótki czas stażu. Tylko ponad 11% badanych była na stażu dłużej niż 6 miesięcy. Mogło to mieć znaczący wpływ na korelację i różnicowanie zmiennych dotyczących poczucia obciążenia pracą zawodową. Pomimo tego badani wyraźnie zdefiniowali główne obciążenia wynikające ze specyfiki swojej pracy. Do najsilniejszych obciążeń należą wg badanych: składowa administracyjna, godzenie pracy z życiem prywatnym, dyżury, pośpiech i stres w czasie pracy oraz długie godziny pracy. Jako mniej obciążające badani określili elementy współpracy z przełożonymi, personelem i kolegami. **Należy przy tym podkreślić, że prawie 20% badanych stwierdziło pogorszenie stanu swojego zdrowia od czasu podjęcia pracy (trochę 15,1% lub znacznie 4,5%). Przy dużej liczbie osób o krótkim czasie trwania stażu jest to wynik znaczący tym bardziej, że odpowiada on procentowo liczbie lekarzy będących na stażu 6 i więcej miesięcy (24,4%).**

Przy średniej wieku badanych na poziomie 26 lat ponad połowa odczuwała obciążenie życiem prywatnym w stopniu średnim i wysokim.

Pomimo tego, że dla większości badanych konieczność opieki nad dziećmi lub dorosłymi nie stanowiła źródła obciążenia, należy zauważyć, że przy niskiej liczbie badanych deklarujących konieczność opieki nad osobami trzecimi, więcej niż 1/4 badanych (64 osoby) odczuwała dodatkowe obciążenie wynikające z konieczności opieki.

W badanej grupie 38 osób (15,5%) to aktywni palacze. Wśród palących jest więcej mężczyzn. Odsetek palących mężczyzn wyniósł 19,1%, podczas gdy palących kobiet w grupie kobiet było 13,5%. Średni staż palenia to ponad 5 lat. **Osoby palące miały istotnie statystycznie wyższy staż pracy wyrażony w miesiącach (średnia 4,37 w porównaniu do 2,95 w gronie niepalących;  $p=0,032$ ).** Większość palących (68,4%), deklarowało wypalanie do 10 papierosów dziennie. **Natomiast 10% palących**

**wypalała do 40 papierosów dziennie. Większość kobiet z grupy palących wypala do 5 papierosów dziennie (47,6%). Natomiast w przypadku mężczyzn prawie 90% pali powyżej 5 papierosów dziennie.** Badani w większości zmniejszyli liczbę wypalanych papierosów po podjęciu pracy. Osoby palące odczuwały niższe obciążenie długimi godzinami pracy, pośpiechem i stresem oraz problemami prywatnymi. **Odczuwanie ograniczenia zdrowotnego wynikającego ze spożywania nikotyny zadeklarowało 76,3% badanych.**

Większość badanych (prawie 95%) spożywa alkohol, w tym ponad 7% często. Osoby spożywające alkohol często wyżej niż w innych grupach oceniają swój stan zdrowia fizycznego. Więcej abstynentów jest wśród kobiet niż wśród mężczyzn. Trzy razy więcej abstynentów jest także w grupie osób sprawujących opiekę w porównaniu do grupy osób nieobciążonych opieką. Częste spożycie alkoholu deklaruje trzy razy więcej mężczyzn (ponad 12% mężczyzn i niecałe 4,5% kobiet). W grupie osób sprawujących opiekę zaledwie 4% przyznało się do częstego picia w porównaniu do grupy osób nieobciążonych opieką, gdzie często pije ponad 10% badanych.

Najwyższa liczba dni, w których spożywano alkohol w miesiącu, wynosiła 25. **Najwyższa liczba spożywanych porcji standardowych alkoholu dziennie to 25 (co daje 2,5 litra wódki!).** Kobiety spożywają alkohol w mniejszych porcjach dziennych i przez mniej dni w tygodniu. Istotne różnice widoczne były szczególnie przy spożyciu piwa i mocnych alkoholi (**piwo w miesiącu i dziennie a płeć  $p=0,000$** ).

Osoby młodsze deklarowały spożycie większej liczby porcji standardowych mocnych alkoholi na dzień. Osoby nieobciążone opieką piją więcej w miesiącu i spożywają większą liczbę porcji standardowych na dzień.

Im większe poczucie obciążenia pracą zawodową i godzinami pracy, tym mniejsza ilość wypijanych alkoholi (piwa i mocnych alkoholi) w miesiącu i spożywanych porcji standardowych na dzień.

Ponad 35% badanych (36 osób) w ciągu ostatniego miesiąca co najmniej jeden raz doprowadziło się do stanu zamroczenia alkoholem. W tej grupie przeważały osoby młodsze i w mniejszym stopniu odczuwające obciążenie pracą zawodową, dyżurami i godzeniem życia prywatnego z zawodowym. Wykazano ponadto związek pomiędzy płcią a występowaniem stanu zamroczenia alkoholem  $p=0,003$ . Prawie 1/4 mężczyzn, natomiast tylko 10% kobiet, w ciągu ostatniego miesiąca doprowadziło się co najmniej



jeden raz do stanu zamroczenia alkoholem.

Spośród osób sprawujących opiekę ponad 95% nie doprowadzało się do stanu zamroczenia. Natomiast w grupie osób nieobciążonych obowiązkiem opieki u 1/4 stan zamroczenia wystąpił co najmniej 1 raz w ostatnim miesiącu. Związek tych zmiennych jest bardzo silny  $p < 0,001$ . Sześć razy więcej osób z grupy nieobciążonych sprawowaniem opieki doprowadzało się do stanu zamroczenia.

W teście CAGE uzyskano 73,6% negatywnych odpowiedzi na wszystkie pytania (brak prawdopodobieństwa problemów z alkoholem). Wśród poszczególnych pytań testu najczęstsze twierdzące odpowiedzi dotyczyły poczucia konieczności zmniejszenia wypijanego alkoholu i poczucia winy w związku z piciem alkoholu.

**Należy zauważyć, że więcej niż 1/4 badanych (61 osób) odpowiedziała twierdząco na co najmniej jedno pytanie testu, natomiast u 13% (30 osób) wynik testu CAGE sugeruje wysokie prawdopodobieństwo występowania problemów z alkoholem.**

Istnieje bardzo silny związek  $p < 0,001$  pomiędzy interpretacją testu CAGE a płcią badanych. U ponad 80% kobiet nie występuje nawet podejrzenie problemów, natomiast ponad 40% mężczyzn odpowiedziało twierdząco na co najmniej jedno pytanie testu. W tym 20% odpowiedziało twierdząco na 2 pytania, co daje wysokie prawdopodobieństwo występowania problemów z alkoholem.

Od czasu podjęcia pracy ponad 80% kobiet nie zmieniło ilości spożywanego alkoholu, podczas gdy 30% mężczyzn przyznało, że zmieniło ilości wypijanego alkoholu. Osoby deklarujące zmianę ilości spożywanego alkoholu po podjęciu pracy odczuwały w większym stopniu obciążenie współpracą z przełożonym. Należy przy tym zauważyć, że **jedna osoba w tej grupie, która uznała, że jej obciążenie wynikające ze współpracy z przełożonymi jest skrajnie wysokie, przyznała, że pije aktualnie o wiele więcej niż przedtem.**

Dla grup osób nieobciążonych opieką i sprawujących opiekę nie ma korelacji ze zmianą spożycia alkoholu po podjęciu pracy. Mimo braku istotności statystycznej jest to wynik ważny, pokazuje bowiem (przy stwierdzonym wcześniej silnym związku tej zmiennej z ilością i częstotliwością spożywanego alkoholu), że obciążenie wynikające ze sprawowania opieki nad osobami trzecimi jest silne i nie ulega zmianom.

Stwierdzono istotny związek  $p < 0,001$  pomiędzy zażywaniem leków z powodu

choroby chronicznej a płcią. Niemal 100% mężczyzn (97,75%) nie ma konieczności zażywania żadnych leków. Wśród kobiet leki zażywa ponad 20%, to jest 10 razy więcej niż mężczyzn.

Do zażywania narkotyków przyznało się w grupie badanych 14 osób (prawie 6%). **Z całą pewnością można stwierdzić, że płeć ma silny związek z zażywaniem narkotyków  $p < 0,001$ .** Niespełna 2% kobiet przyznała się do zażywania narkotyków, a wśród mężczyzn ponad 12%, czyli 6 razy więcej. **Narkotyki zażywają w większości osoby o mniejszym poczuciu zdrowia psychicznego.** Pomimo że pomiędzy zażywaniem narkotyków a koniecznością opieki nie zachodzi istotny statystycznie związek, należy zauważyć, że w porównaniu do grupy osób nieobciążonych opieką, gdzie narkotyki zażywało prawie 8% badanych, w grupie osób sprawujących opiekę narkotyki zażywało niespełna 3%.

Bardzo znaczące i niepokojące wydają się wyniki dotyczące współwystępowania spożywania różnych środków.

Wśród palących jest zdecydowanie więcej (niemal 3 razy) osób pijących często (prawie 16%, podczas gdy w grupie niepalących niecałe 6%). **Wśród osób palących nie ma abstynentów.** W porównaniu do grupy osób niepalących w grupie palących jest także 3 razy więcej osób zażywających narkotyki – 13,16%, zaś w grupie osób niepalących jedynie 4,35%.

W grupie osób, w której nie ma podejrzania problemów z alkoholem (CAGE 0 odpowiedzi twierdzących), prawie 80% nie zażywa narkotyków, natomiast **wśród osób, które odpowiedziały twierdząco na co najmniej jedno pytanie testu CAGE, prawie 65% to osoby mające także kontakt z narkotykami.**

## IV. DYSKUSJA

Przedmiotem prezentowanej dysertacji jest problematyka zażywania substancji psychoaktywnych przez lekarzy stażystów oraz czynniki wpływające na rozpowszechnienie konsumpcji poszczególnych substancji. Konstatując za licznymi autorami, że problem konsumpcji substancji psychoaktywnych w środowisku medycznym ma swoje podłoże w specyficznych dla tego zawodu elementach pracy, za cel badania własnego przyjęto także analizę obciążeń zawodowych. Zjawisko – będące przedmiotem przedkładanej dysertacji – jest niewątpliwie problemem o istotnym wymiarze społecznym. Jego diagnozowanie, rozpowszechnienie rozmiarów, formy zapobiegania, a także typy reakcji na problem napotykają na liczne bariery, co potwierdzają cytowane w przeglądzie piśmiennictwa przedmiotu prace.

W świetle przeprowadzonych badań – i zgodnie z literaturą przedmiotu – starano się określić charakterystykę konsumpcji poszczególnych substancji psychoaktywnych.

W badanej grupie 15,5% stanowili aktywni palacze. Identyczny wynik uzyskano we wcześniejszym badaniu pracowników UMP (Ziemska, Marcinkowski 2010, s. 56). To o połowę więcej, niż wykazały przekrojowe badania amerykańskie wśród młodych lekarzy (Hughes i wsp.. 1991, s. 2070). Osoby palące w badanej grupie miały istotnie statystycznie wyższy staż pracy. We wcześniejszych badaniach zauważono, że osoby o dłuższym stażu częściej radzą sobie z problemami, sięgając po alkohol (Szczyrba-Maróń, Wons 2008, s. 16). W świetle opisywanych w literaturze tendencji można przypuszczać, że wiąże się to z nasileniem czynników stresujących (Ziemska, Marcinkowski 2010, s. 56).

Na podstawie przeanalizowanych doniesień naukowych, krajowych i zagranicznych, a także wyników badań własnych, można potwierdzić prawdziwość założenia, że zjawiskiem najbardziej rozpowszechnionym w konsumpcji substancji psychoaktywnych jest sięganie po alkohol. Niemalże wszyscy respondenci w badanej grupie (95%) deklarowali spożywanie alkoholu. Dla porównania w badaniach wśród studentów kierunków medycznych stwierdzono konsumpcję alkoholu u 85% (Klimberg 2008b, s. 527), a wśród pracowników UMP stwierdzono o 2/3 większy odsetek osób pijących alkohol w grupie lekarzy niż wśród wszystkich pracowników UMP (Ziemska 2012, s. 132). Badania własne wykazały natomiast wysoki, w porównaniu do innych

doniesień, odsetek abstynentów – 14%. W badaniach niemieckich odsetek ten wynosił 8% (Dunkelberg i wsp. 2004, s. 16). Natomiast wśród studentów medycyny stwierdzono nikły odsetek abstynencji, na poziomie 0,9% ogółu (Klimberg i wsp. 2008a, s. 429); w innych badaniach jeszcze mniej – 0,7% (Gerstenkorn, Suwała 2004, s. 60). Zarówno badania własne, jak i studia literatury potwierdzają bardzo silny związek płci z ilością i częstotliwością konsumpcji alkoholu. Kobiety spożywały alkohol w mniejszych porcjach dziennych i przez mniej dni w tygodniu. Częstsze spożycie większej liczby porcji standardowych alkoholu deklarowali w większości młodszy mężczyźni, z niższym poczuciem obciążenia pracą zawodową, nieobciążeni dodatkowo problemami prywatnymi, natomiast o wyższym poczuciu zdrowia fizycznego. W badaniach własnych ponad 7% respondentów deklarowało częste spożywanie alkoholu. Jest to nieco mniej niż 9% spośród badanych studentów (Gerstenkorn, Suwała 2004, s. 60) oraz 13% wśród niemieckich lekarzy stażystów (Dunkelberg i wsp. 2004, s. 16). Według wcześniejszych badań częstotliwość spożywania alkoholu wśród 15,9% ankietowanych studentów była wyższa aniżeli 3–4 razy w tygodniu, a prawie 2,5% przyznało się, że piło alkohol nawet codziennie (Klimberg i wsp. 2008c, s. 527). Najwyższa liczba dni, w których spożywano alkohol według deklaracji respondentów, w badaniach własnych wynosiła 25 dni. W badaniach niemieckich najczęściej konsumowanym w miesiącu alkoholem było piwo – 37% badanych deklarowała konsumpcję przez co najmniej 10 dni, a 7% przez ponad 20 dni (Dunkelberg i wsp. 2004, s. 18). Najwyższa liczba spożywanych porcji standardowych alkoholu dziennie, odnotowanych w badaniach własnych, to 25, co w przeliczeniu daje 2,5 litra wódki! Średnie spożycie porcji standardowych alkoholu na dzień wynosiło ok. 2 porcji. Dodatkowo ponad 35% badanych deklarowało, że w ciągu ostatniego miesiąca co najmniej jeden raz doprowadziło się do stanu zamroczenia alkoholem. Podobny wynik uzyskano w badaniach niemieckich (Dunkelberg i wsp. 2004, s. 16).

Respondenci w badanej grupie przeważnie deklarowali zmniejszenie ilości spożywanego alkoholu; podobnie też w badaniach niemieckich 80% zredukowało picie alkoholu (Dunkelberg i wsp. 2004, s. 23). Potwierdzenie tej tendencji znajdujemy w wynikach długoterminowych badań w USA wśród studiujących medycynę. Wykazały one, że konsumpcja alkoholu, w szczególności u mężczyzn, wyraźnie spada na początku podjęcia stażu, po zakończeniu studiów (Clark i wsp. 1987, s. 2927). Ponadto w badaniach opisanych w 1992 r. wykazano, że pomiędzy intensywnością konsumpcji

alkoholu a obciążeniem zawodowym nie zachodzi prosta zależność przyczynowo-skutkowa (Jex i wsp. 1992, s. 981). Dodatkowo należy zwrócić uwagę na fakt, że długość stażu większości badanych nie przekraczała sześciu miesięcy, natomiast przekrojowe badania przeprowadzone w Turcji wśród studentów i rezydentów wykazały stałą tendencję wzrostową konsumpcji alkoholu (Akvardar i wsp. 2004, s. 504). Na tej podstawie można podejrzewać nasilenie się w przyszłości problemów w badanej grupie. Stanowi to istotną podstawę do formułowania wniosków i rekomendacji w kierunku potrzeby rozwoju programów profilaktycznych edukacyjnych, zarówno w kształceniu, przed-, jak i podyplomowym.

O skali problemu świadczą badania lekarzy poddanych leczeniu w klinikach psychiatrycznych. W Polsce wykazały jednoznacznie, że najpowszechniejsze w tej grupie zawodowej jest uzależnienie od alkoholu (Perzyński 1993, s. 362; Matysiakiewicz i wsp. 1999, s. 56). Podobnie wśród lekarzy objętych programem PHP najwięcej było zaburzeń w konsumpcji alkoholu (50,3%) oraz opiatów (35,9%) (Berge 2009, s. 139). Wielu specjalistów wykazuje, że problem najczęściej ma swoje źródło jeszcze w okresie studiów. Na przykład wyniki badań – zarówno w Polsce, jak i za granicą – wskazują na znaczący odsetek nadużywających alkoholu wśród studiujących nauki medyczne (Klimberg i wsp. 2008c, s. 529; Bíró i wsp. 2008, s. 2168; Baldwin i wsp. 2008, s. 159). W badaniach uzależnionych lekarzy poddanych leczeniu stwierdzono, że ponad 70% uzależnionych lekarzy nadużywało alkoholu już w okresie studiów, a u 14% objawy uzależnienia pojawiły się jeszcze przed uzyskaniem dyplomu (Perzyński 1993, s. 362). W tychże badaniach potwierdzono też istotnie odsuniętą w czasie decyzję podjęcia leczenia. Uzależnieni trafiali do kliniki przeciętnie po upływie 7 lat od początków ujawniania się objawów uzależnienia.

Do zażywania narkotyków przyznało się w grupie badanych 6%; to nieznacznie mniej niż w badaniach amerykańskich wśród lekarzy rezydentów (Hughes i wsp. 1991, s. 2071). Z zebranego materiału badawczego wynika, że narkotyki zażywały w większości osoby o mniejszym poczuciu zdrowia psychicznego. Wydaje się to niepokojące w perspektywie analiz naukowych wskazujących, iż lekarze dwa razy częściej niż osoby z ogólnej populacji skarżą się na zły stan zdrowia psychicznego (Wallace, Lemaire 2007, s. 2568).

Wysoce istotną kwestią jest zjawisko ryzykownego zażywania substancji psychoaktywnych. W cytowanych wyżej badaniach wykazano, że więcej niż 1/4

badanych można kwalifikować do grupy o zwiększonym ryzyku pojawienia się problemów alkoholowych. Podobne wyniki uzyskano we wcześniejszych badaniach przeprowadzonych kilkoma testami przesiewowymi (Gerstenkorn, Suwała 2004, s. 60; Sidor, Makara-Studzińska 2012, s. 86; Dunkelberg i wsp. 2004, s. 22). U 13% badanych wynik testu sugerował wysokie prawdopodobieństwo występowania problemów z alkoholem. Tę tendencję potwierdzają także wcześniejsze badania (Gerstenkorn, Suwała 2004, s. 60; Dunkelberg i wsp. 2004, s. 22). Podobnie w Szwecji – wśród studiujących medycynę – u 12% mężczyzn i u 4% kobiet stwierdzano ryzyko problemów alkoholowych (Borschos i wsp. 1999, s. 3255). Wszystkie analizowane badania i doniesienia podkreślają wyższy odsetek osób pijących często i ryzykownie wśród mężczyzn, co stanowi jeden z istotniejszych wniosków tej pracy.

Kolejnym istotnym elementem analizy zebranego materiału jest zjawisko łączenia przyjmowanych (konsumowanych) substancji psychoaktywnych. Zarówno badania własne, jak i studia literatury wskazują i potwierdzają, że problem politoksykomanii, wynikający z silnego przekonania w tej grupie zawodowej o możliwościach jego opanowania poprzez samoleczenie, rysuje się jako jeden z najistotniejszych i najbardziej niepokojących. W badanej grupie stwierdzono występowanie łączenia wszystkich substancji psychoaktywnych. Wśród palących było niemal trzy razy więcej osób pijących często i zażywających narkotyki, a wśród osób ryzykownie spożywających alkohol prawie 65% miało także kontakt z narkotykami. Doniesienia fachowe potwierdzają, że palenie tytoniu wśród osób uzależnionych od alkoholu występuje trzy razy częściej niż w populacji ogólnej (Woronowicz 2003, s. 171). Kluczowy problem politoksykomanii został także opisany w analizie wyników badań leczących się uzależnionych lekarzy – i określony jako istotny, a także prowadzący do rozwoju drugiego uzależnienia. Badania lekarzy objętych programem PHP wykazały, że 50% pacjentów nadużywało więcej niż jedną substancję (Berge 2009, s. 139). Podobnie stwierdzono politoksykomanie u ponad 55% lekarzy leczonych klinicznie w AM w Lublinie (Perzyński 1993, s. 362).

Dodatkowej uwagi wymaga analiza obciążeń określanych przez badanych jako znaczące w pracy zawodowej. W opracowaniach naukowych podkreśla się, iż używanie substancji psychoaktywnych jest powszechną metodą (sposobem) radzenia sobie z frustracjami i stresem w środowisku pracujących lekarzy (Szczyrba-Maróń, Wons 2008, s. 18). W tej perspektywie bardzo istotny wydaje się fakt, iż wybrane przez

ankietowanych czynniki obciążające odzwierciedlają podawane w piśmiennictwie główne przyczyny wysokiego ryzyka uzależnień w zawodach medycznych. Duża część czynników, definiowanych jako mocno obciążające, dotyczyła godzin i zmienności pracy. Przy czym opracowania naukowe potwierdzają, że na zespół nietolerancji pracy zmianowej składają się: nasilenie palenia tytoniu oraz większa konsumpcja alkoholu, kawy, leków uspokajających i leków nasennych (Ziemska 2012, s. 29).

W odpowiedziach na pytanie otwarte: „Czym czujesz się najbardziej obciążony w pracy?” ankietowani szeroko raportowali istotne obciążenia, co wypunktowano poniżej.

- **Prace administracyjne** pociągające za sobą nadmiar czynności biurowych, jak: opisywanie wykonanych procedur, sporządzanie wypisów ze szpitala, w tym kart informacyjnych i innych dokumentów; są to konieczne formalności, które są pracą biurową odczuwaną jako oderwanie od praktyki klinicznej; lakonicznie ujmując, jest to „zbyt dużo pracy papierkowej”.
- **Godziny pracy**: czas pracy, długie godziny pracy, nadmiar godzin; brak czasu na konsumpcję posiłków; praca do późnych godzin nocnych; pośpiech; wczesne wstawanie, niewyspanie, brak snu.
- **Współpraca**: niekompetencja i związana z tym frustracja powodowana przez starszych lekarzy; brak zainteresowania i opieki ze strony starszych lekarzy; nacisk ze strony starszych lekarzy i przełożonych na prowadzenie dokumentacji medycznej, od czego oni stronią; brak współpracy; lekceważenie przez starszych lekarzy; niska pozycja w środowisku lekarskim; konieczność zabiegania o etat po ukończeniu stażu, konkurencja w miejscu pracy.
- **Organizacja pracy**: konieczność zwracania się nawet w błahych sprawach o akceptację ze strony przełożonych; ograniczanie możliwości rozwoju zawodowego; wyczerpujące dyżury; długi czas trwania operacji; zła organizacja pracy; brak wytycznych dotyczących zakresu obowiązków; uciążliwości związane z wykonywaniem powtarzalnych czynności; brak możliwości rozwoju.
- **Odpowiedzialność**: odpowiedzialność za zdrowie innych; obciążenie sfery psychicznej odpowiedzialnością za zdrowie pacjentów.
- **Obawy przed przyszłością**: perspektywa braku pracy; niepewność przyszłości.
- **Życie prywatne**: uciążliwości związane z godzeniem pracy z życiem prywatnym; brak czasu dla rodziny.

– **Inne czynniki obciążające** jak: stres, stres z powodu nagle pojawiających się kolejnych obowiązków; niskie zarobki; odpowiedzialność za samodzielne przepisywanie leków; obawa odnośnie do umiejętności poradzenia sobie z trudnymi sytuacjami, czyli sprawdzeniem się; narażenie zawodowe na choroby zakaźne; przeciążenia fizyczne w obrębie narządów ruchu powodowane koniecznością utrzymywania długotrwałej pozycji statycznej, np. staniem w jednej pozycji przy stole operacyjnym przez wiele godzin, co powoduje bóle pleców i inne dolegliwości; obciążenia psychiczne powodowane niejednokrotnie trudnymi kontaktami z rodzinami pacjentów; świadomość, że po 6 latach studiów poziom wiedzy i praktycznych umiejętności zawodowych nie jest jeszcze na dostatecznym poziomie, czyli jest jeszcze mało skonkretyzowany; obciążenia sfery psychicznej postrzeganiem cierpień psychicznych i fizycznych swoich pacjentów, w tym przeżywaniem śmierci swych pacjentów, postrzeganiem niesprawiedliwości w tym, że jedni ludzie dotknięci są chorobami i związanymi z nimi cierpieniami, podczas gdy inni cieszą się dobrym zdrowiem.

Wyraźnie dało się zauważyć, że choć badana grupa dopiero wkracza w życie zawodowe, to już na samym początku boryka się z wieloma problemami, które mogą być powodem nieradzenia sobie ze stresem i wymaganiami zawodowymi, a to w konsekwencji może prowadzić do rozwoju uzależnień od substancji psychoaktywnych. Podkreślić należy przy tym opisywany w literaturze podwyższony stres psychiczny związany już ze studiami medycznymi (Loureiro 2008, s. 212). Bardzo niepokojący wydaje się wysoki poziom frustracji – wyrażany przez badanych już na początku kariery zawodowej. Wynika on zarówno z nieprawidłowości w organizacji pracy, jak i – co podkreślają ankietowani – z braku odpowiedniego praktycznego przygotowania w okresie studiów. Kolejną, bardziej zewnętrzną przyczyną, wydaje się ogólny stan rynku pracy w Polsce i wiążąca się z tym ciągła niepewność przyszłości.

Można wysnuć wniosek, że młodzi lekarze nie są w wystarczającym stopniu przygotowani psychicznie do wykonywania zawodu wiążącego się z dużą odpowiedzialnością i do radzenia sobie ze stresem z tym związanym. Jest to bardzo niepokojące zjawisko, które z czasem może się dodatkowo pogłębiać. We wcześniejszych badaniach innych autorów udowodniono związek pomiędzy stażem zawodowym a radzeniem sobie z trudnymi sytuacjami poprzez używanie substancji psychoaktywnych. Przy tym osoby, które dłużej pracowały w zawodzie, częściej sięgały



po substancje psychoaktywne jako metodę radzenia sobie w sytuacji trudnej (Szczyrba-Maróń, Wons 2008, s. 16). Brak wiedzy na temat konstruktywnych metod radzenia sobie z sytuacjami problemowymi powoduje, jak donoszą badacze, częstsze antyzdrowotne sposoby radzenia sobie ze stresem, w tym: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, stosowanie narkotyków, zażywanie leków uspokajających, nasennych (Szczyrba-Maróń, Wons 2008, s. 19; Ziemska, Marcinkowski 2010, s. 56). W badaniach innych autorów zauważono dodatkowo, że alkohol był głównym sposobem na radzenie sobie z trudnymi sytuacjami (Szczyrba-Maróń, Wons 2008, s. 14; Klimberg i wsp. 2008b, s. 50). Wydaje się to kluczowym problemem w perspektywie rozważania faktów klinicznych, które jednoznacznie wskazują na to, iż używanie substancji psychoaktywnych w celu radzenia sobie z problemami wzmacnia ryzyko uzależnienia się od nich.

Na podstawie przeglądu piśmiennictwa światowego należy uznać możliwość występowania podwyższonego ryzyka uzależnień w grupie zawodowej lekarzy (Fengler 2001, s. 96; Setness i wsp. 1997, s. 10). Dodatkowo należy wziąć pod uwagę potwierdzony w opracowaniach naukowych (Stetter 2001, s. 85) fakt, że nasilenie problemów w grupie lekarzy stażystów może być istotnie niższe w porównaniu do ogółu grupy zawodowej lekarzy. Prezentowane wnioski, uwagi, konstatacje mogą – zdaniem autora – posłużyć jako materiał użyteczny nie tylko od strony poznawczej, ale pozwalają również na formułowanie strategii reagowania na problem zażywania substancji psychoaktywnych w grupie lekarzy. Nie ulega wątpliwości, że przedstawiciele tego zawodu z trudem przyjmują pomoc w obszarze terapii uzależnień. Wynika to najczęściej z silnej wiary w samoleczenie i umiejętność poradzenia sobie samemu z tym problemem, ale także nieumiejętności w wejściu w rolę pacjenta. Niestety, w perspektywie problemów z zażywaniem substancji psychoaktywnych może to stanowić zagrożenie nie tylko dla samej osoby dotkniętej problemem, kiedy to proces chorobowy się przedłuża, ale także realne zagrożenie dla pacjentów. Reasumując powyższe rozważania, uzasadnione wydaje się stwierdzenie, iż zjawisko zażywania substancji psychoaktywnych, obserwowane w grupie osób badanych na potrzeby niniejszej pracy, ma cechy zbliżone do tendencji opisywanych w literaturze przedmiotu. Wprawdzie przeprowadzone badania miały charakter empiryczny, ale ich wyniki dostarczają podstaw do formułowania wniosków i rekomendacji związanych z możliwościami radzenia sobie z tym problemem. Jego rozpowszechnienie w grupie

badanych i waga różnorodnych obciążeń – wynikających z pracy zawodowej i życia prywatnego – uzasadnia poprawność rekomendacji, jaką wydaje się potrzeba kontynuowania pogłębionych badań w grupie zawodowej lekarzy. Za priorytetowe działania należałoby uznać objęcie zjawiska stałym monitoringiem i wprowadzanie do życia programów profilaktycznych oraz podjęcie intensywnych działań edukacyjnych zarówno w grupie lekarzy, lekarzy stażystów, jak i studentów medycyny. Konieczne jest położenie większego nacisku na odpowiednie przygotowanie adeptów sztuki medycznej do radzenia sobie ze stresem i problemami, które wiążą się z zawodem lekarza. Wielu badaczy wskazuje na nagłą potrzebę edukacji przed- i podyplomowej z zakresu higieny psychicznej i mechanizmów uzależnienia oraz czynników stresujących i umiejętności radzenia sobie z nimi (Raimer i wsp. 2000, s. 21; Klimberg i wsp. 2008b, s. 530). Bardzo istotne w świetle analizowanej literatury wydaje się także rozwijanie systemów wsparcia i terapii dla uzależnionych lekarzy – mając na uwadze przede wszystkim ich własne zdrowie i dobro pacjentów, ale także względy ekonomiczne. Wszystkie analizowane wcześniej badania i doniesienia zagraniczne udowadniają bowiem wyższy niż przeciętny w tej grupie zawodowej odsetek osób zachowujących abstynencję po podjęciu terapii.

## V. WERYFIKACJA HIPOTEZ

Weryfikacja hipotez daje odpowiedź na postawione w pracy problemy badawcze. Do weryfikacji hipotez posłużyły wskaźniki obliczone na podstawie analizy wypowiedzi ankietowanych.

**HIPOTEZA PIERWSZA:** Zauważono istotną korelację pomiędzy płcią badanych a specyfiką konsumpcji poszczególnych substancji psychoaktywnych. Wśród palących było więcej mężczyzn; wypalali oni także większą liczbę papierosów dziennie. Częste spożycie alkoholu deklarowało trzy razy więcej mężczyzn, natomiast więcej abstynentów odnotowano wśród kobiet. Kobiety spożywały alkohol w mniejszych porcjach dziennych i przez mniej dni w miesiącu. Różnice statystyczne – i to na bardzo wysokim poziomie – dotyczyły głównie spożywania piwa i mocnych alkoholi. Piwo w miesiącu, w dniach oraz w porcjach standardowych na dzień  $p=0,000$ . Mocne alkohole w miesiącu, w dniach oraz w porcjach standardowych na dzień  $p<0,001$ . Wykazano także związek pomiędzy płcią a wielkością konsumpcji alkoholu aż do wystąpienia stanu zamroczenia alkoholem ( $p=0,003$ ). Istnieje ponadto bardzo silny związek ( $p<0,001$ ) pomiędzy odpowiedziami na pytania testu CAGE a płcią badanych. Płeć miała również silny związek z zażywaniem narkotyków  $p<0,001$ .

**Płeć jest czynnikiem w wysokim stopniu różnicującym ilość i częstotliwość spożywanych substancji psychoaktywnych.**

**HIPOTEZA DRUGA:** Została potwierdzona częściowo; wiek nie jest czynnikiem znaczącym dla wszystkich substancji psychoaktywnych. Zaobserwowano związek szczególnie w przypadku konsumpcji alkoholu. Osoby młodsze deklarowały spożycie większej liczby porcji standardowych mocnych alkoholi na dzień  $p=0,016$ . Także wśród osób deklarujących osiągnięcie stanu zamroczenia alkoholem przeważały osoby młodsze. Związek nie był jednak bardzo silny  $p=0,087$ .

**Wiek różnicuje w szczególności intensywność konsumpcji alkoholu.**

HIPOTEZA TRZECIA: Została potwierdzona wyłącznie w związku z paleniem tytoniu. Osoby palące miały istotnie statystycznie wyższy staż pracy; przy wyliczeniu w miesiącach  $p=0,032$ . Poddając weryfikacji hipotezę trzecią, należy jednak pamiętać o krótkim czasie odbywania stażu przez prawie 90% badanych, co mogło mieć znaczący wpływ na korelację i różnicowanie zmiennych dotyczących poczucia obciążenia pracą zawodową.

**Długość stażu pracy wpływa w istotny sposób wyłącznie na intensywność palenia papierosów.**

HIPOTEZA CZWARTA: Została zweryfikowana poprzez analizę wypowiedzi badanych na temat najbardziej odczuwalnych jako obciążające elementów pracy zawodowej. Potwierdzono istnienie zagrożeń zawodowych powodowanych przez obciążenie stresem, nieregularny czas pracy, długie godziny pracy i dyżurów. Zauważono także dodatkowe obciążenia w obrębie sfery psychicznej, odczuwalne w jeszcze silniejszym stopniu ze strony składowych administracyjnych obciążenia pracą oraz trudności godzenia pracy z życiem prywatnym.

**Na obciążenia zawodowe w pracy lekarza składają się: stres, nieregularny czas pracy, długie godziny pracy, w tym szczególnie pełnienie dyżurów nocnych, a także składowe administracyjne obciążenia pracą oraz konieczność godzenia pracy zawodowej z życiem prywatnym.**

HIPOTEZA PIĄTA: Weryfikacja hipotezy piątej znajduje swoje uzasadnienie w perspektywie literatury przedmiotu, gdzie zauważono tendencję do spadku konsumpcji, w szczególności alkoholu, w związku z podjęciem stażu. Wyniki badań własnych wskazują na istotne statystycznie związki pomiędzy ilością spożywanych niskoprocentowych alkoholi a obciążeniem pracą zawodową, w szczególności długimi godzinami pracy ( $p=0,007$ ), oraz częstotliwością upijania się a obciążeniem dyżurami ( $p=0,018$ ) i godzeniem życia prywatnego z zawodowym ( $p=0,016$ ).

**Odczuwane obciążenia w pracy zawodowej lekarzy stażystów wpływają na zmniejszenie konsumpcji, w szczególności alkoholu.**

HIPOTEZA SZÓSTA: Została potwierdzona częściowo; zaobserwowano istotny związek w przypadku niektórych substancji psychoaktywnych, szczególnie w przypadku konsumpcji alkoholu. Osoby z grupy deklarujących dodatkowe obciążenie piją ogólnie zdecydowanie mniej i rzadziej. W przypadku spożycia piwa i mocnych alkoholi odnotowano istotne statystycznie związki: piwo w miesiącu, w dniach  $p < 0,001$ , piwo w porcjach standardowych na dzień  $p = 0,001$ , mocne alkohole w miesiącu, w dniach oraz w porcjach standardowych na dzień  $p = 0,002$ . W tej grupie osób odnotowano także trzy razy więcej abstynentów.

Intensywne picie (doprowadzanie się do stanu zamroczenia) w tej grupie występowało wyłącznie sporadycznie. Odnotowany związek był bardzo silny  $p < 0,001$ .

**Obciążenie problemami prywatnymi wpływa w istotny sposób na model spożywania niektórych substancji psychoaktywnych.**

HIPOTEZA SIÓDMA: Została wyraźnie potwierdzona w toku przeprowadzonej analizy wyników badań własnych. Zaobserwowano zjawisko politoksykomanii, tj. łączenia używania różnych substancji psychoaktywnych. Spożywanie jednej substancji psychoaktywnej niesie ze sobą zwiększone ryzyko zażywania także innych. Przyłączeniu wszystkich grup substancji psychoaktywnych wyniki okazały się statystycznie wysoce istotne. Palenie a alkohol  $p = 0,036$ , ryzykowne spożywanie alkoholu a narkotyki  $p = 0,003$ , narkotyki a palenie  $p = 0,048$ . W grupie palaczy było niemal trzy razy więcej osób pijących często, a nie odnotowano w niej abstynentów. Także w grupie palaczy było 3 razy więcej osób zażywających narkotyki. Większość osób, spośród wykazujących możliwość problemów z konsumpcją alkoholu, miała także kontakt z narkotykami. Natomiast nie zażywały narkotyków osoby pijące w sposób okazjonalny.

**Osoby spożywające jeden rodzaj substancji psychoaktywnych częściej sięgają także po inne substancje psychoaktywne.**

## VI. WNIOSKI

Badania własne, przeprowadzone w celu dokonania analizy socjomedycznych aspektów zażywania substancji psychoaktywnych wśród lekarzy stażystów, wskazują na charakterystykę rozpowszechnienia konsumpcji, rodzaj przyjmowanych substancji oraz najistotniejsze obciążenia zawodowe, co daje podstawę do rekomendowania konieczności zoptymalizowania działań profilaktycznych i edukacyjnych w tej grupie zawodowej.

1. Wyniki badań wskazują, że najpowszechniejszą z zażywanych substancji jest alkohol, następnie, w mniejszym nasileniu, nikotyna oraz w niskim stopniu narkotyki. Ogólna tendencja w rozpowszechnieniu i rodzaju zażywanych substancji psychoaktywnych jest więc bardzo zbliżona do prezentowanej w piśmiennictwie.
2. Elementami różnicującymi w najwyższym stopniu rodzaj i ilość spożywanych substancji psychoaktywnych są płeć oraz dodatkowe obciążenia wynikające z życia prywatnego, przy czym - zdecydowanie mniejszą konsumpcję, oraz większy odsetek abstynentów odnotowano wśród kobiet, oraz osób dodatkowo obciążonych życiem prywatnym. Zauważono także zależność pomiędzy gorszym poczuciem stanu zdrowia psychicznego a nasileniem przyjmowaniem narkotyków.
3. Wśród lekarzy stażystów występuje podobny poziom ryzykownej konsumpcji substancji psychoaktywnych jak wśród ogółu populacji. Cechą charakterystyczną dla tego środowiska zawodowego jest natomiast zaobserwowane zjawisko politoksykomanii.
4. Do czynników silnie obciążających lekarzy stażystów należą charakterystyczne elementy pracy zawodowej, takie jak: długie godziny pracy, dyżury, pośpiech i stres, obowiązki administracyjne oraz godzenie pracy z życiem prywatnym. Bardzo niepokojący jest wysoki poziom frustracji już na początku kariery zawodowej. Może być to związane ze słabym przygotowaniem młodych lekarzy do radzenia sobie z sytuacjami trudnymi w pracy zawodowej.

5. W świetle analizowanego piśmiennictwa, dostępnych prac badawczych i wyników badań własnych, słusznym wydaje się rekomendowanie poniższych wniosków praktycznych:

– W obszarze edukacji zarówno przed-, jak i podyplomowej lekarzy, istnieje konieczność wprowadzania programów profilaktycznych i edukacyjnych w zakresie konstruktywnych sposobów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi i stresem, zwiększenia wiedzy i umiejętności rozpoznawania sygnałów ostrzegawczych, konsumpcji ryzykownej i uzależnienia, sposobów reagowania i wdrażania procedur postępowania w przypadku wystąpienia problemu u lekarza, głównych przeszkód w podejmowaniu reakcji, w tym mechanizmów zaprzeczenia i współzależnienia.

– W systemie funkcjonowania instytucji, zarówno przy okręgowych izbach lekarskich, jak i na uczelniach medycznych, niezbędny jest rozwój i wdrażanie programów interwencji i terapii zwiększających szansę zarówno na ograniczenie szkód osobistych, konsekwencji prawnych i zawodowych, jak i zmniejszających potencjalne zagrożenia dla pacjentów.

## **STRESZCZENIE W JĘZYKU POLSKIM**

### **Socjomedyczne aspekty zażywania substancji psychoaktywnych wśród lekarzy stażystów na terenie Wielkopolski**

**Barbara Purandare**

**Słowa kluczowe:** alkohol, alkoholizm, izba lekarska, lekarz, lekarz stażysta, psychoterapia, substancje psychotropowe, politoksykomania, uzależnienie, terapia

**Wprowadzenie:** W świetle piśmiennictwa lekarze mogą mieć szczególnego rodzaju problemy związane z konsumpcją środków psychoaktywnych i możliwością uzależnienia się od nich. W wielu przypadkach ten problem pojawia się już w trakcie studiów medycznych. Przekonanie o możliwościach chronienia się przed skutkami uzależnienia dzięki posiadanej wiedzy oraz samoleczeniu w istotny sposób wydłużają czas aktywnego uzależnienia.

**Cele badań:** Określenie rozpowszechnienia wśród lekarzy stażystów konsumpcji i rodzaju zażywanych substancji psychoaktywnych oraz poziomu ich zażywania ryzykownego, a także głównych obciążeń (zagrożeń zawodowych) w pracy lekarzy stażystów.

**Materiał i metody:** W badaniach posłużono się kwestionariuszem ankiety. Pytania dotyczyły: sytuacji zawodowej i zdrowotnej, palenia tytoniu, konsumpcji alkoholu, zażywania leków i narkotyków. Badania przeprowadzono od stycznia 2007 do czerwca 2008 r., objęto nimi lekarzy stażystów z terenu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

**Wyniki badań:** Większość lekarzy miała krótki okres stażu lekarskiego. Badani do najsilniejszych obciążeń w ich pracy zawodowej zaliczyli: składową administracyjną, godzenie pracy z życiem prywatnym, dyżury, pośpiech i stres w czasie pracy oraz długie godziny pracy. Prawie 20% badanych stwierdziło pogorszenie własnego stanu zdrowia od czasu podjęcia pracy. Ponad połowa odczuwała znaczące obciążenie życiem prywatnym. Płeć w bardzo silny sposób różnicowała sposób konsumpcji wszystkich substancji psychoaktywnych. Na ilość i częstotliwość przyjmowania substancji miało istotny wpływ także dodatkowe obciążenie w życiu prywatnym. Ponad 15% badanych to aktywni palacze. Średni staż palenia wynosił ponad 5 lat. Osoby palące miały dłuższy staż pracy. Prawie 95% badanych przyznała się do spożywania alkoholu, w tym do częstego ponad 7%. Analiza wyników testu CAGE wykazała u 13% badanych wysokie



prawdopodobieństwo występowania problemów z alkoholem. Do zażywania narkotyków (w większości sporadycznego) przyznało się 6% badanych. Narkotyki zażywały w większości osoby samooceniające własny stan zdrowia psychicznego jako niezadowolający. W grupie osób palących nie było abstynentów, a wśród osób, które odpowiedziały twierdząco na co najmniej jedno pytanie testu CAGE, prawie 65% deklarowało zażywanie narkotyków.

**Wnioski:** Najbardziej niepokojące były znaczące odsetki politoksykomanii oraz konsumpcji alkoholu w sposób ryzykowny. Z uwagi na charakterystyczne elementy pracy zawodowej lekarza, takie jak długie godziny pracy, dyżury, pośpiech i stres, obowiązki administracyjne oraz godzenie pracy z życiem prywatnym, istotna jest potrzeba edukacji przed- i podyplomowej – w zakresie wiedzy i umiejętności wykrywania zagrożeń związanych z konsumpcją substancji psychoaktywnych oraz rozwój programów wsparcia.

## **STRESZCZENIE W JĘZYKU ANGIELSKIM**

**Sociomedical aspects of the use of psychoactive substances by medical interns in Wielkopolskie voivodeship**

**Barbara Purandare**

**Key words:** alcohol, alcoholism, Chamber of Physicians, physician, medical intern, psychotherapy, psychotropic substances, polytoxicomania, addiction, therapy

**Introduction:** Physicians may have special problems related to the use of psychoactive substances and the possibility of addiction to them. In many cases the issue surfaces already during medical studies. The conviction that one may protect oneself against the effects of the addiction thanks to one's knowledge or be able to treat oneself prolongs the time of active addiction.

**The aim of the research:** The aim of the research was to determine the prevalence of the use of psychoactive substances by medical interns, the types and the amount of the used substances, and the main occupational burdens.

**Materials and methods:** The research was conducted with the use of a questionnaire. The questions concerned the professional and health situation of the respondents and their use of tobacco, alcohol, pharmaceuticals, and psychoactive drugs. The research was made from January, 2007 to June, 2008 among medical interns from the Chamber of Physicians of Wielkopolskie voivodeship.

**The results:** Most of the studied physicians had been interns for a short time. The respondents mentioned the following occupational burdens as the greatest: administrative duties, reconciling work and private life, duty hours, hurry, stress, and long working hours. Almost 20% of the respondents reported health deterioration since the time they started work. More than a half of them felt considerably burdened with their private life. The consumption of all psychoactive substances differed significantly depending on the sex of the interns. The amount and frequency of use of the substances was also greatly influenced by additional burdens in private life. Over 15% of the respondents were active tobacco users. The average time they had used tobacco was over 5 years. The smoking respondents had greater seniority. Almost 95% of the respondents admitted using alcohol and over 7% admitted using it frequently. The analysis of the results of the CAGE test showed high probability of problems with alcohol use in 13% of the respondents. 6% of the respondents admitted using psychoactive drugs (in most cases to sporadic use). Those were usually people who declared that their psychological health was unsatisfactory. There were no teetotalers in the group of tobacco users and among the people who answered yes to at least one question of the CAGE test almost 65% declared using psychoactive drugs.

**Conclusions:** The most disturbing results of the research are those indicating a high percentage of polytoxicomania and risky consumption of alcohol. Because of the specificity of the profession of a physician, e.g. long working hours, duty hours, hurry and stress, administrative duties, and the need to reconcile work with private life it is necessary to educate medical students, before and after graduation, about the theoretical and practical aspects of detecting the risks related to the consumption of psychoactive substances, and to develop support programs.

## BIBLIOGRAFIA ZAŁĄCZNIKOWA

Zgodnie z PN-ISO 690:2002

### Przypisy bibliograficzne

1. Akvardar Y., Demiral Y., Ergor G., Ergor A. 2004, *Substance use among medical students and physicians in a medical school in Turkey*. „Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol” 2004(39), s. 502–506. ISSN: 0933-7954
2. Athen D. Schuster E. (red.) 1989, *Alkoholismusreport Alkohol-Gebrauch, - Mißbrauch, -Krankheit. Ein Bericht ueber Wirkungen, Folgen, Hintergruende. Bayerisches Staatsministerium fuer Arbeit u. Sozialordnung*: München 1989
3. Adshaed G. 2005, *Healthy ourselves: ethical issues in the care of sick doctors*. „Advance in Psych Treat” 2005(11), s. 330–337. ISSN: 1355-5146
4. Ameisen O. 2012. *Spowiedź z butelki*, Studio Emka: Warszawa. ISBN: 978-83-268-1219-4
5. Augustin B. 1996, *Temat tabu*. „Gazeta Lekarska” 1996(2), s. 6. ISSN: 0867-2146
6. Avery D.M., Daniel W.D., McCormick M.B. 2000, *The impaired physician*. „Elsevier Science: Prim Care Update Ob/Gyns” 2000(4), s. 154–160. ISSN: 1068-607X
7. Baldwin J.N., Davis-Hall R.E., DeSimone E.M. 2008, *Survey of attitudes and behaviors toward alcohol and other drug use in allied health and physician assistant students*. „J Allied Health” 2008, 37(3), s. 156–161. ISSN: 0090-7421
8. Baran-Furga H., Steinbarth-Chmielewska K. 1999, *Uzależnienia. Obraz kliniczny i leczenie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL. ISBN: 83-200-2277-0
9. Beelmann K. 2004, *Suchterkrankungen bei Ärzten, Interventionprogramm (IVP) der Ärztekammer Hamburg*. Hamburg 2004. [dostęp 12.03.2005] [http://www.aerztekammer-hamburg.de/aerzte/informationen\\_suchtinterventionsprogramm\\_englisch.pdf](http://www.aerztekammer-hamburg.de/aerzte/informationen_suchtinterventionsprogramm_englisch.pdf)
10. Berge K.H., Seppala M.P., Schipper A.M. 2009, *Problem uzależnień psychofizycznych wśród lekarzy*. „Medycyna po Dyplomie” Vol. 18/ Nr 12 (165) 2009, s 139–147. ISSN: 1231-1812
11. Biernacka E. 2012, *Lekarz – zawód wysokiego ryzyka*. „Puls Medycyny” 2012 Nr 9 (248), s. 8–9. ISSN: 1509-8087
12. Bilikiewicz A. 2001, *Alkoholizm i narkomania u lekarzy*. „Biuletyn Informacyjny Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku” Tom 104, 2001(1), s. 6–7. ISSN: 1730-1149
13. Bíró E., Balajti I., Adány R., Kósa K. 2008, *Health behaviour survey among medical students*. „Orv Hetil” 2008, 16,149(46), s. 2165–2171. ISSN: 0030-6002
14. Boisaubin E.V., Levine R.E. 2001, *Identifying and Assisting the Impaired Physician*. „Am J Med Sci”, 2001; 322(1), s. 31–36. ISSN: 1538-2990

15. Borschos B., Kühllhorn E., Rydberg U. 1999, *Alcohol and drug use among medical students 1995: more than every tenth male student had hazardous alcohol drinking habits*. „Lakartidningen”; 14, 96(28–29), s. 3253–3258. ISSN: 0023-7205
16. Bundesaerztekammer DEUTschland 2007, *Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Leitfaden für die ärztliche Praxis*. „Deutscher Ärzte-Verlag” GmbH: Köln 2007. ISSN: 0344-9319 4 [dostęp 11.03.2013]  
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/LeitfadenMedAbhaengigkeit.pdf>
17. Casas M., Gual A. 2005, *Addictive behaviours across the lifespan of a doctor*. „European Psychiatry”, 2005(20), s. 20–23. ISSN: 0924-9338
18. Chmielowiec J.Z. 2012, *Wiedza i postawy wobec uzależnień od środków psychoaktywnych w grupach zawodowych: pracowników służby zdrowia, nauczycieli i policji w województwie lubuskim*. Praca doktorska. Promotor pracy prof. dr hab. Andrzej Rajewski Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Wydział Nauk o Zdrowiu
19. Chruściel T.L. 1995, *Problem uzależnień: aspekty społeczne i medyczne*. [w:] Przewłocka B. (red). *Uzależnienia lekowe*. XII Zimowa szkoła Instytutu Farmakologii PAN. PLATAN: Kraków 1995, s. 7–19. ISBN: 83-902039-2-8
20. Clark D.C., Eckenfels E.J., Daugherty S.R. i wsp. 1987, *Alcohol-use patterns through medical school*. „JAMA” 1987(257), s. 2921–2930. ISSN: 0098-7484
21. Collier J.A.B., Longmore J. M., Harvey J. H. 1993, *Oksfordzki podręcznik medycyny klinicznej*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN. ISSN: 83-233-1378-4
22. *Curriculum für abhängige Ärzte* [dostęp 09.12.2004]  
<http://www.oberbergkliniken.de/curriculum-fuer-abhaengige-aerzte.html>
23. Czarnecki J. 2004, *Lekarzu, nie lecz samego siebie*. „Terapia uzal i wspóluzal” 3(36) ISSN: 1506-4727
24. Damm K. 2001, *Erfahrungen mit dem Hilfsangebot der Ärztekammer an suchtkranke Ärzte Hilfsangebot der Ärztekammer Hamburg* [w:] Zerdick J. *Suchtmedizin im Dialog*, 9. Suchtmedizinischer Kongress der DGS, Schriftenreihe der DGS e.V. Band 5, „Verlag für Wissenschaft und Bildung”, Berlin 2001 s. 251–258. ISSN: 0344-8622
25. Dudrak D. 2009, *Zaprzeczenie*. „Biuletyn Wielkopolskiej Izby Lekarskiej”, kwiecień 2009, s. 14–17. ISSN: 1233-2216
26. Dunkelberg S., Bussche H., Quellmann Ch. 2004, *Abschlussbericht des Forschungsvorhabens. Substanzmittelgebrauch und Substanzmittelmissbrauch bei Hamburger Ärztinnen und Ärzten im Praktikum*. Hamburg: 2004.  
[dostęp 10.12.2004] <http://www.uke.uni-hamburg.de/institut/allgemeinmedizin/forschung/versorgung.de.html#Sucht>
27. Dupont R.L., Skipper G.E. 2012, *Six lessons from state physician health programs to promote long-term recovery*. „J Psychoactive Drugs”. 2012 44(1), s. 72–78. ISSN: 0279-1072

28. Endreas A. 2000, *Die Existenz steht auf dem Spiel*. „Dtsch Arztebl” 2000; 97(1–2), s. 28–31. ISSN: 0012-1207
29. ESCULAP.PL. Sondaż. *Czy zetknąłeś się kiedyś bezpośrednio w swoim otoczeniu z problemem alkoholizmu wśród lekarzy?* [dostęp 26.02.2010]  
<http://www.esculap.pl/main/ankieta.html?ankieta=183&wyniki=1>
30. ESENER Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy. *Badania przedsiębiorstw ESENER: Stres* [dostęp 28.11.2011]  
<http://www.osha.europa.pl/topics/stress>
31. Fengler J. 2001, *Pomaganie mężczyznom. Wypalenie w pracy zawodowej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. ISBN: 83-87957-03-8
32. Firth-Cozens J. 2001, *Interventions to improve physicians' well – being and patients care*. „Social Science&Medicine” 2001; 52(2), s. 215–222. ISSN: 0037-7856
33. Fleming M. i wsp. 1996, *Profilaktyka szkód zdrowotnych związanych z piciem alkoholu przez pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. Moduł 8 Projekt wdrożeniowy*. NIAAA, IPiN, PARPA. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1996
34. Florkowski A., Gruszczyński W., Gałęcki P., Szubert S., Klus M., Zboralski K. 2008, *Problemy alkoholowe w środowisku lekarskim*. „Pol Merk Lek” 2008, tom XXV, Suppl. 1, s. 40–41. ISSN: 1426-9686
35. Fudała J. 2007, *Rozpoznawanie problemów alkoholowych pacjentów*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. ISBN: 978-83-89566-30-0
36. Gerstenkorn A, Suwała M. 2003, *Problem medyczno-społeczny spożywania alkoholu w grupie przyszłych lekarzy*. „Wiad Lek” 2003, 56(9–10), s. 402–406. ISSN: 0043-5147
37. Gerstenkorn A, Suwała M. 2004, *Picie alkoholu przez studentów medycyny*. „Zdr Publ” 2004, 114(1), s. 59–62. ISSN: PL 0044-2011
38. Gieseke S. 2009, *In der Sucht sind wir alle gleich*. „Dtsch Ärztebl” 106(34–35), 2009, s. 1658–1661. ISSN: 0012-1207
39. *Global status report on alcohol and health World Health Organization* 2011. s. 4. ISBN: 978 92 4 156415 1 [dostęp 10.10.2013]  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msbgsru\\_profiles.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsru_profiles.pdf)
40. Graham C. Poland wrestles with problem of drunken doctors. *Lancet* 2006 15,368(9531), s. 190-191. ISSN: 0140-6736 [dostęp 03.09.2013]  
<http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS014067360669020X.pdf>
41. Habrat B. 1997, *Lecz się albo odejdz*. „Medycyna po Dyplomie” Vol 6/Nr 3, s. 13–16. ISSN: 1231-1812
42. Habrat B. 1998, *Organizm w niebezpieczeństwie*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. ISBN: 83-86103-86-8

43. Habrat B. 2004, *Problemy związane z używaniem substancji psychoaktywnych przez lekarzy*. „Alkoholizm i Narkomania” 2004; 17(3–4), s. 241–266. ISSN: 0867-4361
44. Hughes P., Conard S., Baldwin D. i in. 1991, *Resident Physician Substance Use in the United States*. „JAMA”: 1991(265), s. 2069–2073. ISSN: 0098-7484
45. ICD-10, 2000, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskaźniki diagnostyczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”: Kraków-Warszawa. ISBN: 83-85688-25-0
46. Janiszewski W. 2006, *Stres w miejscu pracy*. „Problemy Narkomanii” Biuletyn Nr 3/2006, s. 21–29. ISSN: 1560-0926
47. Jex S., Hughes H.P., Storr C. i in. 1992, *Relations among Stressors, Strains, and Substance Use among Resident Physicians*. „The International Journal of the Addictions” 1992(27) s. 979–995. ISSN: 0020-773X
48. Jethon Z. (red.) 1997, *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa*. Wydawnictwo lekarskie PZWL: Warszawa 1997. ISBN: 83-200-2130-8
49. Jungerman F. S., Palhares-Alves H. N., Carmona M. J., Conti N. B., Malbergier A. 2012, *Anesthetic drug abuse by anesthesiologists*. „Rev Bras Anestesiol.” 62(3) 2012, s. 375–386. ISSN: 0034-709470138-1
50. Kalinowska E. 2011, *Droga alkoholika do decyzji o leczeniu*. „Świat Problemów” Nr 5 (220) 2011 Rok 19, s. 29–32. ISSN: 1230-6592
51. Keith H. Berge M.D., Marvin D., Seppala M.D., Agnes M., Schipper J.D. 2009, *Problem uzależnień psychofizycznych wśród lekarzy*. „Medycyna po Dyplomie” 2009, 12(165), Vol 18. s. 139–147. ISSN: 1231-1812
52. Kinney J., Leaton G. 1996, *Zrozumieć Alkohol*. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych: Warszawa 1996. ISBN: 83-86103-53-1
53. Klimasiński K. 2000, *Elementy psychopatologii i psychologii klinicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków. ISBN: 83-233-1414-4
54. Klimberg A., Marcinkowski J.T., Przybylski J. 2008a, *Konsumpcja alkoholu i innych środków psychoaktywnych wśród studentów poszczególnych kierunków uniwersyteckich studiów medycznych. Część I. Inicjacja alkoholowa*. „Probl Hig Epidemiol” 2008, 89(3), s. 427–436 ISSN: 1895-4316
55. Klimberg A., Marcinkowski J.T., Przybylski J. 2008b, *Konsumpcja alkoholu i innych środków psychoaktywnych wśród studentów poszczególnych kierunków uniwersyteckich studiów medycznych. Część III. Przyczyny i okoliczności konsumpcji napojów alkoholowych oraz ich następstwa*. „Probl Hig Epidemiol” 2008, 89(3), s. 427–436 ISSN: 1895-4316
56. Klimberg A., Marcinkowski J.T., Przybylski J. 2008c, *Konsumpcja alkoholu i innych środków psychoaktywnych wśród studentów poszczególnych kierunków uniwersyteckich studiów medycznych. Część II. Obecna konsumpcja napojów alkoholowych*. „Probl Hig Epidemiol” 2008, 89(4) s. 526-530 ISSN: 1895-4316

57. Klimkiewicz A. 2011, *Co warto wiedzieć o alkoholu?* „Świat Problemów” Nr 9 (224) 2011 Rok 19, s. 5–9. ISSN: 1230-6592
58. Konodyba-Szymański P., Irzyniec T., Konodyba-Szymański B. 2006, *Stres – ukryte zagrożenie w pracy.* „Zdrowie Publiczne” 2006, 116(4), s. 554–558. ISSN: 0044-2011
59. Krupa A, Bargiel-Matusiewicz K, Hofman G. 2005, *Związek wsparcia społecznego ze stosowaniem strategii radzenia sobie ze stresem w grupie osób uzależnionych od środków psychoaktywnych.* „Alkoholizm i Narkomania”, 1–2 2005, s. 57–69. ISSN: 0867-4361
60. Lloyd G. 1997, *Doctors who are dependent on alcohol can recover.* „Br Med J” 1997(314), s. 521–522. ISSN: 1756-1833
61. Loureiro E., McIntyre T., Mota-Cardoso R., Ferreira M.A. 2008, *The relationship between stress and life-style of students at the Faculty of Medicine of Oporto.* „Acta Med Port” 2008, 21(3), s. 209–214. ISSN: 1646-0758
62. Lundberg J. 2009, *Hilfe statt Strafe Hilfskonzepte für substanzabhängige Ärzte in Deutschland – Ein Überblick (Teil 2)* „Deutsches Tierärzteblatt” 2009(11), s. 1478–1484. ISSN: 0012-1355
63. Łobocki M. 1984, *Metody badań pedagogicznych*, Warszawa 1984. ISBN: 83-01-04322-9
64. Łobocki M. 1999, *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Kraków 1999. ISSN: 83-88030-13-2
65. Maciejewski S. 2003, *Ocena postępowania lekarskiego w oparciu o normy etyczne i prawa stanowione w świetle materiałów Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.* Rozprawa doktorska, promotor: J. T. Marcinkowski Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2003
66. Magruder-Habib K., Stevens H. A., Alling W. C. 1993, *Relative performance of the MAST, VAST and CAGE versus DMS-III-R criteria for alcohol dependence.* „J Clin Epidemiol” 46/1993. s. 435–441. ISSN: 0895-4356
67. Marcinkowska U. Lau K. Joško-Ochojska J. 2013, *O potrzebie kształcenia studentów medycyny w aspekcie wiedzy o stresie – w ramach zajęć fakultatywnych.* „Hygeia Public Health” 2013, 48(2), s.152-155. ISSN: 1509-1945
68. Marcinkowski J.T., Olejniczak B. 2007, *Zapobieganie problemom związanym z uzależnieniami wśród lekarzy w kontekście rozwiązań niemieckich.* „Zdr Publ” 117(1) 2007, s.74–80. ISSN: PL 0044-2011
69. Matysiakiewicz J., Leksowski W., Świerzy U., Pudło R. 1999, *Uzależnieni lekarze hospitalizowani w II Klinice Psychiatrii Śląskiej AM [w:] Leder S., Brykczyńska C. (red.) Psychiatryczne i psychologiczne aspekty praktyki medycznej.* Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej 1999, s. 55–59. ISBN: 83-86826-40-1
70. Mauelen B. 2013. *Sucht unter Aerzten.* [w:] Badura B. i in. (Hrsg.) *Fahlzeiten-Raport 2013.* Springer Verlag: Berlin 2013, s 143–150. ISBN: 978-3-642-37117-2

71. Mäulen B. 1998, *Besondere Lebensumstände. Ärzte und Ärztinnen*. [w:] Gözl J. (Hrsg.) *Moderne Suchtmedizin. Diagnostik und Therapie der somatischen, psychischen und sozialen Syndrome*. Thieme Verlag: Stuttgart 1998, s. 1–11. ISBN: 9783131105714
72. Maulen B. 2001, *Therapeutische Hilfen für substanzabhaengige ÄrztInnen im Vergleich zwischen BDR und den USA*. [w:] Stetter F. (Hrsg.) *Suchtforschung für die Suchtkranken*. Neuland: 2001, s. 96–108. ISBN: 3-87581-211-5
73. Mäulen B., Gottschaldt M., Feuerlein W., Bonitz G. 1991, *Abhängigkeit bei Ärzten – Eine klinische Studie zu Betroffenen in der Bundesrepublik Deutschland*. „Münch med Wschr” 1991(133), s. 446–449. ISSN: 0023-2173
74. Mäulen, B. 1996, *Die gesundheitliche Situation von Ärzten*. „Dtsch Arztebl” 93(27), 1996. s. 1845-1847. ISSN: 0012-1207
75. McAuliffe W.E., Rohman M., Santangelo S., Feldman B., Magnuson E., Sobol A., Weissman J. 1986, *Psychoactive drug use among practicing physicians and medical students*. „N Engl J Med.” 1986 Nr 315(13), s. 805–810. ISSN: 0028-4793
76. Michelowicz I., Woźniak A. 2004, *Po pierwsze nie pić*. „Przekrój” Nr 3/3056 18 I s. 32–35. ISSN: 0033-2488
77. Mierzecki A., Wiśniewska M., Erber H. 2006, *Porównanie modelu picia alkoholu przyjętego przez studentów I roku medycyny w Szczecinie i Greifswaldzie*. „Zdr Publ” 2006; 116(4), s. 568–571 ISSN: PL 0044-2011
78. Motyka M. 2013, *Dynamika zjawiska narkomanii: nowe populacje zażywających narkotyki*. „Probl Hig Epidemiol” 2013, 94(3), s. 435–445 ISSN: 1895-4316
79. Mundle G., Gottschaldt E. 2008, *Abhängigkeitserkrankungen bei Ärztinnen und Ärzten - Spezifische Behandlungsangebote ermöglichen eine erfolgreiche Therapie*. „Dtsch Med Wochenchr” 2008 Nr 133, s.17–20. ISSN: 0012-0472
80. Mundle G., Gottschaldt, E. 2007, *Hilfsangebote für suchtkranke Ärzte. Spezifische Behandlungsmaßnahmen ermöglichen eine erfolgreiche Behandlung*. „Psychoneuro” 2007(33) 1–2, s. 13–18. ISSN: 1611-9991
81. Mundle G., Jurkat H. B., Reimer Ch., Beelmann K., Kaufmann, Cimander K. F. 2007, *Suchttherapie bei abhängigen Ärzten*. „Psychotherapeut”, Volume 52 2007, s. 273–279. ISSN: 00278-006-0528-4
82. Nowak S. 1970, *Metodologia badań socjologicznych*, Warszawa: Państw. Wydaw. Naukowe 1970.
83. Nowak S. 1965, *Metody badań socjologicznych*. Warszawa: PWN 1965.
84. Nübling M., Stöbel U., Hasselhorn H.M., Michaelis M., Hofmann F. 2006, *Praktische Instrumente der Belastungsanalyse: Erfassung psychischer Belastungen mit dem COPSQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire)* [w:] Hofmann F., Reschauer G., Stöbel U. (red.) *Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst*, Bd. 19. , edition FFAS, Freiburg 2006, s. 188–196. ISSN: 3-9807531-4-X
85. Okoń W. 1992, *Słownik pedagogiczny*. PWN: Warszawa. ISBN: 8301057939



86. Olejniczak B., Marcinkowski J. T. 2007, *Zażywanie substancji psychoaktywnych wśród lekarzy-stażystów. Doniesienie wstępne.* „Pielęgniarstwo XXI w.” 2007 nr 1 (18), s. 7–12. s. ISSN: PL 1730-1912
87. Palhares-Alves H.N., Vieira D.L., Laranjeira R.R., Vieira J.E., Nogueira-Martins L.A. 2012, *Clinical and demographic profile of anesthesiologists using alcohol and other drugs under treatment in a pioneering program in Brazil.* „Rev Bras Anesthesiol.” 2012, 62(3), s. 356–364. ISSN: 0034-709470136-8
88. PARPA 2008. *Jak piją dorośli Polacy?* Wyniki badań zrealizowanych w 2008 r. na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych [www.parpa.pl/download/Jak%20pija%20Polacy.ppt](http://www.parpa.pl/download/Jak%20pija%20Polacy.ppt)
89. PARPA dane – spożycie alkoholu [dostęp 15.09.2013]  
[http://www.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=156&Itemid=145](http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=156&Itemid=145)
90. Perzyński J. 1993, *Ocena wybranych czynników klinicznych i społecznych hospitalizacji lekarzy medycyny z powodu nalogu alkoholowego.* „Problemy Medycyny Społecznej”. 1993(26), s. 360–365. ISSN: 1429-2823
91. Perzyński J., Hennel A. 1996, *Hospitalizacja lekarzy w Klinice Psychiatrii AM w Lublinie.* V Lubuskie Spotkania Naukowe. 05.16-18 Lublin 1996, s. 458–463.
92. Pilch T. 1995, *Zasady badań pedagogicznych,* Warszawa: Wydawnictwo Żak 1995. ISBN: 83-86770-00-7
93. Pomianowski R. 2007, *Czy stać nas na luksus ignorowania pijących pracowników? O dobrych strategiach postępowania z pracownikami nadużywającymi alkoholu.* [w:] *Masz wybór.* Poznań: Wydawnictwo Miejskie, 2007, s 17–34. ISBN: 978-83-7503-037-2
94. Pyłypczuk A. 2013, *Wybrane czynniki psychospołeczne i medyczne a jakość życia pacjentów uzależnionych od alkoholu i hazardu.* Rozprawa doktorska. Promotor dr hab. n. med. Marta Makara-Studzinska. Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Lublin 2013.
95. Raimer Ch., Jurkat H.B. 2000, *Zur Problematik der Erlebnisqualität und Suchtgefährdung von Ärztinnen und Ärzten.* [w:] Stetter F. (Hrsg.) *Suchttherapie und der Schwelle der Jahrtausend.* Neuland: 2000, s. 11–23. ISBN: 3-87581-208-5
96. Reimer Ch., Eckert J., Hautzinger M., Wilke E. 1996, *Psychotherapie.* Berlin: Springer 1996. ISBN: 3-540-60387-5
97. Reimer Ch., Jurkat H.B., Mäulen B, Stetter F. 2001, *Zur Problematik der Suchtgefährdung von berufstätigen Medizinern.* „Psychotherapeut.”. Vol. 46, 2001. s. 376-385. ISSN: 0935-6185
98. Schuckit M.A. 2001, *Alkoholizm i uzależnienie od leków i narkotyków.* [w:] Harrison T., *Interna Harrisona.* T. 3 Lublin: Wydawnictwo Czelej 2001 s. 2311–2338. ISBN: 83-88063-17-0
99. Seligman M.E.P., Walter E.F., Rosenbau D.L., *Psychopatologia.* Poznań: Zysk i S-ka. ISBN: 9788372984418

100. Selvig D., Riley D. 1994, *Nie piję*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych 1994. ISBN: 83-86103-01-9
101. Setness P.A. 1997, *Próba trzeźwego spojrzenia na zawód lekarza*. „Medycyna po Dyplomie” Vol 6/Nr 3 1997. ISSN: 1231-1812
102. Shah A.A., Bazargan-Hejazi S., Lindstrom R.W., Wolf K.E. 2009, *Prevalence of at-risk drinking among a national sample of medical students*. „Subst Abus 2009 Apr-Jun; 30(2), s. 141–149. ISSN: 0740-5472
103. Siamak K., Hashim Intan H.M., Mohd-Zaharim N. 2012, *Perceived Stress, Positive-Negative Emotions, Personal Values and Perceived Social Support in Malaysian Undergraduate Students*. „International Journal of Psychology and Behavioral Sciences” 2012, 2(1), s. 1–8. ISSN: 2163-1948
104. Sidor K, Makara-Studzińska M. 2012, *Profil studentów pijących ryzykownie w grupie studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*. „Hygeia Public Health” 2012, 47(1), s. 85–88. ISSN: 1509-1945
105. Siemińska M.J. Dawid G. 1997, *Stres zawodowy lekarzy*. „Przegląd Lekarski” 1997(54) 7–8, s. 529–532. ISSN: 0033-2240
106. Skinner H. A. 1990, *Spectrum of drinkers and intervention opportunities*. „Can Med Assoc J” 1990;143(1), s.1054–1059. ISSN: 1488-2329
107. Snyder L., Lefler C. 2005, *Ethics Manual, 5th Edition*. American College of Physicians: Philadelphia 2005. ISBN: 1-930513-65-8
108. Soukup J. Schmale M. 2009, *Das Suchtrisiko bei Medizinern*. „AnästH Intensivmed” 2009(50), s. 286–295. ISSN: 0170-5334
109. Stetter F. 2001, *Entgiftung, Entwoehnung und weiterer Verlauf bei alkoholkranken ÄrztInnen in Deutschland*, [w:] Stetter F. (Red.) *Suchtforschung für die Suchtkranken*. Neuland: 2001, s. 78–95. ISBN: 3-87581-211-5
110. Suwała M., Gerstenkorn A. 2004, *Rozpoznawanie problemów alkoholowych u osób w wieku powyżej 65 lat*. „Gerontologia Polska”, Tom 14 2004(4), s. 172–178. ISSN: 1425-4956
111. Szczepocka A. 1995a, *Pijany doktor*. „Problem” 1995(4), s. 8. ISSN: 1233-3190
112. Szczepocka A. 1995b, *Podać rękę pacjentowi*. „Problem” 1995(4), s. 6–11. ISSN: 1233-3190
113. Szczyrba-Maróń B., Wons A. 2008, *Używanie substancji psychoaktywnych wśród lekarzy jako niekonstruktywny sposób radzenia sobie z trudnymi sytuacjami*. „Alkoholizm i Narkomania”, Tom 21 2008(1), s. 9–20. ISSN: 0867-4361
114. Szeffel A. 1982, *Hospitalizacja psychiatryczna lekarzy i innych osób z wyższym wykształceniem*. „Psychiatr Pol” T. XVI, Nr 5–6, s. 383–388, ISSN: 0033-2674
115. Szrejner M. 2012, *Co najmniej co dziesiąty lekarz zbyt często zagląda do kieliszka*. „Medical Tribune” 2012(8), s. 12–13. ISSN: 1895-5754
116. Teesson M., Degenhardt L., Hall W. 2005, *Uzależnienia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne 2005.

ISBN: 83-89574-55-1

117. Tobiasz-Adamczyk B. 1995, *Wybrane elementy socjologii zdrowia*. Wyd. Collegium Medium, Kraków. ISBN: 83-233-1378-4
118. Twerski A. 2001, *Uzależnione myślenie. Analiza samooszukiwania*. Warszawa: Jacek Santorski & Co 2001. ISBN: 83-86821-79-5
119. Verghese A. 2002, *Physicians and addiction*. „N Engl J Med.” 2002; 346(20), s. 1510–1511. ISSN:0028-4793
120. Viciano A. 2007, *Guter Arzt, kranker Arzt*. [w:] „Die Zeit”, 25.01.2007 Nr 05 ISSN: 0044-2070 [dostęp 10.02.2009] <http://www.zeit.de/2007/05/M-Aerztegesundheit>
121. Wallace J.E., Lemaire J. 2007, *On physician well being. You'll get by with a little help from your friends*. „Social Science&Medicine”, 2007 (64), s. 2565–2577. ISSN: 0037-7856
122. Węgrzecka-Giluń J. 2001, *ABC Alkoholu*. „Remedium” 2001 (12), s. 4–7. ISSN: 1230-7769
123. Wons A. 2006, *Wypalenie zawodowe* [w:] Trzcieniecka-Green A. (red.) *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych*. Wydawnictwo Universitas: Kraków, s. 407–424. ISSN: 83-242-0753-8
124. Woronowicz B.T. 1989, *Alkoholizm jest chorobą*. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych: Warszawa 1989. ISBN: 83-86103-85-X
125. Woronowicz B.T. 2003, *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*. Instytut Psychiatrii i Neurologii: Warszawa 2003. ISBN: 83-85705-55-4
126. Woronowicz B.T. 2008, *Na zdrowie!* Wydawnictwo Edukacyjne PAMPAMEDIA: Warszawa 2008. ISBN: 978-83-7278-239-7
127. Woronowicz B.T. 2010, *Medice, cura te ipsum*. „Gazeta Lekarska” 6–7 2010, s. 22–23. ISSN: 0867-2146
128. WP.pl. Sondaż. Czy Twoim zdaniem lekarze piją w pracy? [dostęp 08.04.2013] <http://praca.wp.pl/title,Lekarze-pija,wid,10646352,wiadomosc.html?showPollResults=1#sonda>
129. Zajac K. 1982, *Zarys metod statystycznych*. Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne. ISBN: 832080050
130. Zielonka T.M. 2004, *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej*. „Gazeta Lekarska” Nr 2 (157) 2004, s. 40. ISSN: 0867-2146
131. Ziemska B. 2012. *Stan zdrowia pracowników Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*. Praca doktorska. Promotor Marcinkowski J. T. Poznań 2012
132. Ziemska B., Marcinkowski J.T. 2010, *Stan zdrowia pracowników Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu*. „Probl Hig Epidemiol” 2010, 91(1), s. 54–56. ISSN: 1895-4316

## **Dokumenty**

1. Karta Lekarza [dostęp 08.09.2013] <http://www.mp.pl/etyka/?aid=86822>
2. Uchwała Nr 7/07/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dn. 13 kwietnia 2007 r. w sprawie organizacji systemu pomocy lekarzom i lekarzom dentystom, których stan zdrowia uniemożliwia wykonywanie zawodu [dostęp 19.08.2013] [http://media.gazetalekarska.pl/biuletyny/3\\_2007.pdf](http://media.gazetalekarska.pl/biuletyny/3_2007.pdf)
3. Ustawa z dn. 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich. Dz. U. Nr 89, poz. 158 [dostęp 08.09.2013] <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19890300158>
4. Ustawa z dn. 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń. [dostęp 08.09.2013] <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19710120114>
5. Ustawa z dn. 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy. Dz.U. 1974 nr 24 poz. 141 [dostęp 08.09.2013] <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19740240141>
6. Ustawa z dn. 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza. Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 [dostęp 08.09.2013] <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19970280152>
7. Załącznik do uchwały Nr 7/07/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dn. 13 kwietnia 2007 r. Zadania pełnomocnika do spraw zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów oraz okręgowej rady lekarskiej [dostęp 19.08.2013] [http://www.nil.org.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/4021/ru0007-07-V.pdf](http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0007/4021/ru0007-07-V.pdf)

## SPIS TABEL

Tabela 1. Roczne spożycie alkoholu (wina, piwa i ogółem) w Polsce w litrach - w przeliczeniu na jednego mieszkańca i na 100% alkohol) .....	14
Tabela 2. Osoby zażywające narkotyki we własnej grupie zawodowej – wg wiedzy ankietowanych. Opracowanie własne na podstawie danych Chmielowiec 2012, s. 38 .	18
Tabela 3. Subiektywna ocena poziomu narażenia na stres w miejscu pracy: 1) ogółu pracowników UMP i 2) lekarzy. Opracowanie własne na podstawie Ziemska 2012, s. 114.....	30
Tabela 4. Porównanie systemów pomocy dla uzależnionych lekarzy w USA, Niemczech i Polsce. Opracowanie własne .....	53
Tabela 5. Średnia wieku badanych (źródło: badania własne) .....	63
Tabela 6. Rozkład wiekowy badanych (źródło: badania własne).....	64
Tabela 7. Średnia długość stażu (źródło: badania własne) .....	64
Tabela 8. Długość stażu w miesiącach (źródło: badania własne) .....	64
Tabela 9. Poczucie obciążenia problemami prywatnymi (źródło: badania własne) .....	66
Tabela 10. Samoocena stanu zdrowia (źródło: badania własne).....	66
Tabela 11. Ocena aktualnego stanu zdrowia fizycznego w skali od „1” – bardzo źle do „6” – bardzo dobrze (źródło: badania własne).....	67
Tabela 12. Ocena aktualnego stanu zdrowia psychicznego w skali od „1” – bardzo źle do „6” – bardzo dobrze (źródło: badania własne).....	67
Tabela 13. Poczucie obciążenia pracą zawodową w skali od „1” – bardzo źle do „6” – bardzo dobrze (źródło: badania własne) .....	68
Tabela 14. Poczucie obciążenia w pracy (źródło: badania własne) .....	69
Tabela 15. Poczucie obciążenia długimi godzinami pracy w skali od „1” – bardzo źle do „6” – bardzo dobrze (źródło: badania własne).....	70
Tabela 16. Poczucie obciążenie spowodowane pośpiechem i stresem w czasie pracy w skali od „1” – bardzo źle do „6” – bardzo dobrze (źródło: badania własne).....	70
Tabela 17. Poczucie obciążenia wynikające z konieczności współpracy z przełożonymi w skali od „1” – bardzo źle do „6” – bardzo dobrze.....	70
Tabela 18. Poczucie obciążenia składową administracyjną pracy w skali od „1” – bardzo źle do „6” – bardzo dobrze (źródło: badania własne).....	70
Tabela 19. Poczucie obciążenia dyżurami w skali od „1” – bardzo źle do „6” – bardzo dobrze (źródło: badania własne) .....	71

Tabela 20. Poczucie obciążenia współpracą z kolegami i koleżankami w skali od „1” – bardzo źle do „6” – bardzo dobrze (źródło: badania własne).....	71
Tabela 21. Poczucie obciążenia współpracą z personelem pomocniczym w skali od „1” – bardzo źle do „6” – bardzo dobrze (źródło: badania własne).....	71
Tabela 22. Poczucie obciążenia koniecznością godzenia pracy z życiem prywatnym w skali od „1” – bardzo źle do „6” – bardzo dobrze (źródło: badania własne).....	71
Tabela 23. Czas palenia tytoniu i liczba prób zerwania z tym nałogiem (źródło: badania własne).....	73
Tabela 24. Palenie w latach (źródło: badania własne).....	73
Tabela 25. Liczba prób zerwania z nałogiem palenia tytoniu (źródło: badania własne)	73
Tabela 26. Spożycie alkoholu w dniach w zależności od rodzaju w ostatnim miesiącu (źródło: badania własne).....	77
Tabela 27. Liczba dni, podczas których miała miejsce konsumpcja piwa w ostatnich 30 dniach przed badaniem (źródło: badania własne).....	77
Tabela 28. Spożycie wina w ostatnich 30 dniach (źródło: badania własne).....	77
Tabela 29. Spożycie mocnych alkoholi w ostatnich 30 dniach (źródło: badania własne).....	78
Tabela 30. Średnie spożycie dzienne w porcjach standardowych (źródło: badania własne).....	78
Tabela 31. Dzielne spożycie piwa w porcjach standardowych (źródło: badania własne).....	78
Tabela 32. Dzielne spożycie wina w porcjach standardowych (źródło: badania własne).....	79
Tabela 33. Dzielne spożycie mocnych alkoholi w porcjach standardowych (źródło: badania własne).....	79
Tabela 34. Dzielne spożywanie alkoholi mieszanych/drinków w porcjach standardowych (źródło: badania własne).....	80
Tabela 35. Rodzaje leków przyjmowanych przez badanych z powodu chorób przewlekłych (źródło: badania własne).....	85
Tabela 36. Częstość przyjmowanych środków uspokajających przez badanych w miesiącu (źródło: badania własne).....	85
Tabela 37. Częstość przyjmowania środków przeciwbólowych przez badanych w miesiącu (źródło: badania własne).....	86

Tabela 38. Częstotliwość przyjmowania leków psychostymulujących przez badanych w miesiącu (źródło: badania własne).....	86
Tabela 39. Zmiany w ilości przyjmowanych leków po podjęciu pracy zawodowej (źródło: badania własne).....	86
Tabela 40. Rodzaj zmiany w ilości przyjmowanych leków przez badanych po podjęciu pracy (źródło: badania własne).....	86
Tabela 41. Częstotliwość spożywania w miesiącu, z podziałem na substancje (źródło: badania własne).....	87
Tabela 42. Zmiana w spożywaniu narkotyków po podjęciu pracy (źródło: badania własne).....	87
Tabela 43. Rodzaj zmiany w zażywaniu narkotyków po podjęciu pracy (źródło: badania własne).....	88
Tabela 44. Poczucie pogorszenia stanu zdrowia z powodu spożywanych narkotyków (źródło: badania własne).....	88
Tabela 45. Palenie a płeć (źródło: badania własne).....	89
Tabela 46. Różnice w grupach palących i niepalących (źródło: badania własne).....	89
Tabela 47. Liczba wypalanych papierosów na dzień a płeć (źródło: badania własne)...	92
Tabela 48. Ocena zdrowia fizycznego a spożywanie alkoholu (źródło: badania własne).....	93
Tabela 49. Wielkość konsumpcji alkoholu a płeć (źródło: badania własne).....	93
Tabela 50. Wielkość konsumpcji alkoholu a sprawowana opieka (źródło: badania własne).....	94
Tabela 51. Zmiana wielkości konsumpcji alkoholu po podjęciu pracy zawodowej(źródło: badania własne).....	94
Tabela 52. Zmiana w wielkości konsumowanego alkoholu po podjęciu pracy zawodowej a płeć (źródło: badania własne).....	95
Tabela 53. Spożycie piwa w ostatnim miesiącu w dniach a obciążenie godzinami pracy (źródło: badania własne).....	95
Tabela 54. Spożycie wina w ostatnim miesiącu w dniach a wiek badanych (źródło: badania własne).....	96
Tabela 55. Wielkość konsumpcji różnego rodzaju napojów alkoholowych a płeć (źródło: badania własne).....	97
Tabela 56. Spożycie alkoholi a sprawowana opieka (źródło: badania własne).....	99

Tabela 57. Spożycie piwa w porcjach standardowych na dzień a poczucie obciążenia pracą zawodową (źródło: badania własne) .....	100
Tabela 58. Spożycie piwa w porcjach standardowych na dzień a poczucie obciążenia godzinami pracy (źródło: badania własne) .....	101
Tabela 59. Spożycie piwa w porcjach standardowych na dzień a poczucie obciążenia współpracą z kolegami (źródło: badania własne) .....	102
Tabela 60. Spożycie wina w porcjach standardowych na dzień a poczucie obciążenia pracą zawodową (źródło: badania własne) .....	102
Tabela 61. Spożycie wina w porcjach standardowych na dzień a wiek (źródło: badania własne) .....	103
Tabela 62. Spożycie mocnych alkoholi w porcjach standardowych na dzień a wiek (źródło: badania własne) .....	104
Tabela 63. Spożycie alkoholi mieszanych w porcjach standardowych na dzień a długość stażu pracy w m-cach (źródło: badania własne) .....	104
Tabela 64. Różnice w grupach, w których wystąpiło zamroczenie alkoholem i nie ....	105
Tabela 65. Zamroczenie alkoholem w ostatnich 30 dniach a płeć (źródło: badania własne) .....	107
Tabela 66. Zamroczenie alkoholem w ostatnich 30 dniach a sprawowana opieka (źródło: badania własne) .....	108
Tabela 67. CAGE interpretacja a płeć (źródło: badania własne) .....	108
Tabela 68. Zażywanie leków z powodu choroby chronicznej a płeć .....	108
Tabela 69. Zażywanie narkotyków a ocena zdrowia psychicznego (źródło: badania własne) .....	109
Tabela 70. Zażywanie narkotyków a płeć (źródło: badania własne) .....	109
Tabela 71. Zażywanie narkotyków a sprawowana opieka (źródło: badania własne) ...	110
Tabela 72. Spożywanie alkoholu a palenie (źródło: badania własne) .....	110
Tabela 73. Zażywanie narkotyków a palenie (źródło: badania własne) .....	110
Tabela 74. CAGE interpretacja a zażywanie narkotyków .....	110



## SPIS RYCIN

Rycina 1. Zaburzenia związane z konsumowaniem alkoholu – wg płci i wieku. Źródło: Teesson i wsp. 2005, s. 29 .....	10
Rycina 2. Zaburzenia związane z konsumowaniem substancji innych niż alkohol – wg płci i wieku. Źródło: Teesson i wsp. 2005, s. 29.....	10
Rycina 3. Triada czynników warunkujące zażywanie substancji psychoaktywnych. Źródło: Aten, Schuster 1989, s. 27.....	11
Rycina 4. Czynniki warunkujące spożywanie substancji psychoaktywnych (źródło: opracowanie własne).....	12
Rycina 5. Konsumpcja alkoholu na świecie <i>per capita</i> (powyżej 15. r.ż.) rocznie, w litrach. Opracowanie własne na podstawie danych WHO.....	13
Rycina 6. Roczne spożycie alkoholu w Polsce w litrach na jednego mieszkańca (napojów spirytusowych, wina, piwa i ogółem – w przeliczeniu na 100% alkohol*) Opracowanie własne na podstawie obliczeń PARPA z danych GUS .....	13
Rycina 7. Zróżnicowanie konsumpcji alkoholu w społeczeństwie. Opracowanie własne na podstawie: Kinney, Leaton 1996, s. 38 .....	15
Rycina 8. Odpowiedzi na pytanie: „Czy zetknąłeś się kiedyś bezpośrednio w swoim ..	17
Rycina 9. Odpowiedzi na pytanie: „Czy Twoim zdaniem lekarze piją alkohol w pracy?”. Opracowanie własne na podstawie wyników sondażu na portalu WP.pl. ....	17
Rycina 10. Postrzeganie przez lekarzy, pielęgniarki, policjantów i nauczycieli problemu zażywania substancji psychoaktywnych we własnym środowisku zawodowym. Opracowanie własne na podstawie: Chmielowiec 2012, s. 38 .....	17
Rycina 11. Specyfika uzależnień wśród lekarzy – wg rodzajów substancji psychoaktywnych – na przykładzie pacjentów Kliniki Oberberg. Opracowanie własne na podstawie Mäulen i wsp. 1991, s. 447 .....	19
Rycina 12. Hospitalizowani lekarze ze Śląskiej Akademii Medycznej – uzależnieni i nieuzależnieni od substancji psychoaktywnych. Opracowanie własne na podstawie danych Matysiakiewicz i wsp. 1999, s. 56 .....	20
Rycina 13. Hospitalizacja lekarzy w Klinice Psychiatrii AM w Lublinie – uzależnionych od alkoholu i leków. Opracowanie własne na podstawie danych Perzyński J., Hennel A., 1996, s. 459.....	20
Rycina 14. Poczucie obciążenia emocjonalnego w poszczególnych grupach	

zawodowych – za „Die Zeit” na podstawie badania COPSQ Copenhagen Psychosocial Questionnaire. Źródło: Viciano 2007.....	26
Rycina 15. Radzenie sobie przez lekarzy z sytuacjami trudnymi za pomocą alkoholu. Opracowanie własne na podstawie danych: Szczyrba-Maróń, Wons 2008, s. 17 .....	26
Rycina 16. Radzenie sobie przez lekarzy z sytuacjami trudnymi za pomocą leków psychotropowych. Opracowanie własne na podstawie danych: Szczyrba-Maróń, Wons 2008, s. 17 .....	26
Rycina 17. Poziom zadowolenia z życia zawodowego wśród lekarzy. Źródło: Mundle i wsp. 2007, s. 274 .....	27
Rycina 18. Poziom zadowolenia z życia prywatnego wśród lekarzy. Źródło: Mundle i wsp. 2007, s. 274 .....	27
Rycina 19. Częstość odczuwania trudnych sytuacji przez pracowników Uniwersytetu Medycznego. Opracowanie własne na podstawie danych Szczyrba-Maróń, Wons 2008, s. 4.....	29
Rycina 20. Subiektywna ocena pracowników UMP i lekarzy skali ich narażenia na stres w miejscu pracy. Opracowanie własne na podstawie: Ziemska 2012, s. 114.....	30
Rycina 21. Błędne koło nadużywania leków. Jacobowski, Kunstmann, Schwantes. Źródło: Bundesaerztekammer DEUTschland 2007, s. 16.....	35
Rycina 22. Mechanizm wydłużonego czasu czynnego uzależnienia u lekarzy. Opracowanie własne .....	42
Rycina 23. Schemat PHP. Metody postępowania wobec lekarza z podejrzeniem problemu uzależnieniowego. Źródło: Keith i wsp. 2009, s. 139 .....	46
Rycina 24. Schemat IPV z Hamburga. Źródło: Beelmann 2004, s. 6.....	48
Rycina 25. Odsetek abstynencji badania Ontario Canada. Źródło: Mundle, Gottschaldt 2008, s. 18.....	52
Rycina 26. Płeć badanych (źródło: badania własne) .....	63
Rycina 27. Najczęściej deklarowane kierunki specjalizacji (źródło: badania własne)...	65
Rycina 28. Liczba posiadanych pod opieką dzieci (źródło: badania własne).....	65
Rycina 29. Liczba posiadanych pod opieką osób dorosłych (źródło: badania własne)..	65
Rycina 30. Poczucie obciążenia sytuacją opieki (źródło: badania własne) .....	66
Rycina 31. Zmiana stanu zdrowia od czasu podjęcia pracy w ocenie badanych (źródło: badania własne).....	67
Rycina 32. Najczęstsze obciążenia związane z pracą zawodową – w opinii	

ankietowanych (źródło: badania własne).....	69
Rycina 33. Palenie tytoniu (źródło: badania własne).....	72
Rycina 34. Liczba papierosów wypalana dziennie, przeciętnie w ciągu ostatnich 30 dni (źródło: badania własne).....	72
Rycina 35. Zmiana w nasileniu palenia tytoniu od okresu podjęcia pracy zawodowej (źródło: badania własne).....	74
Rycina 36. Zmiany w nasileniu częstości palenia tytoniu od okresu podjęcia pracy zawodowej (źródło: badania własne).....	74
Rycina 37. Odczuwanie niekorzystnych następstw zdrowotnych będących następstwem palenia tytoniu (źródło: badania własne).....	75
Rycina 38. Częstość konsumpcji alkoholu przez ankietowanych (źródło: badania własne).....	75
Rycina 39. Zmiana w częstości konsumpcji alkoholu po podjęciu pracy (źródło: badania własne).....	76
Rycina 40. Zmiany w wielkości konsumpcji alkoholu po podjęciu pracy zawodowej (źródło: badania własne).....	76
Rycina 41. Spożywanie alkoholi mieszanych/drinków .....	80
Rycina 42. Zamroczenie alkoholem w ostatnim miesiącu (źródło: badania własne).....	80
Rycina 43. CAGE – rozkład odpowiedzi na pytanie nr 1 (źródło: badania własne).....	81
Rycina 44. CAGE – rozkład odpowiedzi na pytanie nr 2 (źródło: badania własne).....	82
Rycina 45. CAGE – rozkład odpowiedzi na pytanie nr 3 (źródło: badania własne)....	82
Rycina 46. CAGE – rozkład odpowiedzi na pytanie nr 4 (źródło: badania własne).....	83
Rycina 47. CAGE – suma odpowiedzi twierdzących (źródło: badania własne).....	83
Rycina 48. Interpretacja testu CAGE (źródło: badania własne).....	84
Rycina 49. Poczucie ograniczeń zdrowotnych spowodowanych pić alkoholu (źródło: badania własne).....	84
Rycina 50. Odsetek badanych wymagających regularnego przyjmowania leków z powodu choroby przewlekłej (źródło: badania własne).....	85
Rycina 51. Spożywanie narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni (źródło: badania własne).....	87
Rycina 52. Korzystanie z ofert pomocy z powodu problemów związanych z zażywaniem środków uzależniających (źródło: badania własne).....	88
Rycina 53. Palenie aktualnie a poczucie obciążenia długimi godzinami pracy $p=0,018$	

(źródło: badania własne).....	90
Rycina 54. Palenie aktualnie a poczucie obciążenia pośpiechem i stresem w czasie pracy p=0,012 (źródło: badania własne).....	90
Rycina 55. Palenie aktualnie a długość stażu pracy p=0,027 (źródło: badania własne).	91
Rycina 56. Palenie aktualnie a poczucie obciążenia poprzez współpracę z personelem p=0,068 (źródło: badania własne).....	91
Rycina 57. Palenie aktualnie a poczucie obciążenia problemami prywatnymi p=0,066 (źródło: badania własne).....	92
Rycina 58. Ocena zdrowia fizycznego a spożywanie alkoholu p=0,054.....	93
Rycina 59. Zmiana w wielkości konsumpcji alkoholu po podjęciu pracy zawodowej a poczucie obciążenia wynikające z konieczności współpracy z przełożonymi p=0,067 (źródło: badania własne).....	94
Rycina 60. Zmiana ilości spożywanego alkoholu po podjęciu pracy a wiek badanych p=0,069 (źródło: badania własne).....	95
Rycina 61. Wielkość konsumpcji piwa w ostatnim miesiącu przed badaniem mierzona liczbą dni a obciążenie godzinami pracy p=0,024 (źródło: badania własne) .....	96
Rycina 62. Spożycie wina w ostatnim miesiącu w dniach a wiek badanych p=0,056 (źródło: badania własne).....	96
Rycina 63. Wielkość konsumpcji piwa mierzona liczbą dni w miesiącu a płeć p=0,000 (źródło: badania własne).....	97
Rycina 64. Wielkość konsumpcji mocnych alkoholi mierzona liczbą dni w miesiącu a płeć p=0,001 (źródło: badania własne).....	97
Rycina 65. Wielkość konsumpcji piwa w porcjach standardowych na dzień a płeć p=0,000 (źródło: badania własne).....	98
Rycina 66. Mocne alkohole – porcje standardowe na dzień a płeć p<0,001 (źródło: badania własne).....	98
Rycina 67. Piwo w miesiącu w dniach a opieka p<0,001 (źródło: badania własne) .....	99
Rycina 68. Mocne alkohole w miesiącu w dniach a opieka p=0,002 (źródło: badania własne).....	99
Rycina 69. Piwo – porcje standardowe na dzień a opieka p=0,001 (źródło: badania własne).....	100
Rycina 70. Mocne alkohole – porcje standardowe na dzień a opieka p=0,002 (źródło: badania własne).....	100

Rycina 71. Spożycie piwa w porcjach standardowych na dzień a poczucie obciążenia pracą zawodową p=0,047 (źródło: badania własne).....	101
Rycina 72. Spożycie piwa w porcjach standardowych na dzień a poczucie obciążenia godzinami pracy p=0,007 (źródło: badania własne).....	101
Rycina 73. Spożycie piwa w porcjach standardowych na dzień a poczucie obciążenie współpracą z kolegami p=0,062 (źródło: badania własne).....	102
Rycina 74. Dzienna wielkość konsumpcji wina w porcjach standardowych a poczucie obciążenia pracą zawodową p=0,077 (źródło: badania własne).....	103
Rycina 75. Spożycie wina w porcjach standardowych na dzień a wiek (źródło: badania własne).....	103
Rycina 76. Spożycie mocnych alkoholi w porcjach standardowych na dzień a wiek p=0,016 (źródło: badania własne).....	104
Rycina 77. Spożycie alkoholi mieszanych w porcjach standardowych na dzień a długość stażu pracy w m-cach p=0,046 (źródło: badania własne).....	105
Rycina 78. Zamroczenie alkoholem w okresie 30 dni przed badaniem a obciążenie dyżurami p=0,018 (źródło: badania własne).....	106
Rycina 79. Zamroczenie alkoholem w 30 dniach a godzenie życia zawodowego z prywatnym p=0,016 (źródło: badania własne) .....	106
Rycina 80. Zamroczenie alkoholem w 30 dniach a obciążenie pracą zawodową p=0,065 (źródło: badania własne).....	107
Rycina 81. Zamroczenie alkoholem w 30 dniach a wiek p=0,087 (źródło: badania własne).....	107
Rycina 82. Zażywanie narkotyków a ocena zdrowia psychicznego p=0,054 (źródło: badania własne).....	109

# ANEKS

## Kwestionariusz ankiety

Zwracamy się do Państwa z prośbą o szczerze wypełnienie poniższej ankiety. Jest ona całkowicie anonimowa, a jej wyniki posłużą jedynie do celów naukowych.

### I. Pytania dotyczące sytuacji zawodowej i zdrowotnej:

1) Jak opisał(a)by Pan/Pani swoje aktualnie zdrowie fizyczne? (W skali od 1-6, gdzie 1-Źle; 6-Wyśmienicie)

Źle / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / Wyśmienicie

2) Jak opisał(a)by Pan/Pani swoje aktualnie zdrowie psychiczne? (W skali od 1-6, gdzie 1-Źle; 6-Wyśmienicie)

Źle / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / Wyśmienicie

3) Czy stan Pana/Pani zdrowia zmienił się od czasu podjęcia pracy?

Nie	Trochę się pogorszył	Zdecydowanie się pogorszył	Trochę się polepszył	Zdecydowanie się polepszył

4) Jak mocno czuje się Pan/Pani obciążony/a pracą? (W skali od 1-6, gdzie 1-Zupełnie nieobciążony/a; 6-Skrajnie obciążony/a)

Zupełnie nieobciążony/a / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / Skrajnie obciążony/a

5) Przez co czuje się Pan/Pani w swojej pracy najbardziej obciążony?

.....

6) Jak dalece czuje się Pan/Pani obciążony/a przez poszczególne elementy swojej pracy? (W skali od 1-6, gdzie 1-Zupełnie nieobciążony/a; 6-Skrajnie obciążony/a)	Zupełnie nieobciążony/a	Skrajnie obciążony/a
Za długie godziny pracy	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ /	
Pośpiech i stres w czasie pracy	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ /	
Wspólna praca z przełożonymi	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ /	
Część administracyjna pracy	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ /	
Dyżury	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ /	
Współpraca z kolegami i koleżankami	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ /	
Współpraca z personelem pomocniczym (pielęgniarskim)	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ /	
Godzenie pracy z życiem prywatnym	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ /	

### II. Pytania związane z paleniem tytoniu:

7) Czy Pan/Pani pali? (Nie chodzi tu o okazjonalne zapalenie jednego papierosa, ale regularne palenie)

Tak  Nie

8) Jak wiele papierosów wypalał/a Pan/Pani dziennie, przeciętnie w ciągu ostatnich 30 dni?

Żadnego  1–5  6–10  11–20  21–40  powyżej 40

9) Czy pali Pan/Pani obecnie fajkę, cygara lub inne produkty tytoniowe (poza papierosami)? Tak  Nie

10) Przez w sumie ile lat swojego życia palił/a Pan/Pani?

Liczba lat ..... Nigdy nie paliłem/am

11) Ile razy próbował/a Pan/Pani na poważnie zerwać z paleniem?

Już ..... razy Ani razu

12) Czy spożycie nikotyny zmieniło się po podjęciu przez Pana/Panią pracy?

Tak  Nie  Nie palę

13) Jeśli tak, to jak dalece?

Palę teraz o wiele mniej niż przedtem	Palę teraz mniej niż przedtem	Palę teraz więcej niż przedtem	Palę teraz o wiele więcej niż przedtem

14) Czy odczuwa Pan/Pani zdrowotne ograniczenie wynikające z palenia tytoniu?

Absolutnie nie	Trochę	Umiarkowanie	Znacznie	Mocno

### III. Pytania związane z konsumpcją alkoholu:

15) Pije Pan/Pani alkohol?

Nigdy  Okazjonalnie  Często

Jeśli nigdy nie pije Pan/Pani alkoholu, proszę przejść od razu do pytania 28.

16) Czy ilość spożywanego alkoholu zmieniła się po podjęciu przez Pana/Panią pracy?

Tak  Nie

17) Jeśli tak, to jak dalece?

Piję teraz o wiele mniej niż przedtem	Piję teraz mniej niż przedtem	Piję teraz więcej niż przedtem	Piję teraz o wiele więcej niż przedtem

18) W ciągu ilu dni z ostatnich 30 w sumie konsumował/a Pan/Pani alkohol?

Piwo przez .....dni

Wino przez .....dni

Mocne alkohole .....dni

19) Jeśli pije Pan/Pani alkohol, jak wiele wypija Pan/Pani wówczas przeciętnie dziennie?

*(Proszę podać liczbę w porcjach standardowych.*

*Jedna porcja standardowa = 0,2 l piwa lub 0,10 l wina albo 0,02 l mocnych alkoholi)*

Piwo ..... porcji

Wino ..... porcji

Mocne alkohole ..... porcji

20) Jeśli pije Pan/Pani alkohole mieszane, jakie przede wszystkim?

.....

21) Jak wiele (proszę podać wg zasady z pyt. 19) pije Pan/Pani przeciętnie w ciągu dnia?

Alkohole mieszane ..... porcji

22) Jak często w ciągu ostatnich 30 dni doprowadził/a się Pan/Pani do stanu zamroczenia alkoholem?

Nigdy  1–3x  4–8x  częściej niż 8x

23) Miał Pan/Pani kiedykolwiek poczucie, że powinien/powinna Pan/Pani zmniejszyć ilość spożywanego alkoholu?

Tak  Nie

24) Czy zdarzyło się, że inni zdenerwowali Pana/Panią, krytykując Pana/Pani sposób picia?

Tak  Nie

25) Miał/a Pan/Pani już kiedyś poczucie winy w związku z pićm alkoholu?

Tak  Nie

26) Pił/a Pan/Pani już kiedyś alkohol od rana dla załagodzenia kaca (klin)?

Tak  Nie

27) Czy czuje Pan/Pani zdrowotne ograniczenie spowodowane pićm alkoholu?

Absolutnie nie	Trochę	Umiarkowanie	Znacznie	Mocno

#### IV. Pytania o zażywanie leków:

28) Czy cierpi Pan/Pani na jakąś chorobę przewlekłą, która wymaga regularnego przyjmowania leków?

Tak  Nie



29) Jakie leki musi Pan/Pani regularnie przyjmować?

.....

30) Jak często w przeciągu ostatniego miesiąca zażywał/a Pan/Pani następujące leki psychotropowe?

Nazwa leku	Częstotliwość zażywania w miesiącu					Sposób nabycia	
	nigdy	12x	3-4x	5-8x	codziennie	z osobistego przepisania	przepisany przez innego lekarza
Środki uspokajające i nasenne, takie anksjolityki jak np Stilnix, Lexotan, Dormicum, Xanax							
Inne środki uspokajające i nasenne; proszę wymienić .....							
Środki przeciwbólowe, jak np. Tramal czy Pyralgina							
Inne środki przeciwbólowe; proszę wymienić .....							
Leki psychostymulujące nootropowe, jak np. Vigil, Coffeinum, Nootropil, Vinpoton							
Inne środki psychostymulujące; proszę wymienić .....							

31) Czy ilość zażywanych leków zmieniła się po podjęciu przez Pana/Panią pracy?

Tak  Nie

32) Jeśli tak, to jak dalece?

Zażyvam teraz o wiele mniej niż przedtem	Zażyvam teraz mniej niż przedtem	Zażyvam teraz więcej niż przedtem	Zażyvam teraz o wiele więcej niż przedtem

33) Czy czuje Pan/Pani zdrowotne ograniczenie wynikające z używanie leków?

Absolutnie nie	Trochę	Umiarkowanie	Znacznie	Mocno

## V. Pytania dotyczące narkotyków:

34) Jak często w przeciągu ostatniego miesiąca spożywał/a Pan/Pani następujące leki narkotyki?

Nazwa substancji	Częstotliwość spożywania w miesiącu				
	nigdy	1-2x	3-4x	5-8x	codziennie
Cannabis/marihuana/haszysz					
Amfetamina					
Ecstasy					
Kocaina/Crak					
Opiaty					
Środki wziewne					
Inne, proszę wymienić: ..... .....					

35) Czy ilość spożywanych narkotyków zmieniła się po podjęciu przez Pana/Panią pracy?

Tak  Nie

36) Jak dalece?

Zażywam teraz o wiele mniej niż przedtem	Zażywam teraz mniej niż przedtem	Zażywam teraz więcej niż przedtem	Zażywam teraz o wiele więcej niż przedtem

37) Czuje się Pan/Pani zdrowotnie ograniczenie poprzez spożywanych narkotyków?

absolutnie nie	trochę	umiarkowanie	znacznie	mocno

## VI. Pytania dotyczące możliwości pomocy:

38) Czy z powodu problemów związanych z zażywaniem środków uzależniających korzystał/a już Pan/Pani kiedykolwiek z ofert pomocy?

Tak  Nie

39) Jeśli tak, to z powodu jakiego środka?

Nikotyna  Alkohol  Leki  Narkotyki

40) Z jakiej pomocy korzystał/a Pan/Pani? (można wybrać kilka)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anonimowi Alkoholicy          | <input type="checkbox"/> Grupy samopomocowe              |
| <input type="checkbox"/> Psychoterapeuta               | <input type="checkbox"/> Centrum interwencyjne           |
| <input type="checkbox"/> Psychiatra                    | <input type="checkbox"/> Lekarz rodzinny                 |
| <input type="checkbox"/> Psycholog                     | <input type="checkbox"/> Prywatnie, przyjaciele, znajomi |
| <input type="checkbox"/> Uzdrowiciel                   |  |
| <input type="checkbox"/> Inne możliwości, jakie: ..... |  |

**V. Metryczka:**

41) Płeć: K  M

42) Wiek .....

43) Ukończony kierunek studiów: .....

43) Jak długo jest Pan/Pani na stażu? .....

44) W kierunku jakiej specjalizacji skłaniają się Pana/Pani plany:

.....

45) Ile osób, za których codzienną opiekę jest Pan/Pani odpowiedzialny/a, mieszka z Panem/Panią?

.....dzieci                      .....dorosłych

46) W jakim wymiarze czuje się Pan/Pani dodatkowo obciążony/a przez te obowiązki?

Nieznacznie

Trochę

Raczej mocno

47) Jak mocno czuje się Pan/Pani obciążony/a problemami prywatnymi? (W skali od 1-6, gdzie 1-Zupełnie nieobciążony/a; 6-Skrajnie obciążony/a)

Zupełnie nieobciążony/a / \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_ / Skrajnie obciążony/a

**Serdecznie dziękuję za wypełnienie ankiety!**