

SPOŁECZNY WYMIAR ZDROWIA OSÓB UZALEŻNIONYCH THE SOCIAL ASPECT OF HEALTH AMONG THE ADDICTED

Julia Dziukiewicz^{1(E-G)}

¹Uniwersytet Śląski w Katowicach, Polska
University of Silesia in Katowice, Poland

Dziukiewicz, J. (2021). Społeczny wymiar zdrowia osób uzależnionych / The social aspect of health among the addicted, *Rozprawy Społeczne / Social Dissertations*, 15(3), 110-130. <https://doi.org/10.29316/rs/140515>

Wkład autorów/
Authors' contribution:
A. Zaplanowanie badań/
Study design
B. Zebranie danych/
Data collection
C. Dane – analiza i statystyki/
Data analysis
D. Interpretacja danych/
Data interpretation
E. Przygotowanie artykułu/
Preparation of manuscript
F. Wyszukiwanie i analiza
literatury/
Literature analysis
G. Zebranie funduszy/
Funds collection

Tabele/Tables: 4

Ryciny/Figures: 11

Literatura/References: 32

Otrzymano/Submitted:
08.04.2021

Zaakceptowano/Accepted:
27.06.2021

Streszczenie: Choroba we wszystkich swoich przejawach i stadiach ma specyficzne aspekty społeczne. Nie inaczej jest w przypadku uzależnienia, z którym nieodłącznie wiążą się narastające problemy w wielu obszarach życia. Celem pracy była ocena zdrowia społecznego osób uzależnionych, mierzona zakresem i rodzajem ich aktywności społecznej, subiektywną percepcją wsparcia oraz jakością życia zawodowego i relacji interpersonalnych.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowiły osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych (alkoholu, narkotyków) oraz pewnych zachowań (seksu i hazardu). Przebadano łącznie 237 osób – pacjentów poradni odwykowych. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, w oparciu o autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki: Z badań wynika, że zachowania nałogowe są przyczyną mniejszej aktywności społecznej oraz niewywiązywania się z pełnionych ról i zadań. Różne formy uzależnienia prowadzą też do nieprawidłowości w kontaktach społecznych oraz spadku wydajności pracy i jej jakości.

Wnioski: Przeprowadzone analizy teoretyczne i empiryczne udowadniają, że wszelkiego rodzaju uzależnienia – zarówno substancjalne, jak i behawioralne – prócz problemów psychofizycznych, generują także poważne szkody natury społecznej.

Słowa kluczowe: uzależnienie, zdrowie społeczne, funkcjonowanie w społeczeństwie, nałóg

Summary: The disease, in all its manifestations and stages, has specific social aspects. It is no different in the case of addiction, which is inherently increasing problems in many areas of life. The objective of this paper was to conduct an assessment of the social health of the addicted. It was measured through their range and type of social activity, subjective perception of the support as well as the quality of professional life and interpersonal relationships.

Material and methods: The study group consisted of people addicted to psychoactive substances (alcohol and drugs) and certain behaviors (sex and gambling). In total, 237 people who were patients of addiction centers were examined. The study was based on a questionnaire prepared by the researcher.

Results: The research shows that compulsive behaviors are the reason for decreased social activity and failure in performing given roles and tasks. Addiction also lead to abnormalities in social contacts and decreased quality and efficiency of work.

Conclusions: The conducted theoretical and empirical analyses demonstrate that all kinds of addictions, both in case of substances as well as behaviors, apart from psychophysical problems also generate major detriment of social nature.

Keywords: dependence, social health, living in the society, addiction

Adres korespondencyjny: Julia Dziukiewicz, Instytut Pedagogiki, Wydział Nauk Społecznych, Uniwersytet Śląski, Grażyńskiego 53, 40-126, Katowice, Polska; email: jdziukiewicz@us.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0003-4354-0464>

Copyright by: Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Julia Dziukiewicz

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Uzależnienie jako choroba i jej społeczne konsekwencje – ujęcie teoretyczne

Człowiek choruje nie tylko jako organizm biologiczny, lecz także jako osoba żyjąca wśród innych ludzi – istota przynależna do rozmaitych grup społecznych tworzących dane społeczeństwo. Traktowanie zdrowia i choroby w kategoriach psychospołecznego funkcjonowania jednostki zakłada, że całe jej życie związane jest z pełnieniem pewnych ról, tj. systemem względnie trwałych zachowań, zachodzących według obowiązujących w danej grupie norm i zasad (Tobiasz-Adamczyk, 2000). Zdrowie jest, więc stanem, w którym jednostka wykazuje zdolność efektywnego wywiązywania się z ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji, zaś choroba wskazuje na stan ogólnego zakłócenia umiejętności pełnienia ról czy wykonywania zadań zgodnego z normalnymi oczekiwaniami (Syrek, 2000).

Każda choroba we wszystkich swoich przejawach i stadiach (przyczyny, przebieg, konsekwencje) ma specyficzne aspekty społeczne. Może być spowodowana działaniem czynników środowiska społecznego, jak też sama może prowadzić do powstawania zakłóceń w życiu społecznym – nie tylko dla osoby chorej, ale także dla wszystkich ludzi, z którymi wchodzi ona w jakiegokolwiek interakcje społeczne (Tobiasz-Adamczyk, 2000).

Z uzależnieniem nieodłącznie wiążą się narastające problemy w wielu obszarach życia – w środowisku rodzinnym, w miejscu pracy, w społeczeństwie (Słowik-Gabryelska, 2006; por. Dziukiewicz, 2017). Problemy te dotyczą zarówno samej osoby chorej, jak i różnych grup społecznych (Ryszkowski i in., 2015). Intoksykacja narkotyczna oraz nadużywanie alkoholu są przyczyną różnego typu wypadków. Wypadki drogowe, wypadki przy pracy, pożary czy utonięcia pod wpływem substancji psychoaktywnych zwykle związane są z wydłużonym czasem reakcji na bodźce, pogorszoną koordynacją wzrokowo-ruchową, obniżoną sprawnością logicznego myślenia, nierealistyczną oceną swoich możliwości lub zmniejszoną kontrolą nad własnym zachowaniem. Wyniki prowadzonych dotychczas badań wskazują, że używanie środków odurzających zwiększa ryzyko wypadku przy pracy od 3 do 4 razy, a ryzyko wypadku poza nią – od 4 do 6 razy (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004).

W prowadzonych statystykach przestępstw i wykroczeń wyraźny jest także związek picia alkoholu z popełnianiem czynów karalnych. Według danych statystycznych, blisko 26% sprawców wszystkich zachowań o charakterze przestępczym pozostaje pod wpływem alkoholu (Niewiadomska, Sikorska-Głodowicz, 2004). Wśród działań zmierzających do zdobycia środków uzależniających dominują najczęściej kradzieże, włamania i rozboje (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004). Trudności w dostosowaniu się do norm społecznych są również przyczyną uzależnień behawioralnych. Wystę-

Addiction as a disease and its social consequences – theoretical approach

Man falls ill not only as a biological organism, but also as a person living among other people – a being belonging to various social groups that make up a given society. Treating health and illness in terms of the psychosocial functioning of an individual assumes that their whole life is associated with the performance of certain roles, i.e., a system of relatively permanent behaviors, taking place according to the norms and rules applicable in each group (Tobiasz-Adamczyk, 2000). Thus, health is a state in which an individual shows the ability to effectively perform the roles and tasks assigned to them by means of socialization, and disease indicates a state of general disruption of the ability to perform roles or perform tasks in accordance with normal expectations (Syrek, 2000).

Each disease in all its manifestations and stages (causes, course, consequences) has specific social aspects. It can be caused by the effects of social environment factors, and it can also lead to disturbances in social life – not only for the person experiencing it, but also for all people with whom they enter any social interactions (Tobiasz-Adamczyk, 2000).

Addiction is inherently associated with growing problems in many areas of life – in the family environment, in the workplace, in society (Słowik-Gabryelska, 2006; cf. Dziukiewicz, 2017). The problems concern both the addicted person and various social groups (Ryszkowski et al., 2015). Narcotic intoxication and alcohol abuse are causes of various types of accidents. Road accidents, accidents at work, fires or drowning under the influence of psychoactive substances are usually associated with a prolonged reaction time to stimuli, impaired eye-hand coordination, reduced efficiency of logical thinking, unrealistic assessment of one's abilities or reduced control over one's own behavior. Results of the studies conducted so far indicate that the use of intoxicants increases the risk of an accident at work by 3 to 4 times, and the risk of an accident outside work – by 4 to 6 times (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004).

The relationship between drinking alcohol and committing criminal acts is also clear in the statistics of crimes and petty offenses kept. According to statistical data, nearly 26% of the perpetrators of all criminal behavior are under the influence of alcohol (Niewiadomska, Sikorska-Głodowicz, 2004). The most common activities aimed at obtaining addictive substances are thefts, burglaries, and robberies (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004). Difficult adjustment to social standards is also the cause of behavioral addiction. Excessive impulsiveness and problems with maintaining self-discipline occurring in pathological players are reflected in the manifestation of socially unrecognized acts, including criminal ones (Niewiadomska, Brzezińska,

pująca u patologicznych graczy nadmierna impulsywność i kłopoty z utrzymaniem samodyscypliny znajdują wyraz w przejawianiu czynów nieznananych społecznie, w tym też przestępczych (Niewiadomska, Brzezińska, Lelonek, 2005). Z kolei brak środków finansowych wynikający z dezorganizacji pracy i nadmiernych wydatków związanych z zaspokajaniem potrzeb seksualnych doprowadza niekiedy erotomanów do popełniania przestępstw nie tylko tych rabunkowych, ale często także seksualnych (Niewiadomska, Chwaszcz, Kołodziej, Śpila, 2005).

Narkomania, alkoholizm nieuchronnie prowadzą także do szeregu patologii w rodzinie. Powodują rozbitcie więzi rodzinnych, ubożenie czy wręcz ubóstwo rodzin, zagrożenie członków rodziny chorobami zakaźnymi i wenerycznymi, wreszcie – przemoc w rodzinie i zaniedbywanie dzieci wynikające z całkowitej niezdolności pełnienia funkcji opiekuńczych i wychowawczych. Wypadanie z ról społecznych i rodzinnych prowadzi do porzucania domu, rodziny, pracy, przyjaciół. Ostatecznie, nałóg staje się przyczyną zawężania życiowych celów, dążeń i aspiracji do sfery zdobycia używki (Słowik-Gabryelska, 2006).

Metodologiczne konteksty przeprowadzonych badań – cel, zakres oraz sposób zbierania danych

Zgodnie ze współczesną, holistyczną koncepcją zdrowia wymiar społeczny odgrywa niezwykle istotną rolę oraz znacząco wpływa na pozostałe komponenty poczucia dobrostanu. Przedstawione we wstępie niniejszej pracy rozważania teoretyczne kreślą obraz wyraźnie destrukcyjnego wpływu uzależnienia na tę sferę ludzkiego funkcjonowania, a tym samym na całokształt zdrowia człowieka. Chcąc jednak pozyskać bardziej szczegółowe dane, podjęto eksploracje badawcze, których celem była ocena zdrowia społecznego osób uzależnionych, mierzona zakresem i rodzajem ich aktywności społecznej, subiektywną percepcją wsparcia społecznego oraz jakością życia zawodowego i relacji interpersonalnych.

Badania zaplanowane zostały jako diagnostyczne, tym samym w toku conceptualizacji zrezygnowano ze stawiania hipotez przyjmując stanowisko A. Maszke (2008) i S. Juszczyka (2005) zdaniem, których w badaniach mających na celu poznanie i dokonanie opisu danego stanu rzeczy, nie ma potrzeby, a wręcz nie zaleca się formułowania jakichkolwiek wstępnych przypuszczeń, gdyż mogą one wywierać wpływ na ostateczny rezultat podjętych analiz. Jednocześnie – z uwagi na przyjęty paradygmat ilościowy – zdecydowano się na zastosowanie metody sondażu diagnostycznego z techniką ankiety. Narzędziem gromadzenia danych był autorski kwestionariusz ankiety. Zawarte w nim pytania i twierdzenia obejmowały najważniejsze cechy socjo-demograficzne respondentów (płeć, wiek,

Lelonek, 2005). On the other hand, no financial resources resulting from the disorganization of work and excessive expenses related to satisfying sexual needs sometimes results in erotomaniacs committing offenses not only of robbery, but also often sexual (Niewiadomska, Chwaszcz, Kołodziej, Śpila, 2005).

Drug addiction, alcoholism also inevitably result in a number of pathologies in the family. They cause the breakdown of family ties, impoverishment or even poverty of families, the threat of family members getting infectious and venereal diseases, and finally – domestic violence and neglect of children resulting from the total inability to perform care and educational functions. Dropping out of social and family roles leads to abandoning home, family, work, and friends. Ultimately, addiction becomes the cause of narrowing life goals, aspirations, and aims to obtaining a stimulant only (Słowik-Gabryelska, 2006).

Methodological contexts of the conducted research – purpose, scope, and method of data collection

Pursuant to the modern, holistic concept of health, the social dimension plays an extremely important role and significantly influences other components of the sense of well-being. The theoretical considerations presented in the introduction to this paper paint an image of the clearly destructive impact of addiction on this sphere of human functioning, and thus on the overall health of human beings. However, to obtain more detailed data, research was undertaken to assess the social health of addicts, measured by the scope and type of their social activity, subjective perception of social support and the quality of professional life and interpersonal relations.

The research was planned as diagnostic, thus during conceptualization, hypotheses were abandoned, adopting the position of A. Maszke (2008) and S. Juszczyk (2005), according to which there is no need for making any preliminary assumptions in research aimed at learning and describing a given situation, in fact, it is not recommended, as they may have an impact on the final result of the analyzes undertaken. At the same time – due to the adopted quantitative paradigm – it was decided to use the diagnostic survey method with the questionnaire technique. A propriety questionnaire was a data collection tool. The questions and statements it contained included the most important socio-demographic characteristics of the respondents (gender, age, level of education, professional status) and selected aspects of social

poziom wykształcenia, status zawodowy) oraz wybrane aspekty dobrostanu społecznego. Badani odpowiadali na pytania dotyczące m.in. podejmowanych form aktywności, zdolności do pozytywnej realizacji zadań i ról społecznych, źródeł wsparcia, problemów doświadczanych w miejscu pracy oraz więzi społecznych.

Jako teren badań wybrano ośrodki terapii uzależnień zlokalizowane w różnych miastach województwa Śląskiego: Katowicach, Zabrze, Sosnowcu, Siemianowicach Śląskich, Dąbrowie Górniczej, Tychach. Dobór próby miał charakter celowy i opierał się na kryteriach medycznych. Do udziału w badaniach zaproszono zarówno osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych (alkoholu, narkotyków), jak i różnego rodzaju zachowań (głównie seksu i hazardu). W badaniach wzięło udział 250 osób – pacjentów poradni odwykowych. Z tej próby badawczej, do dalszych analiz zakwalifikowano 237 ankiet. Zgodnie z literaturą przedmiotu (zob. Pilch, Bauman, 2001) można przyjąć, że liczba ta jest wystarczająca do przeprowadzenia badań (próba licząca co najmniej 100 jednostek, to próba duża).

well-being. Respondents answered questions concerning, inter alia, the forms of activity undertaken, the ability to positively implement tasks and social roles, sources of support, problems experienced in the workplace and social ties.

Addiction therapy centers located in various cities of the Śląskie Voivodeship: Katowice, Zabrze, Sosnowiec, Siemianowice Śląskie, Dąbrowa Górnicza and Tychy were selected as the research area. The selection of the sample was deliberate and based on medical criteria. People addicted to psychoactive substances (alcohol, drugs) and various types of behavior (mainly sex and gambling) were invited to participate in the research. The study involved 250 people – patients of drug addiction clinics. From this research sample, 237 questionnaires were qualified for further analysis. According to the literature on the subject (see Pilch, Bauman, 2001), it can be assumed that this number is sufficient to conduct research (a sample of at least 100 units is a large sample).

Tabela 1. Charakterystyka osób badanych (N=237)

Table 1. Characteristics of respondents (N=237)

Cechy socjo-demograficzne / Socio-demographic features		Liczba / Number	Procent / Percent
Płeć / Sex	Kobieta / Female	82	34.60
	Mężczyzna / Male	155	65.40
Wiek / Age	18–29	39	16.45
	30–39	67	28.27
	40–49	65	27.43
	50–59	47	19.83
	60–69	19	8.02
Poziom wykształcenia / Level of education	Wyższe / Higher	40	16.88
	Średnie / Secondary	116	48.95
	Zawodowe / Vocational	64	27.00
	Podstawowe / Primary	17	7.17
Status zawodowy / Professional status	Pracujący / Employed	161	67.93
	Bezrobotny / Unemployed	64	27.01
	Emeryt/ rencista / Pensioner / retiree	12	5.06

Źródło: opracowanie własne.
Source: own study.

Badaną populację stanowiło 65,40% (n=155) mężczyzn i 34,60% (n=82) kobiet w przedziale wiekowym 18-69 lat. Średni wiek respondentów w przybliżeniu wynosił 42 lata. Z zestawień charakteryzujących próbę badawczą (tab. 1.) wynika również, że najliczniej reprezentowane były osoby aktywne zawodowo (n=161; 67,93%) oraz legitymujące się wykształceniem na poziomie średnim (n=116; 48,95%).

The study population consisted of 65.40% (n=155) men and 34.60% (n=82) women in the 18-69 age group. The average age of the respondents was approximately 42 years. The comparisons characterizing the research sample (Table 1) also show that economically active people (n=161; 67.93%) and people with secondary education (n=116; 48.95%) were the most numerous.

Rezultaty eksploracji badawczych – wyniki i ich dyskusja

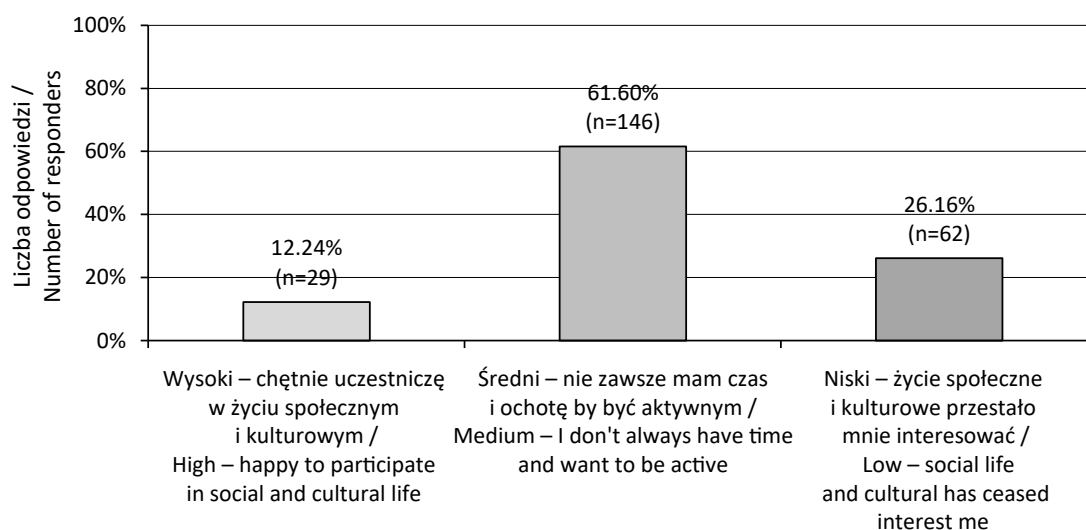
Aktywność społeczna

Ponieważ Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje dobrostan społeczny jako funkcjonowanie w relacjach ze środowiskiem – stopień w jakim ludzie są aktywni w życiu tych społeczności, którymi są członkami (Tobiasz-Adamczyk, 2000), analizę tej części badań rozpoczęto od ustalenia jak respondenci oceniają własną aktywność i funkcjonowanie w życiu społecznym (ryc. 1.).

Results of research exploration – results and discussion

Social activity

As the World Health Organization (WHO) defines social well-being as functioning in relationships with the environment – the degree to which people are active in the life of communities they are members of (Tobiasz-Adamczyk, 2000), the analysis of this part of the study began with determining how respondents evaluate their own activity and functioning in social life (Fig. 1.).



Rycina 1. Ocena własna poziomu aktywności społecznej i funkcjonowania w życiu społecznym (N=237)

Figure 1. Self-assessment of the level of social activity and functioning in social life (N=237)

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

Jak się okazało, większość badanych (n=146; 61,60%) ocenia swoje funkcjonowanie społeczne na poziomie średnim, przyznając tym samym, że nie zawsze ma czas i ochotę na bycie aktywnym wśród ludzi (ryc. 1.). Znacznie gorzej ocenia tę sferę swojego zdrowia 26,16% (n=62) ankietowanych. Są to osoby, dla których życie społeczne i kulturowe przestało być interesujące. Poczucie dobrostanu społecznego deklaruje – niestety – najmniej liczna grupa osób (n=29; 12,24%). Analiza testem χ^2 zgodności wykazała, że różnice te są statystycznie istotne, $\chi^2(2) = 92,13; p < 0,001$.

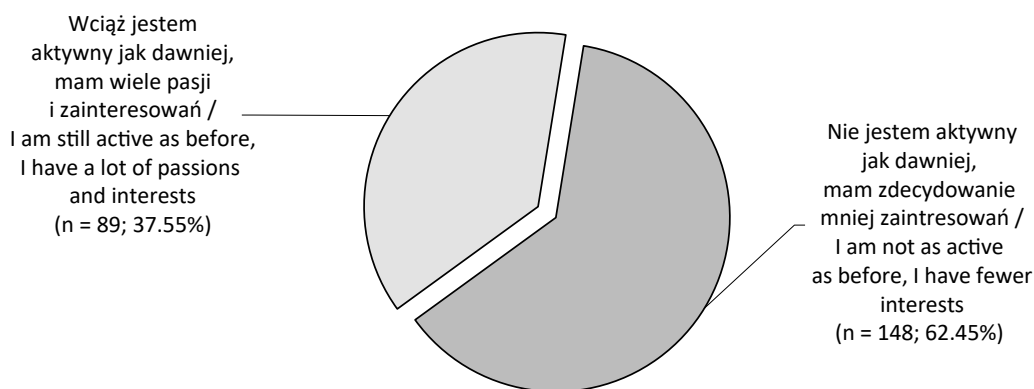
Biorąc pod uwagę liczbę respondentów, której ocena funkcjonowania społecznego ma raczej czy też zdecydowanie negatywny wymiar, starano się ustalić czy choroba była przyczyną zmiany aktywności i zainteresowań. Wyniki przeprowadzonych badań wyraźnie wskazują, że jakkolwiek nałóg nie jest obojętny dla tego obszaru życia. Ponad połowa respondentów (n=148; 62,45%) zadeklarowała, bowiem, że to właśnie uzależnienie spowodowało znacznie mniejszą aktywność i zawężenie zainteresowań. Tymczasem, jak przekonuje R. Poprawa (2001), umiejętność zaangażowania się w działanie i oddania się w pełni dążeniu do jakichś war-

As it turned out, most of the respondents (n=146; 61.60%) assess their social functioning at an average level, admitting that they do not always have the time and willingness to be active among people (Fig. 1). 26.16% (n=62) of the respondents assessed this sphere of their health much worse. They are people for whom social and cultural life has ceased to be interesting. The feeling of social well-being is declared – unfortunately – by the least numerous group of people (n=29; 12.24%). An analysis using the χ^2 concordance test showed that these differences are statistically significant, $\chi^2(2) = 92.13; p < 0.001$.

Considering the number of respondents whose assessment of social functioning has a rather or definitely negative dimension, an attempt was made to determine whether their disease was the cause of the change in activity and interests. The results of the conducted research clearly show that any addiction is not indifferent to this area of life. Over half of the respondents (n=148; 62.45%) declared that it was their addiction that caused much less activity and reduced interests. Meanwhile, as R. Poprawa (2001) argues, the ability to engage in action and devote ourselves fully to pursuing some worthwhile goals

tościowych celów jest niezwykle istotna w kontekście zdrowienia i niwelowania złego samopoczucia spowodowanego abstynencją. Pozostała grupa badanych osób (n=89; 37,55%) nie dostrzega takiej zależności, uważając, że wciąż jest aktywna jak dawniej i jednocześnie ma wiele pasji i zainteresowań (ryc. 2.). Różnica w proporcjach odpowiedzi była statystycznie istotna, $\chi^2(1) = 14,20; p < 0,001$.

is extremely important in the context of healing and eliminating malaise caused by abstinence. The remaining group of respondents (n = 89; 37.55%) did not perceive such a relationship, believing that they are still active as before and at the same time have many passions and interests (Figure 2). The difference in the proportions of the responses was statistically significant, $\chi^2(1) = 14.20; p < 0.001$.



Rycina 2. Zmiana aktywności i zainteresowań na skutek uzależnienia (N=237)

Figure 2. Change in activities and interests as a result of addiction (N=237)

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

Dodatkowo dla uzyskania pełnego obrazu aktywności społecznej badanej populacji, respondentów zapytano jakie są jej przejawy – formy (tab. 2.).

What is more, to obtain a complete picture of the social activity of the surveyed population, the respondents were asked about its manifestations – forms (Table 2).

Tabela 2. Formy aktywności podejmowane przez pacjentów poradni odwykowych (N=237)*

Table 2. Activities undertaken by patients in drug addiction clinics (N=237)*

Wyszczególnienie / Description	Liczba / Number	Procent z całości / Percentage of the total
Wyjścia do kina / Going to the cinema	89	37.55
Spotkania ze znajomymi i przyjaciółmi, by porozmawiać / Meeting friends and acquaintances to chat	132	55.70
Wyjścia do teatru / Going to the theater	29	12.24
Uczestnictwo w zajęciach o profilu zgodnym z zainteresowaniami / Participation in classes with a profile corresponding to your interests	41	17.30
Wolontariat i pomoc innym / Volunteering and helping others	20	8.44
Spędzanie wolnego czasu w domu, oglądając TV, czytając / Spending free time at home, watching TV, reading	151	63.71
Inne / Other	22	9.28

* Liczba wskazań nie sumuje się do 100% (237), ponieważ można było dokonać więcej niż jednego wyboru / The number of responses does not add up to 100% (237) as more than one selection could be made.

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

Analiza testem χ^2 zgodności wykazała, że różnice w częstościach odpowiedzi dotyczących form aktywności podejmowanych przez pacjentów poradni odwykowej były statystycznie istotne, $\chi^2(6) = 261,60; p < 0,001$. Ustalono, że badani najczęściej wybierają najmniej aktywny sposób spędzania cza-

Analysis using the χ^2 concordance test showed that the differences in the frequency of responses regarding the activities undertaken by the patients of the drug addiction clinic were statistically significant, $\chi^2(6) = 261.60; p < 0.001$. It was found that the respondents most often choose the least

su wolnego – aż 63,71% (n=151) deklaruje, że pozostaje w domu i ogląda telewizję lub czyta. Na drugim i trzecim miejscu znalazły się odpowiednio, spotkania ze znajomymi czy przyjaciółmi, by porozmawiać (n=132; 55,70%) i wyjścia do kina (n=89; 37,55%). Niewiele respondentów wskazywało na uczestnictwo w zajęciach czy warsztatach pozwalających rozwijać własne pasje i zainteresowania – takiej odpowiedzi udzieliło 41 ankietowanych (17,30%). Zdecydowanie najrzadziej wybieraną formą aktywności były wyjścia do teatru (n=29; 12,24%) i – niestety – wolontariat (n=20; 8,44%). Wydaje się, że właśnie zaangażowanie w pomoc innym dzięki poczuciu przynależności do społeczeństwa, świadomości bycia potrzebnym drugiemu człowiekowi może zapobiegać alienacji i istotnie wpływać na polepszenie jakości życia. Niektórzy badani (n=22; 9,28%) preferowali inne niż wyszczególnione rodzaje aktywności (tab. 2.), głównie te o charakterze sportowym, choć pojawiały się również wyjścia do galerii sztuki, wyjścia na koncerty i podróże.

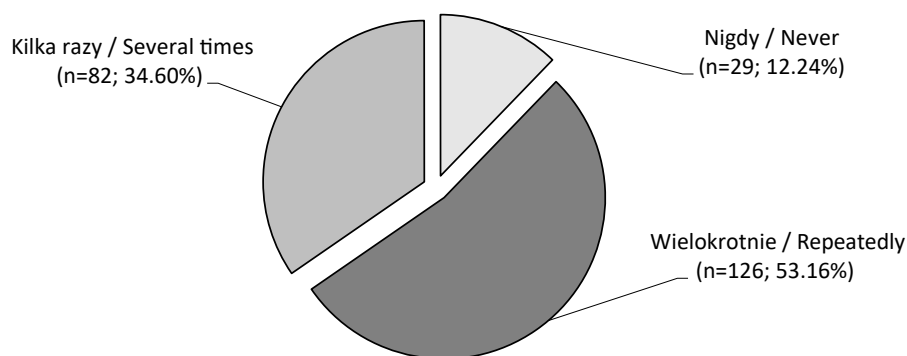
O zdrowiu człowieka decyduje jego zdolność do pozytywnej realizacji zadań, które sam sobie wyznacza lub które są mu społecznie narzucone. Innymi słowy jest to umiejętność wywiązywania się przez jednostkę z oczekiwań stawianych wobec niej – efektywność pełnienia ról – nawiązywania, utrzymywania i modyfikowania relacji interpersonalnych, wczuwania się w sytuacje innych, wykonywania obowiązków w rodzinie lub w grupach nieformalnych (Tobiasz-Adamczyk, 2000).

Mając, to na uwadze badanych zapytano, czy – ich zdaniem – nałóg przyczynił się do zaniedbywania obowiązków i która z pełnionych ról społecznych ucierpiała najbardziej w związku z przeżywaną chorobą. Wyniki badań przedstawiają rycynę 3. i 4.

active way of spending their free time – as many as 63.71% (n=151) declare that they stay at home and watch TV or read. The second and third positions were taken respectively by meetings with acquaintances or friends to talk (n=132; 55.70%) and going to the cinema (n=89; 37.55%). Few of the respondents indicated participation in classes or workshops that enable developing their own passions and interests – such an answer was given by 41 respondents (17.30%). The least frequently chosen form of activity was going to the theater (n=29; 12.24%) and – unfortunately – volunteering (n=20; 8.44%). It seems that it is precisely involvement in helping others thanks to a sense of belonging to society and the awareness of being needed by another human being that can prevent alienation and significantly improve the quality of life. Some respondents (n=22; 9.28%) preferred activities other than those specified (Table 2), mainly sports, although there were also visits to art galleries, concerts, and travels.

Human health is determined by his ability to positively implement tasks that they assign to themselves or that are socially imposed on them. In other words, it is the individual's ability to fulfill the expectations set for him – the effectiveness of performing roles – establishing, maintaining, and modifying interpersonal relations, empathizing with the situations of others, performing duties in the family or in informal groups (Tobiasz-Adamczyk, 2000).

The respondents were asked whether – in their opinion – addiction contributed to the neglect of duties and which social roles performed most suffered as a result of the addiction experienced. The test results are presented in Figures 3 and 4.



Rycina 3. Zaniedbywanie obowiązków z powodu uzależnienia (N=237)

Figure 3. Neglect of duties due to addiction (N=237)

Źródło: opracowanie własne.

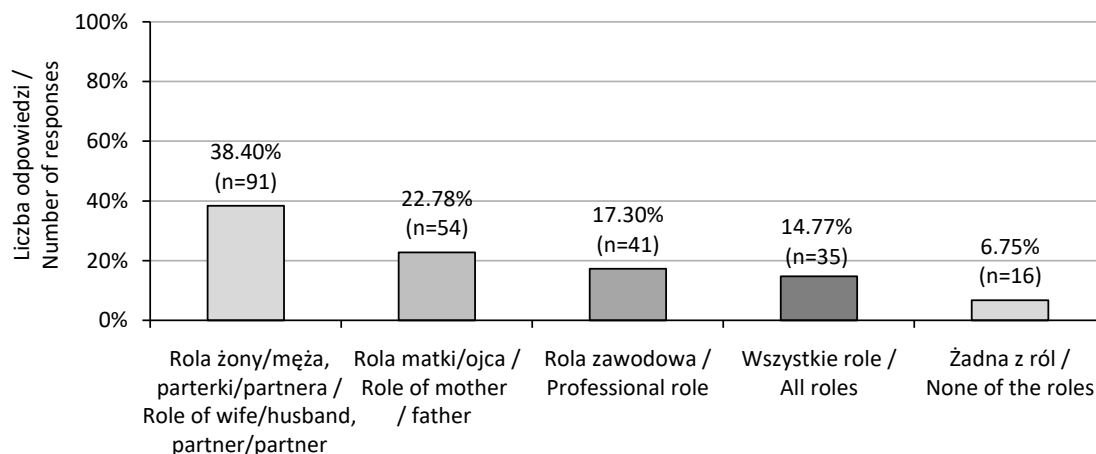
Source: own study.

Przeważająca część badanych (n=208; 87,76%) dostrzega negatywny wpływ uzależnienia na realizację różnego rodzaju zadań (ryc. 3.). W grupie tej

Most of the respondents (n=208; 87.76%) see a negative impact of addiction on the performance of various types of tasks (Fig. 3). In this group,

aż 53,16% ankietowanych (n=126) przyznało się do wielokrotnego zaniedbywania swoich obowiązków. Pozostali respondenci (n=82; 34,60%) deklarowali, że jedynie kilka razy zdarzyło im się nie wywiązać z oczekiwań stawianych przez siebie czy też innych. W badanej populacji są również osoby – choć nieliczne – których zdaniem nałóg nigdy nie rzutował na jakość wykonywanych obowiązków (n=29; 12,24%). Różnica w proporcjach odpowiedzi była statystycznie istotna, $\chi^2(2) = 59,72; p < 0,001$.

as many as 53.16% of the respondents (n=126) admitted to repeatedly neglecting their duties. Other respondents (n=82; 34.60%) declared that they did not meet the expectations of themselves or others only a few times. There are also people in the study population – although not many – who, in their opinion, have never had an addiction influence the quality of their duties (n=29; 12.24%). The difference in the proportions of the responses was statistically significant, $\chi^2(2) = 59.72; p < 0.001$.



Rycina 4. Rola społeczna, która ucierpiała na skutek uzależnienia (N=237)

Figure 4. The social role that suffered as a result of addiction (N=237)

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

Wśród wymienionych ról społecznych, jako tę, która najbardziej ucierpiała z powodu uzależnienia badani wskazywali najczęściej rolę żony/męża czy też partnerki/partnera (n=91; 38,40%), nieco rzadziej rolę rodzica (n=54; 22,78%). Taka tendencja w odpowiedziach respondentów nie jest zaskakująca, osoby uzależnione bardzo często pozostają w konfliktach ze swoimi bliskimi lub żyją samotnie, ponieważ za skutek uzależnienia ich rodziny, związku i bliskie relacje rozpadły się (Chmielewska, 2020). Na trzecim miejscu wskazywano rolę zawodową (n=41; 17,30%). Niektórzy respondenci uważają, że choroba niekorzystnie wpłynęła na wszystkie pełnione przez nich role (n=35; 14,77%). Takiej zależności nie dostrzega natomiast 6,75% ankietowanych (n=16), którzy z całą stanowczością deklarują że żadna z wymienionych ról nie ucierpiała z powodu choroby. Generalnie stwierdzić trzeba, że w przypadku zdecydowanej większości badanych (n= 221; 93,24%) – czego należało się spodziewać – uzależnienie nie jest obojętne dla pełnionych ról społecznych i znacząco wpływało na ich jakość (ryc. 4.). Różnica w proporcjach odpowiedzi była statystycznie istotna, $\chi^2(4) = 65,93; p < 0,001$.

Among the listed social roles, the role of the wife / husband or partner (n=91; 38.40%), slightly less often the role of a parent (n=54; 22.78%) was most often indicated as the one that suffered the most from addiction. Such a tendency among the responses is not surprising, addicted people very often remain in conflict with their relatives or live alone, because their families, relationships and close relationships have broken up due to addiction (Chmielewska, 2020). The occupational role was indicated as the third (n=41; 17.30%). Some respondents believe that addiction adversely affected all their roles (n=35; 14.77%). Such a relationship is not noticed by 6.75% of the respondents (n=16), who decisively declare that none of the mentioned roles suffered from the disease. In general, it should be stated that in the case of most respondents (n=221; 93.24%) – which was to be expected – addiction is not indifferent to the social roles performed and significantly influenced the quality of them (Fig. 4). The difference in the proportions of the responses was statistically significant, $\chi^2(4) = 65.93; p < 0.001$.

Wsparcie społeczne

Aby pomóc pacjentom uzależnionym w ich codziennym funkcjonowaniu, niezmiernie istotne

Social support

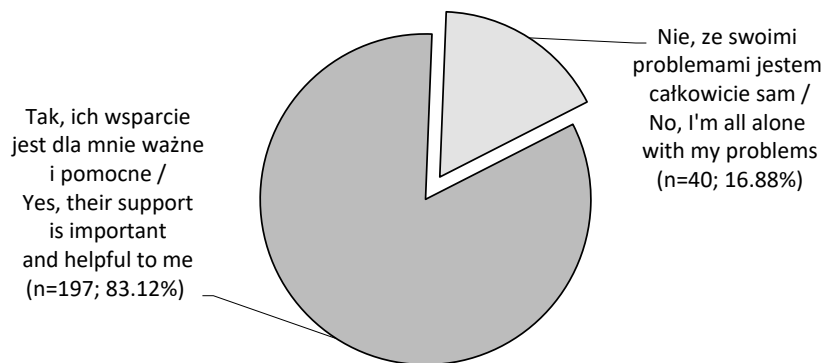
To help addicted patients in their daily functioning, it is extremely important that, in the

jest, by w procesie terapeutycznym osoby te uczyły się umiejętności zwiększających kontrolę poznawczą nad emocjami i zachowaniem oraz konstruktywnego radzenia sobie w wielu sytuacjach życiowych, w tym także efektywnego radzenia sobie ze stresem bez pomocy środków psychoaktywnych czy też uciekania w różnego rodzaju zachowania. Równie ważne jest, żeby potrafiły szukać pomocy z zewnątrz w kontakcie z osobami bliskimi, grupami samopomocowymi lub innymi podmiotami (środowisko pracy, organizacje społeczne) mogącymi udzielić wsparcia w razie pojawienia się sytuacji trudnej (Ukalisz, 2013). Wsparcie społeczne z perspektywy strukturalnej ujmowane jest jako „obiektywnie istniejące i dostępne sieci społeczne, które wyróżniają się tym, że poprzez fakt istnienia więzi, kontaktów społecznych, przynależności pełnią funkcję pomocną wobec osób znajdujących się w trudnej sytuacji” (Kirenko, Byra, 2011, s. 106). W rozważaniach nad wsparciem istniejącym obiektywnie i dostępnym jako pomocna sieć więzi społecznych uwzględnia się różne źródła wsparcia. Zwykle dzielone są na rodzinne (współmałżonek, rodzice, dzieci, rodzeństwo i dalsi krewni), przyjacielskie i towarzyskie oraz sąsiedzkie. Niekiedy wyróżnia się również współpracowników lub przełożonych, grupy wyznaniowe a także osoby profesjonalnie zajmujące się udzielaniem pomocy – lekarze, terapeuci, pracownicy socjalni (Sęk, Cieślak, 2012). Niezależnie jednak od źródeł przyjmuje się, że wsparcie społeczne jest niezbędne dla osiągnięcia sukcesu także w obszarze zdrowia (Wiśniewska, 2017). Ludzie mający tego typu zasoby są w lepszej kondycji, a w razie choroby stan ich zdrowia szybko ulega poprawie (Bulska, 2017).

Mając świadomość jak doniosłą rolę odgrywa wsparcie społeczne w obliczu problemów zdrowotnych, postanowiono sprawdzić, czy badani w swoim otoczeniu znajdują osoby pomocne w trudnych sytuacjach i – jeśli tak, – jakie są to osoby (ryc. 5 i tab. 3.).

therapeutic process, the people learn skills that increase cognitive control over emotions and behavior, as well as constructive coping in many life situations, including coping effectively with stress without the help of psychoactive substances or to resort to various kinds of behavior. It is equally important for them to be able to seek external help in contact with relatives, self-help groups or other entities (work environment, social organizations) that can provide support in the event of a difficult situation (Ukalisz, 2013). From a structural perspective, social support is understood as “the objectively existing and accessible social networks, distinguished by the fact that through the existence of bonds, social contacts and affiliation, they play a helpful role towards people in a difficult situation” (Kirenko & Byra, 2011, p 106). Various sources of support are considered when analyzing the objectively existing support that is available as a helpful network of social ties. They are usually divided into the family (spouse, parents, children, siblings, and distant relatives), friendly and social, and neighborhood ones. Sometimes there are also co-workers or superiors, religious groups as well as people professionally involved in providing help – doctors, therapists, social workers (Sęk, Cieślak, 2012). Regardless of the sources, however, it is assumed that social support is necessary for success also around health (Wiśniewska, 2017). People with this type of resources are in a better condition, and in the event of illness, their health quickly improves (Bulska, 2017).

Being aware of the important role of social support in the face of health problems, it was decided to check whether the respondents found people helpful in difficult situations in their environment and – if so – who they were (Fig. 5 and Table 3).



Rycina 5. Obecność osób pomocnych w trudnych sytuacjach (N=237)

Figure 5. Presence of people helping in difficult situations (N=237)

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

Tabela 3. Osoby będące źródłem wsparcia dla badanych (N=197)*
Table 3. People who are a source of support for the respondents (N=197)*

Wyszczególnienie / Description	Liczba / Number	Procent / Percent
Mąż/żona, partner/partnerka / Husband / wife, partner	76	38.58
Rodzice / Parents	44	22.34
Dzieci / Children	55	27.92
Rodzeństwo / Siblings	32	16.24
Dalsi krewni / Distant relatives	9	4.57
Znajomi / Acquaintances	18	9.14
Przyjaciele / Friends	47	23.86
Członkowie grupy terapeutycznej / Members of a therapeutic group	15	7.61
Członkowie Wspólnoty AA / Members of the AA Community	27	13.71
Terapeuta, lekarz / Therapist, doctor	11	5.58
Brak odpowiedzi / No response	26	13.20

* Można było dokonać więcej niż jednego wyboru; na pytanie odpowiadali jedynie respondenci, którzy wcześniej zadeklarowali obecność osób pomocnych w trudnych sytuacjach / More than one choice could be made; the question was answered only by the respondents who had previously declared the presence of helpful people in difficult situations.

Źródło: opracowanie własne.
 Source: own study.

Wyniki badań wskazują, że zdecydowana większość respondentów (n=197; 83,12%) otrzymuje wsparcie w chwilach trudnych i przełomowych. Pozostałe osoby (n=40; 16,88%) niestety ze swoimi problemami muszą zmagać się same (ryc. 5). Doniesienia te martwią, bowiem jak powszechnie wiadomo poczucie samotności i brak bliskich osób w trudnych sytuacjach ujemnie oddziałuje na zdrowie (Bulska, 2018). Różnica w proporcjach odpowiedzi była statystycznie istotna, $\chi^2(1) = 102,68; p < 0,001$.

Jako źródła wsparcia badani najczęściej wskazywali męża/żonę czy też partnera/partnerkę – takiej odpowiedzi udzieliło 38,58% ankietowanych (n=76). Na drugim miejscu znalazły się dzieci (n=55; 27,92%) a zaraz po nich przyjaciele (n=47; 23,86%). Jednak prawie tak samo często wskazywano rodziców jako osoby pomocne w trudnych sytuacjach (n=44; 22,34%). Stosunkowo duża grupa osób (n=27; 13,71%) znajduje oparcie w członkach Wspólnoty AA. Obecność drugiej trzeźwiejącej osoby, kogoś, kto rozumie i czuje podobnie – jak pokazują inne badania (zob. Dziukiewicz, 2018) – jest niezmiernie ważna dla chorych i zachowania przez nich abstynencji. Niewielu natomiast badanych docenia wsparcie ze strony terapeuty i lekarza (n=11; 5,58%). Podobnie, tylko nieliczne osoby (n=9; 4,57%) mogą liczyć na wsparcie dalszych krewnych. Różnica w proporcjach odpowiedzi była statystycznie istotna, $\chi^2(10) = 131,74; p < 0,001$. Co niepokojące, w badanej populacji źródłem wsparcia nie było środowisko zawodowe. Ani jedna osoba, bez względu na swój wiek czy wykształcenie nie otrzymała pomocy ze strony grupy zawodowej (tab. 3.). Podobnie w badaniach J. Glińskiej i wsp. (2010) udokumentowano, że grupa ta nie tworzyła żadnego rodzaju wsparcia. Wydaje się, zatem, że wszelkie problemy związane z różnego rodzaju uzależnieniami nie są społecznie akceptowane.

Results of the research show that most respondents (n=197; 83.12%) receive support in difficult and breakthrough moments. The remaining people (n=40; 16.88%) unfortunately must deal with their problems alone (Fig. 5). The reports are worrying because, as is well known, the feeling of loneliness and no relatives in difficult situations have a negative effect on health (Bulska, 2018). The difference in the proportions of the responses was statistically significant, $\chi^2(1) = 102.68; p < 0.001$.

Respondents most often indicated a husband/wife or a partner as sources of support – such an answer was given by 38.58% of the respondents (n=76). Children (n=55; 27.92%) were ranked second, followed by friends (n=47; 23.86%). However, parents were indicated almost equally often as helpful in difficult situations (n=44; 22.34%). A relatively large group of people (n=27; 13.71%) find support in members of the AA Community. Another sobering person being present, someone who understands and feels the same – as shown by other studies (see Dziukiewicz, 2018) – is extremely important for the addicted person and their abstinence. On the other hand, few respondents appreciate the support provided by a therapist and a doctor (n=11; 5.58%). Similarly, only a few people (n=9; 4.57%) can rely on support coming from other relatives. The difference in the proportions of the responses was statistically significant, $\chi^2(10) = 131.74; p < 0.001$. Worryingly, their professional environment was not a source of support in the study population. Not a single person, regardless of their age or education, got help from their professional group (Table 3). Similarly, in the research by J. Glińska et al. (2010) it was documented that this group did not create any kind of support. Therefore, it seems that all problems related to various types of addiction are not socially accepted.

Sytuacja zawodowa

Praca zawodowa dla każdego dorosłego człowieka jest nie tylko niezbędnym warunkiem życia, ale także ważną formą jego aktywności. Zgodnie z definicją T. Tomaszewskiego jest ona działalnością ludzi organizowaną społecznie w taki sposób, by prowadziła zarówno do powstawania wytworów społecznie wartościowych, jak i do wzmacniania jakości życia wykonujących ją ludzi (Wiatrowski, 2008). Praca daje jednostce możliwość zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych oraz wyznacza jej pozycję społeczno-ekonomiczną – dzięki niej człowiek zyskuje uznanie i akceptację w społeczeństwie (Rostowska, 2009).

Wraz z rozwojem uzależnienia dość szybko dochodzi do pogorszenia jakości wykonywanej pracy. Pierwszym dostrzegalnym dla współpracowników objawem jest najczęściej zmiana zachowania – człowiek przyjmujący substancje psychoaktywne zaczyna być nerwowy, popełnia więcej błędów i nie można na nim polegać tak, jak dotychczas. Z upływem czasu problemy ulegają nasileniu – uzależniony staje się coraz bardziej niepunktualny, coraz częściej nie przychodzi do pracy (Lindenmeyer, 2007). Szacuje się, że 18-30% nieusprawiedliwionych absencji związanych jest z nadużywaniem alkoholu. W przypadku podjęcia pracy w stanie nietrzeźwym pojawia się znaczne zagrożenie wypadkiem. Równocześnie, środki odurzające ułatwiają działalność przestępczą – wzmagają korupcję, łapownictwo, nieuczciwe prowadzenie interesów. Stają się źródłem demoralizacji, obniżając istotnie wszelkie hamulce moralno-etyczne (Chlebio-Abed, 2010). Występują także niewłaściwe dla miejsca pracy zachowania, kradzieże oraz kłótnie i konflikty z innymi pracownikami. W stanie tak zwanego kaca trudniej utrzymać koncentrację na wykonywanych czynnościach, obniżeniu ulega koordynacja wzorowo-ruchowa, znacząco zmniejsza się również zdolność sprawnego przeprowadzania analizy i syntezy danych. Dodatkowo, odczuwane dolegliwości somatyczne i psychiczne przyczyniają się do jeszcze większego spadku wydolności umysłowej i sprawności fizycznej (Cierpiałkowska, 2010).

Poważnych problemów w miejscu pracy doświadczają również patologiczni gracze. Zbytne zaangażowanie w hazard jest najczęściej przyczyną spadku wydajności oraz licznych spóźnień czy nieobecności w pracy. Wśród negatywnych konsekwencji wymienia się również okradanie pracodawców – z prowadzonych dotychczas badań wynika, że blisko 37% hazardzistów okrada swoich przełożonych na kwotę około 5 tysięcy dolarów rocznie. Jednocześnie z uzależnieniem wiąże się ryzyko utraty pracy i braku zarobków – od 69% do 76% nałogowych graczy zostało zwolnionych z pracy (Niewiadomska i in., 2005).

Mając na uwadze powyższe rozważania, charakterystykę sytuacji zawodowej badanych osób rozpoczęto od ustalenia, czy uzależnienie – ich zdaniem – w sposób negatywny rzutowało na wykonywaną pracę (ryc. 6.).

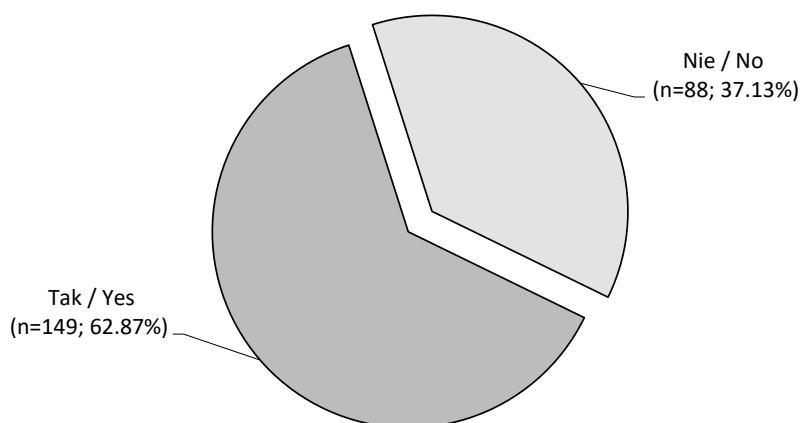
Professional situation

Professional work for every adult person is not only a necessary condition for life, but also an important form of activity. According to T. Tomaszewski's definition, it is a socially organized activity of people in such a way as to lead to both the creation of socially valuable products and to the enhancement of the quality of life of people who perform it (Wiatrowski, 2008). Work gives an individual the opportunity to meet basic life needs and determines socio-economic positions – thanks to it, a person gains recognition and acceptance in society (Rostowska, 2009).

Along with the development of addiction, the quality of the work performed deteriorates quite quickly. The first symptom noticeable to colleagues is usually a change in behavior – a person taking psychoactive substances becomes nervous, makes more mistakes, and cannot be as relied on as before. Over time, the problems intensify – the addict becomes more and more unpunctual, and more and more often they do not come to work (Lindenmeyer, 2007). It is estimated that 18-30% of unjustified absences are related to alcohol abuse. If you start work while being drunk, there is a significant risk of accident. At the same time, narcotic drugs facilitate criminal activity – they increase corruption, bribery, and unfair business conduct. They become a source of demoralization, significantly lowering all moral and ethical brakes (Chlebio-Abed, 2010). There are also behaviors inappropriate for the workplace, thefts, and quarrels and conflicts with other employees. With the so-called hangover, it is more difficult to be concentrated on the activities performed, the model and motor coordination is reduced, and the ability to efficiently carry out analysis and data synthesis is significantly reduced. Additionally, the experienced somatic and mental ailments contribute to an even greater decline in mental performance and physical fitness (Cierpiałkowska, 2010).

Pathological players also experience serious problems in the workplace. Too much involvement in gambling is most often the cause of a decrease in productivity and numerous delays or absences from work. The negative consequences also include robbing employers – the research conducted so far shows that nearly 37% of gamblers steal from their superiors for around \$ 5,000 a year. At the same time, addiction is associated with the risk of job loss and lack of earnings – from 69% to 76% of compulsive players were dismissed from work (Niewiadomska et al., 2005).

Bearing in mind the above considerations, the description of the occupational situation of the respondents began with determining whether, in their opinion, their addiction had a negative effect on the work performed (Fig. 6).



Rycina 6. Negatywny wpływ uzależnienia na pracę zawodową (N=237)

Figure 6. Negative impact of addiction on professional work (N=237)

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

Z przykrością należy stwierdzić, że nałóg najczęściej wpływał ujemnie na aktywność zawodową respondentów – taką zależność dostrzegło aż 149 ankietowanych (62,87%). Pozostałe 88 osób (37,13%) uważa, że pomimo choroby, ta sfera ich życia nie ucierpiała w najmniejszym stopniu (ryc. 6.). Różnica w proporcjach odpowiedzi była statystycznie istotna, $\chi^2(1) = 15,18; p < 0,001$.

Jednocześnie starano się ustalić, jakiego rodzaju negatywne skutki dla pracy zawodowej dominowały w badanej populacji. Wyniki przedstawiono w tabeli 4.

It is regrettable to say that addiction most often negatively influenced the professional activity of respondents – such a relationship was noticed by as many as 149 respondents (62.87%). The remaining 88 people (37.13%) believe that, despite their addiction, the sphere of their lives did not suffer the least (Fig. 6). The difference in the proportions of the responses was statistically significant, $\chi^2(1) = 15.18; p < 0.001$.

At the same time, efforts were made to establish what kinds of negative effects for professional work prevailed in the studied population. The results are presented in Table 4.

Tabela 4. Konsekwencje uzależnienia dla pracy zawodowej (N=149)*

Table 4. Consequences of addiction for work (N=149) *

Wyszczególnienie / Description	Liczba / Number	Procent / Percent
Oslabienie efektywności wykonywanej pracy / Lower effectiveness of the work performed	42	28.19
Niechęć do pracy, mniejsze zaangażowanie / Reluctance to work, less commitment	14	9.40
Utrata zaufania przełożonych / Losing the trust of superiors	24	16.11
Nie wywiązywanie się z obowiązków służbowych / Failure to fulfill official duties	29	19.46
Częste spóźnienia / Frequent late arrivals	12	8.05
Zwiększona absencja / Increased absenteeism	19	12.75
Brak awansu / No promotion	9	6.04
Mniejsze wynagrodzenie, utrata premii / Lower salary, loss of bonus	10	6.71
Degradacja na niższe stanowisko / Degradation to a lower position	6	4.03
Zwolnienie z pracy / Dismissal	38	25.50
Brak odpowiedzi / No response	17	11.41

* Można było dokonać więcej niż jednego wyboru; na pytanie odpowiadali jedynie respondenci, którzy wcześniej zadeklarowali negatywny wpływ uzależnienia na pracę zawodową / More than one choice could be made; the question was answered only by respondents who previously declared a negative impact of addiction on their professional work.

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

Wśród wielu konsekwencji respondenci najczęściej wskazywali na gorsze efekty wykonywanych zadań (n=42; 28,19%). W wielu przypadkach – nie-

Among the many consequences, the respondents most often indicated worse effects of the tasks performed (n=42; 28.19%). In many cases –

stety – zachowania nałogowe były przyczyną utraty pracy (n=38; 25,50%). Przyjmując założenie, że aktywność zawodowa „jest dla dorosłego człowieka nie tylko wymiernym wyznacznikiem stabilizacji finansowej, ale również czynnikiem kształtującym tożsamość osobistą i społeczną” (Zajęcka, 2015, s. 394) jest to szczególnie niepokojące. Dodatkowo, fakt pozostawania bezrobotnym może u niektórych osób wzmacniać zachowania nałogowe (Włodarczyk, 2018). W badaniach spora część osób (n=29; 19,46%) wskazała też, że w pewnym momencie przestała wywiązywać się z obowiązków służbowych. Przeważnie zaniedbania te polegały na niedotrzymywaniu terminów realizacji zleconych prac lub niedokładnym ich wykonywaniu. Niewiele mniejsza grupa respondentów (n=24; 16,11%) przyznała, że w wyniku uzależnienia znacząco ucierpiał ich wizerunek solidnego pracownika, co niewątpliwie wiązało się z utratą zaufania pracodawcy. Respondenci (n=19; 12,75%) deklarowali również, – czego należało się spodziewać – zwiększoną absencję. Niektórzy (n=14; 9,40%) zauważyli ogólną niechęć do pracy i mniejsze zaangażowanie w jej wykonywanie niż dotychczas, inni (n=12; 8,05%) natomiast dostrzegali powtarzające się spóźnienia. Badani (n=10; 6,71%) skarżyli się również na częste utraty premii, a tym samym mniejsze wynagrodzenie. Można przypuszczać, że to właśnie wspomniana gorsza efektywność i mniejsza wydajność były tego powodem. Na brak możliwości rozwoju i niewielkie szanse awansu zwróciło uwagę tylko 9 osób (6,04%). Podobnie, jedynie nieliczne osoby (n=6; 4,03%) jako skutek uzależnienia podały degradację na niższe stanowisko (tab. 4.). Wydaje się, że taka rotacja wewnątrzzakładowa nie tyle stanowi formę kary (choć może się tak zdarzyć), ile raczej wynika z przeniesienia pracownika nadużywającego substancji psychoaktywnych na bezpieczniejsze stanowisko pracy, na którym niepełna trzeźwość nie stwarza bezpośredniego zagrożenia zarówno dla niego samego, jak i jego otoczenia. Różnica w proporcjach odpowiedzi badanych była statystycznie istotna, $\chi^2(10) = 71,60; p < 0,001$.

Jak wskazuje literatura przedmiotu, zadowolenie z pracy jest jednym z kluczowych elementów warunkujących jakość życia człowieka. U podstaw satysfakcji z pracy leży wiele czynników zarówno o charakterze indywidualnym, jak i społecznym. Jednym z nich, i niewątpliwie najważniejszym, jest głębokie, wewnętrzne zadowolenie z wykonywanych zadań. Łączy się ono z przekonaniem, że praca stanowi główny cel życia człowieka, dający poczucie spełnienia i sukcesu w sferze zawodowej. O poziomie zadowolenia z pracy decyduje również wysokość zarobków, uzyskiwane nagrody i wzmocnienia, społeczne otoczenie a także szanse na awans zawodowy, w związku z manifestowanym w ten sposób uznaniem osiągnięć i podwyższeniem statusu jednostki (Rostowska, 2009).

Mając świadomość jak ważna jest satysfakcja w tej sferze, badanych aktywnych zawodowo zapy-

unfortunately – addictive behavior was the cause of job loss (n=38; 25.50%). Assuming that professional activity “is for an adult human being not only a measurable indicator of financial stability, but also a factor shaping personal and social identity” (Zajęcka, 2015, p. 394), this is particularly disturbing. Remaining unemployed may also strengthen addictive behavior in some people (Włodarczyk, 2018). In the research, a large proportion of people (n=29; 19.46%) also indicated that at some point they stopped fulfilling their official duties. Mostly, the negligence consisted in failure to meet the deadlines for commissioned work or inaccurate performance. A slightly smaller group of respondents (n=24; 16.11%) admitted that their image of a reliable employee suffered because of addiction, it was undoubtedly associated with losing the employer’s trust. Respondents (n=19; 12.75%) also declared – as was to be expected – increased absenteeism. Some (n=14; 9.40%) noticed a general reluctance to work and less involvement in its performance than before, others (n=12; 8.05%) noticed repeated delays. Respondents (n=10; 6.71%) also complained about frequent loss of bonuses, and thus lower remuneration. It can be assumed that the above-mentioned inferior efficacy and lower efficiency were the reasons for it. Only 9 people (6.04%) pointed to no development opportunities and low chances of promotion. Similarly, only a few people (n=6; 4.03%) reported being relegated to a lower position because of addiction (Table 4). It seems that such in-company rotation is not so much a form of punishment (although it may happen), but rather results from the transfer of an employee abusing psychoactive substances to a safer workplace, where incomplete sobriety poses no direct threat to their surroundings. The difference in the proportions of the respondents’ answers was statistically significant, $\chi^2(10) = 71.60; p < 0.001$.

As indicated in the literature on the subject, job satisfaction is one of the key elements determining the quality of human life. There are many factors, both individual and social, at the root of job satisfaction. One of them, and undoubtedly the most important, is deep, internal satisfaction with the tasks performed. It relates to the belief that work is the main goal of human life, giving a sense of fulfillment and success in the professional sphere. The level of job satisfaction is also determined by the amount of earnings, rewards and reinforcements, social environment as well as opportunities for professional promotion, in connection with the recognition of achievements and elevating the status of an individual (Rostowska, 2009).

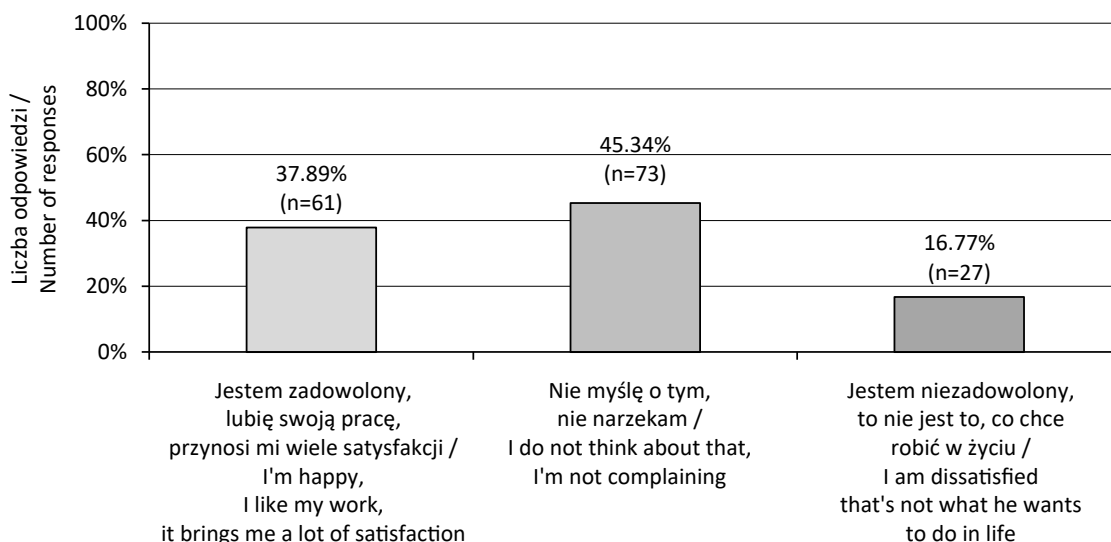
Being aware of the significance of satisfaction in this area, the professionally active respondents were asked if they were satisfied with their work (Fig. 7).

The results of the conducted research showed that only 37.89% (n=61) of the respondents felt satisfied with their work (Figure 7). The people

tano, czy są zadowoleni z wykonywanej pracy (ryc. 7.).

Wyniki przeprowadzonych badań wykazały, że jedynie 37,89% (n=61) ankietowanych odczuwa zadowolenie w związku z wykonywaną pracą (ryc. 7.). Osoby te stwierdziły, że lubią swoją pracę i na co dzień przynosi im wiele satysfakcji. Pozostałe osoby, albo podchodzą do tego co robią w życiu w sposób rutynowy i nie zastanawiają się na tym jakie znaczenia ma dla nich ich praca zawodowa (n=73; 45,34%) albo – co gorsza – z pełnym przekonaniem deklarują, że nie są zadowolone ze swojej pracy, która nie spełnia ich oczekiwań i aspiracji (n=27; 16,77%). Analiza testem χ^2 zgodności wykazała, że różnice te były statystycznie istotne, $\chi^2(2) = 21,22$; $p < 0,001$. Tymczasem, to właśnie wspomniana satysfakcja z wykonywanej pracy, to jakie znaczenie przypisują jej badani, wydaje się mieć istotny wpływ dla procesu zdrowienia i wychodzenia z nałogu. Lubiana praca, zaangażowanie w nią może, bowiem stanowić swoistego rodzaju czynnik ułatwiający trwanie w abstinencji.

state that they like their work and that it brings them a lot of daily satisfaction. The remaining people either approach what they do in life in a routine manner and do not think about the importance of their professional work (n=73; 45.34%) or – even worse – declare with full conviction that they are not satisfied with their work which does not meet their expectations and aspirations (n=27; 16.77%). Analysis with the χ^2 concordance test showed that the differences were statistically significant, $\chi^2(2)=21.22$; $p < 0.001$. Meanwhile, it is the satisfaction with the work performed, and what importance the respondents attach to it, that seem to have a significant impact on the recovery process and recovery from addiction. A well-liked job, involvement in it, can be a kind of factor facilitating abstinence.



Rycina 7. Zadowolenie z wykonywanej pracy (N=161)*

Figure 7. Job satisfaction (N=161) *

* Na pytanie odpowiadali jedynie respondenci, którzy są aktywni zawodowo (zob. tab. 1.) / Only respondents who are economically active (see Table 1) responded to the question.

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

Ponieważ praca zawodowa najczęściej stwarza okoliczności sprzyjające samorealizacji i osiągnięciu wytyczonych celów, zastanawiano się ile osób spośród badanych pracujących podnosi poziom swoich kwalifikacji (ryc. 8.).

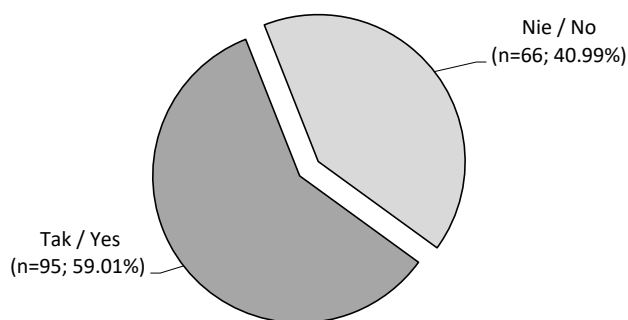
Stwierdzono, że większość badanych osób (n=95; 59,01%) wbrew pozorom, pomimo choroby, znajduje w sobie chęć i podejmuje wysiłek własnego rozwoju, starając się poszerzać swoje umiejętności (ryc. 8.). Niestety, nie dla wszystkich respondentów bycie aktywnym zawodowo łączy się ze sta-

As professional work most often creates circumstances conducive to self-fulfillment and achieving the set goals, it was considered how many people among the employed people raise the level of their qualifications (Fig. 8).

It was found that most of the surveyed people (n=95; 59.01%), despite appearances, despite the addiction, find a will and make efforts to develop themselves, trying to expand their skills (Fig. 8). Unfortunately, not all respondents find that being professionally active is associated with continuous

łym doskonaleniem swojej osoby – pozostała część ankietowanych, z jakich przyczyn nie podnosi swoich kwalifikacji (n=66; 40,99%). Analiza testem χ^2 zgodności wykazała, że różnice te były statystycznie istotne, $\chi^2(1) = 4,86$; $p = 0,028$. Trzeba przyznać, że nieustanne rozwijanie się, nie tylko wymaga siły, ale także ogromnej chęci i motywacji. Być może w przypadku tych osób problemy natury psychofizycznej spowodowane uzależnieniem stanowią tutaj barierę.

Miejsce pracy jest nie tylko miejscem, w którym pracujemy. Jest ono środowiskiem społecznym, w którym przeciętny dorosły człowiek spędza niemal połowę swojego życia, jednocześnie wzbogacając go o własne postawy, obyczaje i oczekiwania. Jest ono płaszczyzną kontaktów zarówno tych służbowych, jak i tych mniej oficjalnych – towarzyskich, jest terenem kształtowania się oraz aktywności grup formalnych i nieformalnych (Morawski, 1986). Dlatego właśnie badanych aktywnych zawodowo zapytano, czy mają dobry kontakt ze współpracownikami. W tym wypadku wyraźnie widać, że respondenci najczęściej (n=144; 89,44%) są zadowoleni z łączących ich relacji ze współpracownikami. Na kontakt z tymi osobami, skarży się jedynie 10,56% (n=17) ankietowanych (ryc. 9). Analiza testem χ^2 zgodności wykazała, że różnice te były statystycznie istotne, $\chi^2(1) = 98,60$; $p < 0,001$.



Rycina 8. Podnoszenie kwalifikacji (N=161)*

Figure 8. Raising qualifications (N=161)*

* Na pytanie odpowiadali jedynie respondenci, którzy są aktywni zawodowo (zob. tab. 1.) / Only respondents who are economically active (see Table 1) answered the question.

Źródło: opracowanie własne.

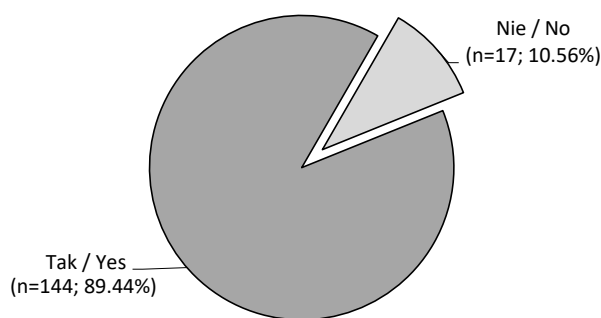
Source: own study.

Relacje interpersonalne

Zgodnie z literaturą przedmiotu, nadużywanie alkoholu (czy też innych substancji psychoaktywnych) odgrywa istotną rolę w procesie dezintegracji społecznej. Wpływ ten przejawia się w przede wszystkim w niszczeniu więzi wewnątrzgrupowych. Skrajny egoizm, zmienność nastroju, podejmowanie zachowań ryzykownych i całkowity brak odpowiedzialności są najczęstszymi przyczynami utraty kontaktów ze znajomymi i przyjaciółmi. Co więcej, osłabienie kontroli emocjonalnej, tak charakterystyczne dla przyjmowania środków odurzających,

improvement of themselves – the remaining part of the respondents do not improve their qualifications for some reason (n=66; 40.99%). Analysis using the χ^2 concordance test showed that the differences were statistically significant, $\chi^2(1) = 4.86$; $p = 0.028$. It must be admitted that continuous development not only requires strength, but also great will and motivation. Perhaps in the case of the people, psychophysical problems caused by addiction constitute a barrier here.

The workplace is not only the place where we work. It is a social environment in which an average adult spends almost half of his life, at the same time enriching it with his own attitudes, customs, and expectations. It is a platform for both official and less official contacts – social, it is the area for the formation and activity of formal and informal groups (Morawski, 1986). That is why the professionally active respondents were asked if they had good contact with their colleagues. In this case, it is clearly visible that the respondents most often (n=144; 89.44%) are satisfied with their relations with their colleagues. Only 10.56% (n=17) of the respondents complained about relationships with the people (Fig. 9). Analysis with the χ^2 concordance test showed that the differences were statistically significant, $\chi^2(1) = 98.60$; $p < 0.001$.



Rycina 9. Dobry kontakt ze współpracownikami (N=161)*

Figure 9. Good contact with colleagues (N=161)*

* Na pytanie odpowiadali jedynie respondenci, którzy są aktywni zawodowo (zob. tab. 1.) / Only respondents who are economically active (see Table 1) answered the question.

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

Interpersonal relationships

According to the literature on the subject, the abuse of alcohol (or other psychoactive substances) plays an important role in the process of social disintegration. This influence manifests itself primarily in the destruction of intragroup ties. Extreme selfishness, mood swings, engaging in risky behavior and complete irresponsibility are the most common causes of losing contact with friends and acquaintances. What is more, the weakening of emotional control, so characteristic of taking intoxicants, often becomes a source of tensions and

staje się często źródłem napięć i konfliktów, niejednokrotnie prowadząc do wybuchów agresji i awantur, pogarszających w znacznym stopniu klimat współżycia społecznego (Bielewicz, 1986).

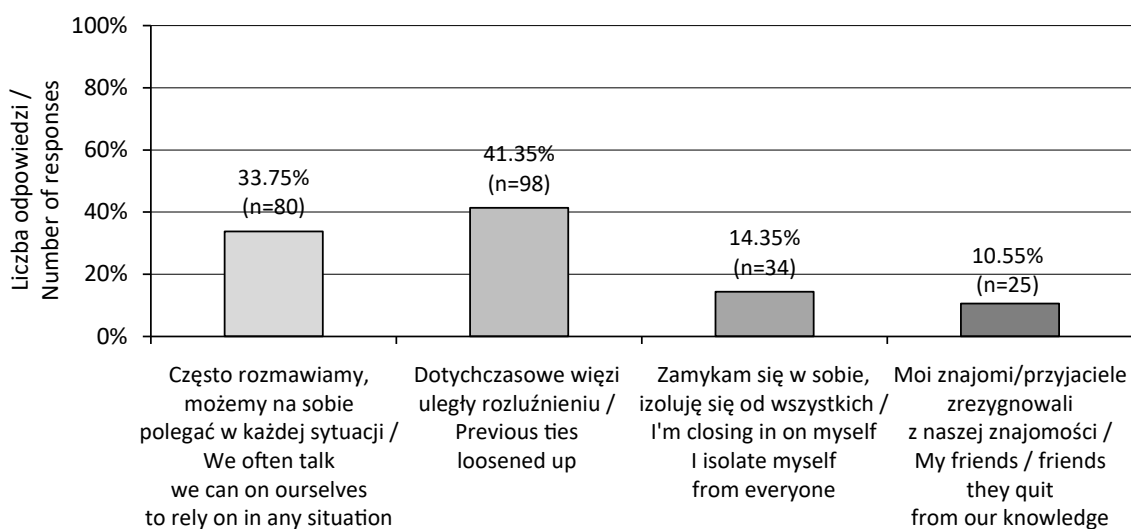
Przyczyną nieprawidłowości w kontaktach społecznych są również uzależnienia behawioralne. Badania wykazują, że od 7 do 10 osób z otoczenia patologicznego gracza (przyjaciele, współpracownicy, przełożeni) doświadcza skutków nadmiernego zaangażowania w hazard. Najczęściej osoba uzależniona zaniedbuje lub rezygnuje z dotychczasowych relacji interpersonalnych, zastępując je nowymi znajomościami z partnerami od gry. Towarzystwo hazardzistów dostarcza jej jednak pozornego poczucia przynależności – pozornego, ponieważ tak naprawdę nikt nie interesuje się graczem. Liczy się, bowiem tylko gra, obstawianie kolejnych zakładów. Z czasem, uzależniony ma coraz większe poczucie osamotnienia, choć przebywa w miejscu pełnym ludzi. Niekiedy też sam mechanizm uzależnienia prowadzi do świadomego zamykania się w sobie, unikania innych i izolowania się od otoczenia. Nie bez znaczenia są również często przeżywane przez osobę uzależnioną huśtawki nastrojów – naprzemienne stany smutku i przygnębienia oraz agresywności znacząco utrudniają utrzymywanie właściwych stosunków międzyludzkich (Niewiadomska i in. 2005).

W celu sprawdzenia, jak kształtują się relacje interpersonalne badanych przedstawiono im zespół twierdzeń. Zadaniem respondentów było zdecydowanie, które z nich w sposób najlepszy charakteryzuje obecny kontakt ze znajomymi czy przyjaciółmi (ryc. 10.).

conflicts, often leading to outbreaks of aggression and quarrels, significantly worsening the climate of social coexistence (Bielewicz, 1986).

Behavioral addictions are also the cause of irregularities in social contacts. Research shows that 7 to 10 people from the player's pathological environment (friends, colleagues, supervisors) experience the effects of excessive gambling. Most often, the addicted person neglects or gives up the existing interpersonal relationships, replacing them with new acquaintances with partners to gamble with. The gamblers' society, however, provides the person with an apparent sense of belonging – apparent because no one is really interested in the player. The only thing that counts is the game, more bets. With time, an addict has a greater and greater sense of loneliness, although they stay in a place full of people. Sometimes the very mechanism of addiction leads to a conscious shutting down in oneself, avoiding others and isolating oneself from the environment. Mood swings experienced by an addicted person are also significant – the alternating states of sadness and depression as well as aggressiveness significantly impede maintaining proper interpersonal relations (Niewiadomska et al. 2005).

To check the interpersonal relations of the respondents, they were presented with a set of statements. The respondents' task was to decide which of them best characterizes the current contact with friends or acquaintances (Fig. 10).



Rycina 10. Charakterystyka obecnych relacji ze znajomymi/ przyjaciółmi (N=237)

Figure 10. Characteristics of current relationships with acquaintances / friends (N=237)

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

Jak się okazało, pozytywnej oceny tych relacji dokonało jedynie 33,75% (n=80) ankietowanych (ryc. 10.). Osoby te wskazywały na częste rozmowy

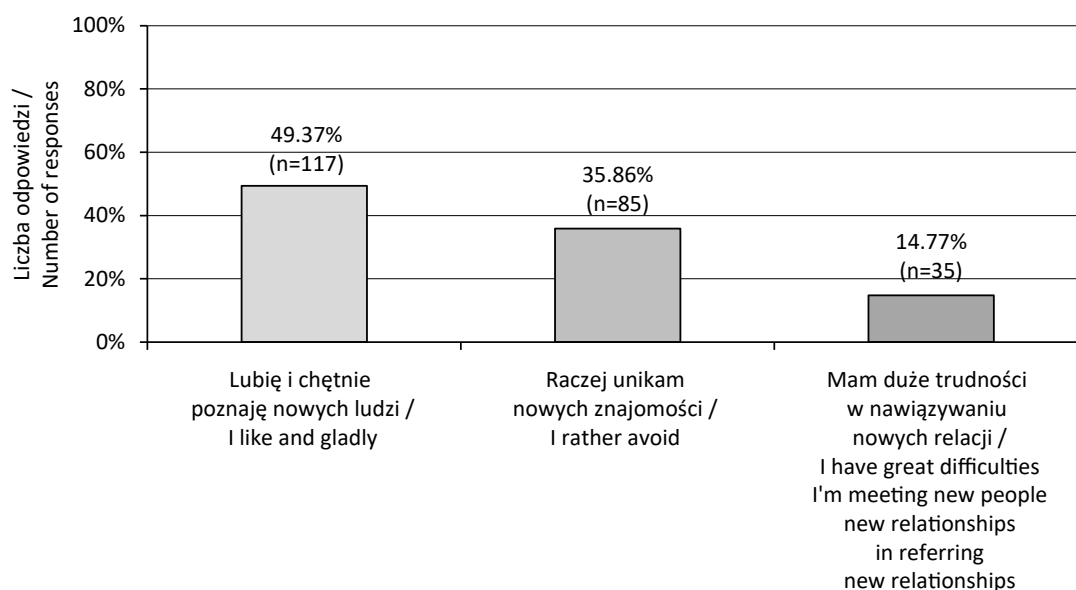
As it turned out, only 33.75% (n=80) of the respondents positively assessed the relations (Fig. 10). The people indicated frequent conversations

wy oraz świadomość, że w trudnych momentach mogą liczyć na wsparcie i zrozumienie z ich strony. W przypadku pozostałych respondentów – stanowiących niestety większą grupę – relacje z innymi ludźmi są zdecydowanie gorsze (n=157; 66,27%). W grupie tej, najwięcej badanych (n=98; 41,35%) stwierdziło, że dotychczasowe więzi uległy rozluźnieniu. Część osób (n=34; 14,35%) przyznało, że sami izolują się od otoczenia i zamykają w sobie, inni (n=25; 10,55%) – raczej doszukiwali się winy po stronie przyjaciół i znajomych, którzy zrezygnowali ze znajomości. Można więc przypuszczać, że osoby, które nie oceniają pozytywnie tych relacji, z jednej strony same wycofały z nich, w obawie przez „wyzwalacze” w postaci dawnych towarzyszy zachowań nałogowych, z drugiej strony natomiast – stały się one mniej atrakcyjne dla osób wiernych szkodliwym przyzwyczajeniom. Analiza testem χ^2 zgodności wykazała, że różnice te były statystycznie istotne, $\chi^2(3) = 63,17; p < 0,001$.

Dodatkowo, dla uzyskania pełnego obrazu jakości relacji interpersonalnych badanych osób, poproszono ich o wskazanie czy posiadają łatwość nawiązywania nowych znajomości (ryc. 11).

and the awareness that in difficult moments they can rely on their support and understanding. In the case of the remaining respondents – unfortunately constituting a larger group – relations with other people are much worse (n=157; 66.27%). In this group, the largest number of respondents (n=98; 41.35%) stated that the existing ties had loosened. Some people (n=34; 14.35%) admitted that they isolate themselves from the environment and shut down in themselves, others (n=25; 10.55%) – rather stated that their friends and acquaintances had resigned. It can therefore be assumed that people who do not assess the relationships positively, on the one hand, themselves withdrew from them, fearing the “triggers” in the form of former companions of addictive behavior, on the other hand – they became less attractive to people continuing harmful habits. Analysis using the χ^2 concordance test showed that the differences were statistically significant, $\chi^2(3) = 63.17; p < 0.001$.

To obtain a complete picture of the quality of interpersonal relations of the respondents, they were also asked to indicate whether they had the ease of making new friends (Fig. 11).



Rycina 11. Łatwość nawiązywania nowych znajomości (N=237)

Figure 11. Ease of making new friends (N=237)

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

Analiza testem χ^2 zgodności wykazała, że różnice w częstości odpowiedzi były statystycznie istotne, $\chi^2(2) = 43,24; p < 0,001$. Uzyskane wyniki wykazały, że taką łatwość posiada blisko połowa respondentów (n=117; 49,37%). Osoby te deklarowały, że lubią i chętnie poznają nowych ludzi. Pozostali badani (n=120; 50,63%) – niestety – mają problemy z nawiązywaniem relacji z nieznanymi osobami (ryc. 11.). Część z nich raczej woli spędzać czas w towarzystwie aktualnych znajomych, przyjaciół i na ogół

Analysis using the χ^2 concordance test showed that the differences in response rates were statistically significant, $\chi^2(2)=43.24; p < 0.001$. The obtained results showed that nearly half of the respondents found it easy (n=117; 49.37%). The people declared that they liked and were eager to meet new people. The remaining respondents (n=120; 50.63%) – unfortunately – had problems establishing relationships with unknown people (Fig. 11). Some of them preferred to spend time with

unika nowych znajomości (n=85; 35,86%), część – przyznaje, że ma ogromne trudności w tym obszarze (n=35; 14,77%).

Potrzeba działań! – podsumowanie wyników badań i wnioski praktyczne

Dla poczucia dobrostanu człowieka dorosłego istotna jest jakość pełnionych przez niego ról społecznych, a w sposób szczególny tych związanych z życiem małżeńskim i rodzinnym (rola partnera, rodzica) oraz aktywnością zawodową (rola członka zakładu pracy, współpracownika, przełożonego) (Rostowska, 2009). Tymczasem, jak pokazuje literatura przedmiotu oraz prowadzone badania własne, wszelkiego rodzaju uzależnienia prócz problemów psychofizycznych, generują także poważne szkody społeczne. Nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz inne zachowania o charakterze nałogowym bardzo szybko prowadzą do „niezdolności wypełniania ról społecznej adekwatnie do pełnionych funkcji czy też zgodnie z oczekiwaniami nadawcy roli” (Chlebio-Abed, 2010, s. 41).

Wśród badanych osób zdecydowana większość (93,24%) przyznała, że uzależnienie nie pozostało obojętne dla ról społecznych jakie pełnią na co dzień. Badani często dostrzegają negatywny wpływ choroby na realizację rozmaitych zadań – wywiązywanie się z oczekiwań stawianych przez siebie czy też innych. Jednocześnie, ponad połowa respondentów sądzi, że to właśnie uzależnienie przyczyniło się do zmniejszenia aktywności i zawężenia ich zainteresowań. W rezultacie, poczucie dobrostanu społecznego zadeklarowało jedynie 12,24% ankietowanych. Na taki wynik niewątpliwie wpłynęła również negatywna ocena kontaktów społecznych – respondenci na ogół deklarowali rozluźnienie dotychczasowych więzi społecznych a także niechęć w nawiązywaniu nowych relacji.

Różne formy uzależnienia znajdują także wyraźne odbicie w spadku wydajności pracy i jej jakości. Wyniki badań własnych wykazały, że choroba miała negatywny wpływ na aktywność zawodową 62,87% respondentów. Jako straty w tym obszarze badani najczęściej wskazywali gorsze efekty wykonywanej pracy, nie wywiązywanie się z obowiązków służbowych, utratę zaufania przełożonych, zwiększoną absencję. W wielu przypadkach nałóg – niestety – był także przyczyną zwolnienia z pracy. Jednocześnie, ustalono, że jedynie 37,89% ankietowanych ma poczucie zadowolenia z wykonywanej pracy. Choć dobrostan związany z aktywnością zawodową w mniejszym stopniu decyduje o jakości życia niż na przykład zadowolenie z życia rodzinnego, to jednak – jak słusznie zauważa T. Rostowska (2009) – niezadowolenie z pracy jest jednym z najważniejszych źródeł nieszczęścia.

Pacjenci poradni odwykowych – jak wykazano – stoją w obliczu różnych problemów i zagrożeń. Zazwyczaj w pewnym momencie ich życia trudności

their current acquaintances, friends and generally avoided making new acquaintances (n=85; 35.86%), some admitted that they had great difficulty in it (n=35; 14.77%).

Action needed! – summary of research results and practical conclusions

For the well-being of an adult, the quality of social roles played by them is important, especially those related to marital and family life (the role of a partner, parent) and professional activity (the role of a workplace member, associate, supervisor) (Rostowska, 2009). Meanwhile, as shown in the literature on the subject and own research, all kinds of addictions, apart from psychophysical problems, also generate serious social harm. The abuse of psychoactive substances and other addictive behaviors very quickly resulted in “an inability to fulfill the social role adequately to the functions performed or in accordance with the expectations of the role provider” (Chlebio-Abed, 2010, p. 41).

Among the surveyed people, most (93.24%) admitted that addiction did not remain indifferent to the social roles they played on a daily basis. Respondents often noticed the negative impact of the addiction on the implementation of various tasks – meeting the expectations of themselves or others. At the same time, more than half of the respondents believe that the addiction contributed to lower level of activity and narrowed interests. As a result, a sense of social well-being was declared by only 12.24% of the respondents. This result was undoubtedly influenced by the negative assessment of social contacts – respondents generally declared loosened social ties as well as reluctance to establish new relationships.

Various forms of addiction are also clearly reflected in the decline in labor productivity and its quality. The results of own research showed that the disease had a negative impact on the professional activity of 62.87% of the respondents. The respondents most often indicated worse results of the work performed, failure to fulfill official duties, loss of the trust of superiors, increased absenteeism as losses in this area. In many cases, the addiction – unfortunately – was also the cause of dismissal from work. At the same time, it was found that only 37.89% of the respondents felt satisfied with their work. Even though the well-being related to professional activity determines the quality of life to a lesser extent than, for example, satisfaction with family life, as T. Rostowska (2009) rightly points out – dissatisfaction with work is one of the most important sources of unhappiness.

Drug addiction clinic patients have been shown to face various problems and dangers. Usually, at some point in their lives, the difficulties, and many others, resulting from individual stories, begin to accumulate. As a result, addicts very often experience social exclusion and function on the

te i jeszcze wiele innych, wynikających z indywidualnych historii zaczynają się kumulować. W efekcie osoby uzależnione bardzo często doświadczają ekskluzji społecznej i funkcjonują na marginesie społeczeństwa. Inkluzja i powrót do życia „przed” jest czymś niezwykle trudnym. Wymaga, bowiem ponownego zmierzenia się z rzeczywistością. Dotychczas odizolowani od różnych spraw chorzy, muszą teraz ponownie stawić im czoła. Długotrwała nieobecność w życiu społecznym wiąże się na ogół z koniecznością zaplanowania go na nowo lub co najmniej jego przeorganizowania w niektórych obszarach (Chmielewska, 2020). W tym ponownym przystosowaniu się do czynnego i wartościowego bycia w środowisku rodzinnym i społecznym, zgodnie z powszechnie obowiązującymi normami, pomagają oddziaływania postrehabilitacyjne stanowiące integralną część procesu leczenia (Zajęcka, 2015). Czy aby na pewno, czy rzeczywiście potrzeby pacjentów są w pełni zaspakajane?

Wiedza uzyskana w wyniku własnych eksploatacji badawczych oraz analiz prac innych autorów (zob. np. Klingemann i Moskalewicz, 2017), jak również powszechna świadomość, że założenia teoretyczne dotyczące wsparcia osób wychodzących z nałogu nie zawsze jednak są dostatecznie realizowane w praktyce, stanowią podstawę do postulowania konieczności zintensyfikowania wysiłków ośrodków odwykowych i innych instytucji pomocowych w celu skuteczniejszej readaptacji społecznej pacjentów, w tym:

- zapewnienia powszechnego dostępu do kompleksowego i specjalistycznego wsparcia w formie konsultacji indywidualnych a także zajęć grupowych o charakterze psychoedukacyjnym, ukierunkowanych przede wszystkim na trening rozwoju osobistego, podczas którego chorzy będą mogli dalej pracować nad sobą, ucząc się jednocześnie alternatywnych i atrakcyjnych sposobów spędzania czasu wolnego;
- organizowania grup wsparcia, które będą promować trzeźwy styl życia oraz zachęcać osoby walczące z nałogiem do zaangażowania społecznego, tj. aktywnego włączenia się w inicjatywy środowiska lokalnego i nawiązania wartościowych relacji z szerszą społecznością;
- prowadzenia cyklicznych warsztatów psycho-pedagogicznych z zakresu komunikacji interpersonalnej, które pomogą chorym i ich rodzinom nie tylko zrozumieć trudności w porozumiewaniu się, ale też ukazać możliwości wspólnego ich przezwyciężenia a w rezultacie budowania zdrowych relacji, opartych na wzajemnym zaufaniu i akceptacji dzięki nauce niezbędnych w tym celu kompetencji;
- zapewniania możliwości uczestnictwa w szkoleniach zawodowych adekwatnych do posiadanych predyspozycji i zainteresowań oraz stwarzających możliwość odbycia stażu, dającego szansę na stabilne zatrudnienie, które za-

margins of their society. Inclusion and returning to life “before” are extremely difficult. They require re-facing reality. The patients who had been isolated from various matters so far now have to face them again. Long-term absence from social life is usually associated with the need for planning it anew or at least to reorganize it in some areas (Chmielewska, 2020). Post-rehabilitation interactions, an integral part of the treatment process, help in this re-adaptation to active and valuable being in the family and social environment, in accordance with the generally applicable standards. Are we sure if the patients’ needs are really fully satisfied?

The knowledge obtained as a result of own research explorations and analyzes of the works of other authors (see e.g. Klingemann and Moskalewicz, 2017), as well as the common awareness that the theoretical assumptions regarding the support of people recovering from addiction are not always sufficiently implemented in practice, constitute the basis for postulating the need for intensifying the efforts of drug addiction centers and other aid institutions in order to more effectively re-adapt patients to society, including:

- ensuring universal access to comprehensive and specialized support in the form of individual consultations as well as group psychoeducational activities, aimed primarily at training personal development, during which patients will be able to continue working on themselves, while learning alternative and attractive ways of spending their free time;
- organizing support groups that will promote a sober lifestyle and encourage people fighting addiction to social involvement, i.e., active involvement in the initiatives of the local environment and establishing valuable relationships with a wider community;
- conducting cyclical psycho-pedagogical workshops concerning interpersonal communication to help patients and their families not only understand communication difficulties, but also show the possibility of overcoming them together and, as a consequence, building healthy relationships based on mutual trust and acceptance thanks to learning the necessary competence;
- ensuring the opportunity to participate in vocational training adequate to the possessed predispositions and interests, and providing the opportunity to undergo an internship, providing opportunities for stable employment to ensure financial independence and a sense of satisfaction with the work performed.

Apart from doctors and therapists, other people, such as social workers, career counselors, educators, psychologists, and volunteers may also be involved in the recovery process of addicts – just like all those in crisis. The most important goal of their activities should be “supporting and rebuilding positive

pewni niezależność finansową oraz poczucie satysfakcji z wykonywanej pracy.

Prócz lekarzy i terapeutów, w proces zdrowienia osób uzależnionych – podobnie jak i wszystkich pogrążonych w kryzysie – mogą być zaangażowane również inne osoby, np. pracownicy socjalni, doradcy zawodowi, pedagodzy i psychologowie oraz wolontariusze. Najważniejszym celem podejmowanych przez nich działań powinno być „wpieranie i odbudowywanie pozytywnych interakcji zachodzących między jednostkami oraz między nimi a społeczeństwem” (Kowal, 2010, s. 140).

Należy jednak pamiętać – jak słusznie zauważa – B. Zajęcka (2015), że readaptacja społeczna pacjentów poradni odwykowych – choć odnosi się do zmian w podstawowych sferach ludzkiej egzystencji – jest procesem złożonym, gdyż zachodzi w sposób indywidualny. Nie można rozpatrywać tego zjawiska w aspekcie ogólnym, ponieważ na umiejętności przystosowawcze osób uzależnionych wpływa wiele czynników zarówno wewnętrznych, tkwiących w strukturze osobowościowej, jak i zewnętrznych dotyczących środowiska i to one ostatecznie decydują o tym, czy osoby te potrafią na nowo odnaleźć się w życiu społecznych i osiągnąć stabilizację w jego najistotniejszych wymiarach.

interactions between individuals and between them and the society” (Kowal, 2010, p. 140).

However, it should be remembered – as rightly noticed by B. Zajęcka (2015) that any social readaptation of drug addiction counseling patients – although it refers to changes in the basic spheres of human existence – is a complex process, as it occurs individually. This phenomenon cannot be considered in general terms, as adaptation skills of addicts are influenced by many factors, both internal, inherent in the personality structure, and external, concerning the environment, and they ultimately determine whether the people are able to find their way back into social life and achieve stabilization in its most essential dimensions.

Bibliografia / References:

1. Bielewicz, A. (1986). Problemy alkoholowe w stosunkach międzyludzkich. W: I. Wald (red.), *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne* (s. 142–149). Warszawa: Wydawnictwo PWN.
2. Bulska J. (2017). Znaczenie systemów społecznych wspierających zdrowie i samopoczucie współczesnego człowieka. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie*, 112, 61–70.
3. Bulska J. (2018). Przyjaźń jako wartość w relacjach społecznych i kształtowaniu samopoczucia człowieka. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie*, 123, 51–59.
4. Chlebio-Abied, D. (2010). *Pierwotna profilaktyka uzależnienia od alkoholu. Przegląd wybranych strategii i programów*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
5. Chmielewska, A. (2020). Trudności i perspektywy zmiany wśród osób uzależnionych od narkotyków przed i po leczeniu odwykowym. *Praca Socjalna*, 3(35), 24–41.
6. Cierpiątkowska, L. (2010). Efekty krótkotrwałego i długotrwałego działania alkoholu na organizm człowieka. W: L. Cierpiątkowska, M. Ziarko (red.), *Psychologia uzależnień – alkoholizm* (s. 19–59). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
7. Dziukiewicz J. (2018). Wychodzenie z uzależnienia. W poszukiwaniu czynników determinujących powrót do zdrowia. *Chowanna*, 2, 177–199.
8. Dziukiewicz, J. (2017). Alkoholizm i nadużywanie alkoholu: powszechny problem społeczny i zdrowotny XXI wieku. W: K. Pujer (red.), *Problemy nauk społecznych, humanistycznych, ekonomicznych: konteksty i wyzwania* (s. 17–26). Wrocław: Exante.
9. Glińska, J., Zasada, J., Brosowska, B., Lewandowska, M. (2010). Czynniki demograficzne a formy otrzymanego wsparcia u osób uzależnionych od alkoholu. *Problemy Pielęgniarstwa*, 18 (3), 279–284.
10. Juszczak, S. (2005). *Badania ilościowe w naukach społecznych. Szkice metodologiczne*. Katowice: Wydawnictwo Śląskiej Wyższej Szkoły Zarządzania.
11. Klingemann, J., Moskalewicz, J. (2017). Potrzeby pacjentów polskiego systemu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków. Perspektywa pacjentów oraz terapeutów. *Alkoholizm i Narkomania*, 30 (4), 249–278.
12. Kirenko, J., Byra, S. (2011). *Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
13. Kowal, R. (2010). Doradca zawodowy, pracownik socjalny, wolontariusz – realizatorzy zadań pracy socjalnej. W: M. Czechowska-Bieluga, A. Kanios, L. Adamowska (red.), *Nowe przestrzenie działania w pracy socjalnej w wymiarze etyczno-prakseologicznym* (s. 139–145). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
14. Lindenmeyer, J. (2007). *Ile możesz wypić? O nałogach i ich leczeniu*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

15. Maszke, A. (2008). *Metody i techniki badań pedagogicznych*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
16. Morawski, J. (1986). Problemy związane z alkoholem w miejscu pracy. W: I. Wald (red.), *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne* (s. 130–141). Warszawa: Wydawnictwo PWN.
17. Niewiadomska, I., Brzezińska, M., Lelonek, B. (2005). *Hazard*. Lublin: Wydawnictwo Gaudium.
18. Niewiadomska, I., Chwaszcz, J., Kołodziej, B., Śpila, B. (2005). *Seks*. Lublin: Wydawnictwo Gaudium.
19. Niewiadomska, I., Sikorska-Głodowicz, M. (2004). *Alkohol*. Lublin: Wydawnictwo Gaudium.
20. Niewiadomska, I., Stanisławczyk, P. (2004). *Narkotyki*. Lublin: Wydawnictwo Gaudium.
21. Poprawa R. (2001). Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 103-141). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
22. Rostowska, T. (2009). *Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
23. Ryszkowski, A., Wojciechowska, A., Kopański, Z., Brukwicka, I., Lishchynskyy, Y., Mazurek, M. (2015). Funkcjonowanie w społeczeństwie osób uzależnionych od alkoholu. *Journal of Clinical Healthcare*, 1, 7-13.
24. Sęk, H., Cieślak, R. (2012). Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 18–21). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
25. Słowik-Gabryelska, A. (2006). *Patologie społeczne. Alkoholizm, narkomania, nikotynizm*. Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
26. Syrek, E. (2000). *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
27. Tobiasz-Adamczyk, B. (2000). *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
28. Ukalisz, A. (2013). Sposoby radzenia sobie ze stresem i wsparcie społeczne u osób z problemem alkoholowym. *Resocjalizacja Polska*, 5, 241-253.
29. Wiatrowski, Z. (2008). *Dorastanie, dorosłość i starość człowieka w kontekście działalności i kariery zawodowej*. Radom: Wydawnictwo Naukowe Instytutu Technologii Eksploatacji – PIB.
30. Wiśniewsa, D. (2017). Sukces w wymiarze jednostkowym i jako efekt współpracy z innymi, czyli o potrzebie wsparcia społecznego. W: W. Żłobicki, M. Humeniuk, I. Paszenda (red.), *Sukces jako zjawisko edukacyjne, tom. I* (s. 286-297). Wrocław: Instytut Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego.
31. Włodarczyk, E. (2018). Społeczne konsekwencje problemu alkoholowego w Polsce. *Pedagogika Społeczna*, 2 (68), 241-258.
32. Zajęcka, B. (2015). Readaptacja społeczna osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych po zakończonym leczeniu stacjonarnym. *Prace Naukowe Akademii i im. Jana Długosza w Częstochowie*, 24, 387-399.