

*Irena Szlachcicowa*

## UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU A RELIGIJNOŚĆ ŚRODOWISKA SPOŁECZNEGO

### I. WSTĘP

W pracy przedstawione są wyniki badań empirycznych zrealizowanych w latach 1984 — 1985. Objęto nimi osoby uzależnione od alkoholu, leczone w poradniach lecznictwa otwartego oraz pacjentów zakładów zamkniętych lecznictwa przeciwalkoholowego. Dla badanych alkoholików odpowiednio dobrane zostały grupy kontrolne. W opracowaniu analitycznym dysponowano materiałem uzyskanym w formie indywidualnych wypowiedzi 914 respondentów.

Problemy związane z alkoholem, spowodowane jego nadużywaniem, stanowią zagrożenie zarówno dla jednostki, jak też poważnie dezorganizują różne dziedziny życia społecznego. Alkoholizm jest źródłem wielu przejawów patologii w życiu społeczeństwa polskiego. Ocena społecznych skutków nadużywania alkoholu w naszym kraju wypada szczególnie niekorzystnie. Decyduje o tym, tzw. polski styl picia — wypijanie dużych ilości mocnego alkoholu przy jednej okazji — co doprowadza do wysokiej intoksykacji alkoholem osób pijących. Skłonność do upijania się zwiększa ryzyko uzależnienia od alkoholu.

Życie religijne człowieka nie przebiega w izolacji, powstaje i trwa w ramach określonych uwarunkowań społecznych. Może być ono zatem elementem modyfikującym kontekst społecznego funkcjonowania jednostki, ale także odwrotnie — środowisko społeczne ma niewątpliwy wpływ na religijność jednostki. Wiara religijna w sposób istotny określa styl życia człowieka, a w tym również jego obyczaje w zakresie wzorów picia alkoholu<sup>1</sup>. Religijność uznana została za jedną z przyczyn, które mogą kształtować wzory picia alkoholu.

W badaniach poszukiwano odpowiedzi na pytanie o wpływ religijności na przyjmowaną przez badanych alkoholików postawę wobec alkoholu. W przeprowadzonych analizach statystycznych potraktowano więc religijność jako jedną z przyczyn warunkujących zachowania alkoholowe osób znajdujących się w trakcie leczenia odwykowego.

---

<sup>1</sup> Por. J. Jasiński: *Spożycie napojów alkoholowych w Polsce w IVSS r.*, „Archiwum Kryminologii” t. XVI, 1989, s. 33 i 45. W badaniach wprowadzono religijność jako jedną ze zmiennych określających picie alkoholu. „«Religijność» okazała się wiązać z piciem (niepiciem) wszystkich z wyjątkiem wina domowego napojów alkoholowych w taki sposób, że odsetek niepijących najwyższy był wśród osób określających się jako wierzący i praktykujący, mniejszy był wśród zaliczających siebie do grupy wierzących i niepraktykujących, najniższy zaś wśród uznających się za niewierzących”. Najwięcej alkoholu wypijają mężczyźni, którzy określili siebie jako wierzących i niepraktykujących.

## II. METODY BADAŃ

Ze względu na złożoność badanego problemu, jak również trudności w badaniu i pomiarze analizowanych zjawisk wystandaryzowanymi technikami, założono zbadać dwóch zbiorowości. Zbiorowość podstawową w badaniach stanowiły osoby zarejestrowane w placówkach leczenia przeciwalkoholowego na terenie Dolnego Śląska. Założono także, że podział zbiorowości podstawowej na warstwy powinien odzwierciedlać różnicowanie postaw wobec alkoholu wśród badanych, a więc winien być dokonany według kryterium zaawansowania choroby alkoholowej. Ostatecznie ze zbiorowości podstawowej wyodrębniono dwie zasadnicze warstwy:

$A_Q$  — pacjenci leczenia otwartego oraz

$A_z$  — pacjenci oddziałów zamkniętych.

Dobierając próbę do badań wyróżniono warstwy; wielkość prób losowanych z warstw była proporcjonalna do wielkości samych warstw. Drugą poddaną badaniom populację stanowiła zbiorowość osób formalnie wolnych od uzależnienia alkoholowego, tzn. osób niezarejestrowanych w placówkach leczenia przeciwalkoholowego. Zbiorowość tę określono jako kontrolną dla populacji podstawowej.

Na terenie 4 województw dolnośląskich objętych badaniami, tj. wrocławskiego, wałbrzyskiego, jeleniogórskiego i legnickiego funkcjonują 34 placówki leczenia otwartego (poradnie) oraz 7 placówek leczenia zamkniętego (oddziały szpitalne). Analiza dokumentami prowadzonej w poszczególnych placówkach ujawniła podobieństwo wielu placówek zarówno pod względem liczebności, ich pochodzenia i rejonu zamieszkania, jak również rozpoznania medycznego. W tej sytuacji zastosowano celowy dobór placówek i w oparciu o owo podobieństwo, w każdym województwie wybrano połowę placówek. Pacjenci tych placówek stanowili statystyczną reprezentację ogółu pacjentów leczonych na terenie województwa w placówkach leczenia przeciwalkoholowego.

Liczbę respondentów wybranych z każdej poradni określono proporcjonalnie do odsetka jaki stanowili oni wśród ogółu pacjentów poradni wybranych z terenu województwa. Natomiast liczbę respondentów z poradni z terenu województwa określono proporcjonalnie do odsetka jaki stanowili pacjenci województwa wśród ogółu pacjentów poradni z czterech województw. Respondentów wylosowano spośród pacjentów każdej wybranej do badań poradni korzystając z tabel liczb losowych. Z pacjentami poradni przeprowadzono łącznie 322 wywiady.

Dobór respondentów spośród pacjentów placówek leczenia zamkniętego przeprowadzono w taki sam sposób, jak w leczeniu otwartym. Z pacjentami szpitali przeprowadzono 135 wywiadów.

Aby uzyskany w badaniach materiał empiryczny posiadał wartość porównawczą, w drugim etapie realizacji badań, utworzono i przebadano zbiorowość mającą stanowić grupę kontrolną w stosunku do zbiorowości podstawowej. Założono, że członkowie grupy kontrolnej zostaną dobrani według pewnych wspólnych ze zbiorowością podstawową cech. A zatem rozkłady wartości najważniejszych zmiennych niezależnych w obydwu wyróżnionych zbiorowościach (tzn. zbiorowości osób uzależnionych od alkoholu, oraz zbiorowości osób z grupy kontrolnej, które nie były ujęte w żadnej kartotece leczenia przeciwalkoholowego) powinny być odpowiednio takie same. Dobierając osoby do grupy kontrolnej zastosowano zasady zbliżone do obowiązujących przy tzw. doborze „parami”. Dobór „parami” ma na celu umożliwienie kontrolowania maksymalnej liczby zmiennych poza samymi zmiennymi badanymi<sup>2</sup>. Obydwa interesujące nas zjawiska — religijność oraz alkoholizm

<sup>2</sup> Zob. H. M. B l a o c k: *Statystyka dla socjologów*, Warszawa 1975, s. 207 —209.

— determinowane są przez cechy demograficzno-społeczne badanych. Należało zatem dobrać dwie próby możliwie najmniej różniące się od siebie pod tym względem. Wyznaczony zespół cech demograficzno-społecznych stanowi pewien układ zmiennych wewnątrznie powiązanych, odnoszący się do danej jednostki. Każda osoba dobrana do grupy kontrolnej stanowiła „parę” dla osoby ze zbiorowości podstawowej pod względem wyróżnionych cech demograficzno-społecznych. Przy doborze respondentów do grupy kontrolnej uwzględniono następujące cechy: płeć, wiek, wykształcenie, zawód, stan cywilny, charakter źródła utrzymania oraz wielkość miejscowości zamieszkania.

Doboru respondentów do grup kontrolnych dokonywano w Biurach Meldunkowych, korzystając z informacji znajdujących się na kartach meldunkowych.

Wyściową zmienną uwzględnioną przy doborze respondentów do grup kontrolnych była wielkość miejscowości zamieszkania. W kwestionariuszu wywiadu wyodrębniono cztery kategorie określające miejscowości zamieszkania badanych: (1) 100 tys. i więcej mieszkańców; (2) 20—100 tys.; (3) poniżej 20 tys.; (4) wieś.

Wszystkich przebadanych alkoholików ze zbiorowości podstawowej (osobno dla każdej warstwy) podzielono zatem na 4 kategorie i dla poszczególnych kategorii dobrano odpowiednio respondentów do grupy kontrolnej. Ze względów praktycznych badania empiryczne grup kontrolnych ograniczono do terenu województwa wrocławskiego. Do badań wytypowano następujące miejscowości: Wrocław dla badanych z pierwszej kategorii (przebadano 237 osób), Oleśnica dla respondentów z drugiej kategorii (163 osoby), Milicz dla respondentów z trzeciej kategorii (39 osób) oraz wieś Święta Katarzyna dla kategorii czwartej (18 osób). W Biurach Meldunkowych wytypowanych miejscowości (we Wrocławiu dobierano osoby do badań w tych samych dzielnicach, w których zamieszkiwali badani alkoholicy, natomiast dla pacjentów z Legnicy, Wałbrzycha, Jeleniej Góry — dzielnicę dobrano losowo) z kartotek ewidencji ludności dobierano dla każdej osoby ze zbiorowości podstawowej odpowiednią „parę”. Sprawdzone czy dobrane osoby nie były notowane w rejestrach placówek lecznictwa przeciwalkoholowego.

Tablica 1. Próba zaplanowana a próba zrealizowana

Próba	Pacjenci poradni $A_o$	Pacjenci szpitali $A_z$	Grupa kontrolna pacjentów poradni $K_o$	Grupa kontrolna pacjentów szpitali $K_z$
zaplanowana	389*	168*	322	135
zrealizowana i uwzględniona w opracowaniu	322	135	322	135
w tym:				
— mężczyźni	271	199	271	199
— kobiety	51	2	51	2

\* Przyczyny niezrealizowania pełni próby zaplanowanej były następujące: odmowa osób wytypowanych do badań, nieaktualność niektórych adresów, ściśle określony czas przeprowadzania badań wymuszony przez organizację badań.

Badania przeprowadzone zostały techniką wywiadu, według obszernego kwestionariusza.

Wywiady z pacjentami poradni i osobami dobranymi do grup kontrolnych przeprowadzono w mieszkaniach respondentów, a w przypadku pacjentów lecznictwa zamkniętego — w szpitalu. Rozmowy z osobami wytypowanymi do badań przeprowadzali ankieterzy, którzy zostali wcześniej przeszkoleni. Wywiady przeprowadzono bez obecności osób trzecich, w rozmowie uczestniczyli tylko respondent i ankieter. Wypowiedzi respondentów zapisywane były przez ankieterów w kwestionariuszu wywiadu.

### III. WZORY PICIA A ŚRODOWISKO SPOŁECZNE

Obydwa interesujące nas zjawiska — religijność i alkoholizm warunkowane są cechami demograficzno-społecznymi. Zależność ta potwierdzona została w wielu badaniach empirycznych<sup>3</sup>

Problematyka przeprowadzonych badań obliguje zatem do możliwie wyczerpującego opisu zróżnicowania badanych zbiorowości pod względem cech demograficzno-społecznych. Informacje tego typu posiadają podstawowe znaczenie w analizie uwarunkowań zarówno zjawiska religijności, jak też powstania i rozwoju uzależnienia od alkoholu.

Badania potwierdziły, że alkoholicy to znacznie częściej mężczyźni niż kobiety. Wśród ogółu badanych alkoholików kobiety stanowiły 11,6%. W porównaniu z wynikami uzyskanymi w innych, wcześniej zrealizowanych badaniach, wykazany odsetek kobiet wśród osób uzależnionych od alkoholu jest wyższy. Przypuszczać można, że wskaźnik uzależnień u kobiet wykazuje stałą tendencję wzrostową<sup>4</sup>.

Na uwagę zasługuje dużo większa obecność kobiet wśród pacjentów poradni — 15,8%, niż w przypadku pacjentów szpitali — 1,5%. Mamy tutaj do czynienia z sytuacją odmienną od tej, którą ujawniły na przykład badania Ałapina<sup>5</sup>. Większy odsetek kobiet w poradniach może oznaczać wzrost uzależnień alkoholowych wśród kobiet, który jeszcze nie spowodował konieczności leczenia zamkniętego. Dodajmy,

<sup>3</sup> Poziom spożycia napojów alkoholowych, a także zjawisko alkoholizmu w kontekście cech demograficzno-społecznych analizowali m.in.: A. Święcicki: *Alkohol. Zagadnienia polityki społecznej*, Warszawa 1968, s. 23 — 106; I. Łabudzka: *Zjawisko alkoholizmu na tle procesu urbanizacji*, Wrocław 1974, s. 114—132; K. Frieske, R. Sobiech: *Pijaństwo — interpretacje problemu społecznego*, Warszawa 1984, s. 65 — 81.

Uwarunkowania zjawiska religijności strukturą demograficzno-społeczną były również omawiane w literaturze. Zob. A. Pawełczyńska: *Dynamika przemian kulturowych na wsi*, Warszawa 1966; W. Piwowarski: *Religijność wiejska w warunkach urbanizacji. Studium socjologiczne*, Warszawa 1971 oraz *Religijność miejska w rejonie uprzemysłowionym*, Warszawa 1977 — przedstawia poszczególne wymiary życia religijnego w zależności od podstawowych cech demograficzno-społecznych; A. Święcicki: *Społeczne uwarunkowania polskiej religijności*, „Więź” 1977, nr 5—6; J. Mariński: *Grupy społeczno-zawodowe a religijność. (Badania socjologów w Plocku)*, „Kultura i Społeczeństwo” 1977, nr 1, s. 225 — 240; K. S o p u c h: *Zróżnicowanie stosunku do religijności w zależności od niektórych zmiennych struktury społecznej*, „Kultura i Społeczeństwo” 1984, nr 3, s. 197—203.

<sup>4</sup> B. Ałapin porównując dane dotyczące lat 60. z danymi za lata 1934—1937 stwierdza, że „odsetek kobiet wśród ogółu leczonych z powodu alkoholizmu i psychoz alkoholowych jest wyraźnie wyższy niż przed wojną”. Zob. B. Ałapin: *Alkoholizm u kobiet*, „Walka z alkoholizmem” 1963, nr 9 —10, s. 7 —10; T. Kulisiewicz w pracy *Uzależnienie alkoholowe* (1982) powołując się na badania Ałapina podaje, że kobiety stanowią około 3—4% ogólnej liczby alkoholików. Natomiast na podstawie własnych badań i obserwacji szacuje, że Jest ich jednak co najmniej 2 razy więcej, tj. około 8%” (s. 86). Z kolei I. Łabudzka wykazuje w swoich badaniach przeprowadzonych w Pruszkowie w latach 70., że „spośród 743 osób ujawnionych w latach badań mężczyźni stanowili 92,5%, kobiety zaś 7,5%”. Zob. I. Ł a b u d z k a: op. dt., s. 114.

<sup>5</sup> „Zestawiając dane z poradni z danymi szpitalnymi stwierdza się, że w porównaniu z mężczyznami alkoholikami kobiety alkoholiczki są stosunkowo liczniej reprezentowane w materiale szpitalnym” — zob. B. A ł a p i n: op. cit., s. 8.

Tablica 2. Spożycie wódki\*

	Mężczyźni			
	Grupa kontrolna K <sub>o</sub>	Pacjenci poradni A <sub>o</sub>	Grupa kontrolna K <sub>z</sub>	Pacjenci szpitali A <sub>z</sub>
N = 100%	271	271	133	133
Częstość:	w odsetkach			
nie pili lub pili rzadziej niż raz w miesiącu	28,0	30,6	36,1	45,1
pili raz lub kilka razy w miesiącu	22,9	19,9	23,3	37,6
	}72,0	}69,4	}63,9	}54,9
pili raz lub kilka razy w tygodniu	49,1	49,5	40,6	17,3
N=100%	222	218	104	107
Ilość wypijana jednorazowo:	w odsetkach			
pili do 0,2 l	59,9	42,2	48,1	7,5
pili 0,2 l i więcej	40,1	57,8	51,9	92,5
	Kobiety			
	Grupa kontrolna K <sub>o</sub>		Pacjentki poradni A <sub>o</sub>	
N=100%	51		51	
Częstość:	w odsetkach			
nie piły lub piły rzadziej niż raz w miesiącu	39,2		31,4	
piły raz lub kilka razy w miesiącu	29,4		23,5	
	}60,8		}68,6	
piły raz lub kilka razy w tygodniu	31,4		45,1	
N=100%	35		38	
Ilość wypijana jednorazowo:	w odsetkach			
piły do 0,2 l	71,4		47,4	
piły 0,2 l i więcej	28,6		52,6	

\* Tablica 2 prezentuje dane a spożyciu wódki osobno dla mężczyzn, osobno dla kobiet. Do populacji szpitalnej trafiły dwie kobiety, dlatego w tablicy znalazły się jedynie dane dotyczące kobiet ze zbiorowości K<sub>o</sub>, A<sub>o</sub>. W dalszej analizie statystycznej kobiety zupełnie pominięto. Zdecydowały o tym zbyt małe liczebności badanych zbiorowości.

że alkoholizm u kobiet występuje częściej w ośrodkach silnie zurbanizowanych, a pacjenci poradni to w większości mieszkańcy dużych miast.

Płeć jest czynnikiem różnicującym spożycie napojów alkoholowych. Kobiety piją alkohol inaczej niż mężczyźni. Piją go znacznie rzadziej i mniej wypijają jednorazowo<sup>6</sup>. Wielu autorów omawiających zagadnienia alkoholizmu podkreśla także, że choroba alkoholowa u kobiet różni się zasadniczo od choroby alkoholowej u mężczyzn<sup>7</sup>. Uzależnienie alkoholowe u kobiet przebiega inaczej i jest znacznie trudniejsze do wyleczenia.

W oparciu o informacje na temat częstości picia i ilości wypijanego jednorazowo alkoholu można określić styl picia alkoholu, czyli pokazać charakterystyczny i utrwalony sposób spożywania poszczególnych rodzajów napojów alkoholowych<sup>8</sup>.

Tradycyjnie w społeczeństwie polskim utrzymuje się i w znacznym stopniu jest społecznie aprobowany model intensywnego picia alkoholu, którego cechą charakterystyczną jest jednorazowe wypijanie dużych ilości wysokoprocentowych napojów alkoholowych<sup>9</sup>. Analiza częstości i wielkości jednorazowego spożycia wódki we wszystkich kategoriach badanych potwierdziła istnienie takiego stanu rzeczy. Najpopularniejszym napojem alkoholowym we wszystkich zbiorowościach jest wódka. Dlatego też za wystarczające i najistotniejsze uznano odpowiedzi dotyczące picia wódki.

Nasuwa się pytanie, jaki styl picia wódki dominuje w badanych środowiskach. Dane zawarte w tablicy 2 pokazują, jak często piją wódkę badani poszczególnych kategorii oraz ile wódki wypijają jednorazowo.

Około 20% badanych mężczyzn deklaruje, że wcale nie pije wódki. Nie zaobserwowano znaczących różnic pomiędzy odsetkami osób nie pijących wódki w wyróżnionych kategoriach badanych.

Na uwagę zasługuje jednak fakt, że mężczyźni ze środowiska pacjentów szpitalnych ( $K_z$ ) nieco częściej wcale nie pili wódki (21,8%), niż mężczyźni ze środowiska pacjentów poradni ( $K_Q$  — 18,1%).

Picie wódki natomiast w zasadniczy sposób różni badanych. Najrzadziej pili wódkę pacjenci szpitali — jest to niewątpliwie wynikiem faktu, że ich możliwości picia zostały ograniczone przez zamkniętą formę leczenia. Dlatego także, różnice w częstości picia wódki między obiema kategoriami alkoholików są wyraźnie widoczne. Pacjenci poradni pili wódkę znacznie częściej niż pacjenci szpitali.

Wskazane różnice są bardziej zastanawiające między środowiskami, z których alkoholicy się wywodzą. Mężczyźni z grupy kontrolnej dla pacjentów poradni ( $K_Q$ ) pili wódkę częściej niż badani z grupy ( $K_z$ ), w środowisku pacjentów szpitali odnotowano także dużo większy odsetek osób pijących wódkę „bardzo rzadko” aniżeli w środowisku pacjentów poradni.

Wśród alkoholików, zarówno z poradni, jak i ze szpitali, zaobserwowano

---

<sup>6</sup> „Bardzo zdecydowanie różni się styl picia mężczyzn i kobiet, co widoczne było w odniesieniu do spożywania wszystkich napojów alkoholowych. Wśród mężczyzn mocno zaznaczyli swoją, obecność pijący dużo i często, wśród kobiet zaś — pijące mało i rzadko, było to widoczne zwłaszcza wśród konsumentów piwa i wódki”. J. Jasiński: *Spożycie napojów alkoholowych w Polsce w 1985 r.*, „Archiwum Kryminologii” t. XVI, 1989, s. 82.

<sup>7</sup> Zob. m.in.: T. Kulisiewicz: op. cit., s. 97; A. A. Porinow, I. N. Piatnickaja: *Klinika alkoholizmu*, Warszawa 1977, s. 243 — 252 oraz K. Frieske, R. Sobiech: op. dt., s.74 — 77.

<sup>8</sup> Zob. J. Jasiński: *Spożycie* op. dt., s. 77.

<sup>9</sup> „Najbardziej rozpowszechnionym u nas napojem alkoholowym, pod postacią którego wypija się 2/3 spożywanego alkoholu i który ma najwyższą liczbę konsumentów, jest wódka.” J. Jasiński: *Spożycie* ..., op. dt., s. 97.

większą skłonność do upijania się (czyli wypijania jednorazowo ponad 0,21 wódki)<sup>10</sup> niż wśród badanych mężczyzn z grup kontrolnych. Szczególnie duża dysproporcja wystąpiła w przypadku pacjentów szpitali. Powtórzmy: pacjenci leczeni w szpitalu pili wódkę najrzadziej, ale jednocześnie wypijali oni jednorazowo największe ilości tego alkoholu. Pijąc wódkę, upijali się prawie dwukrotnie częściej niż pozostali badani.

Mężczyźni dobrani dla pacjentów poradni ( $K_o$ ) w porównaniu z grupą kontrolną ( $K_z$ ) pili wódkę częściej, ale równocześnie wypijali jej mniej jednorazowo. Przekraczanie „prógu nietrzeźwości” — upijanie się wódką charakteryzowało w większym stopniu badanych z grupy kontrolnej ( $K_z$ ). Co ciekawe, różnice we wzorach picia, które odnotowano między grupami kontrolnymi, zostają powtórzone między populacjami alkoholików.

Druga znacząca różnica występuje pomiędzy pacjentami poradni a odpowiednią grupą kontrolną ( $A_o$ ,  $K_o$ ). Badanych z tych dwóch zbiorowości co prawda łączy fakt, że pili oni wódkę ze zbliżoną częstością, ale pacjenci poradni ( $A_o$ ) upijali się częściej, wypijając duże ilości wódki jednorazowo.

Można postawić pytanie, czy dane charakteryzujące spożycie wódki w badanych zbiorowościach różnią się od wyników uzyskiwanych w innych badaniach, których celem było m.in. określenie jak często pije i jaką ilość alkoholu wypija statystyczny Polak. Badań nad rozmiarami konsumpcji napojów alkoholowych zrealizowano w Polsce kilka<sup>11</sup>. Na szczególną uwagę z naszej strony zasługują badania przeprowadzone w 1980 r. oraz w 1985 r., których autorem był J. Jasiński. Otóż badania powyższe wykonano w zbliżonym czasie, ponadto oceny spożycia alkoholu dokonano w podobny sposób, prosząc respondentów o podanie informacji o czasie i o ilości wypitego ostatnim razem napoju alkoholowego.

Tablica 3 ilustruje częstość i wielkość jednorazowego spożycia wódki w omawianych środowiskach w porównaniu z wynikami uzyskanymi w badaniach zrealizowanych w 1980 r.

Zestawienie danych, zamieszczonych w tablicy 2 z wynikami otrzymanymi przez J. Jasińskiego pozwala stwierdzić, że jedynie badani mężczyźni reprezentujący środowisko społeczne, z którego rekrutują się pacjenci poradni ( $K_o$ ) pili wódkę nieco częściej niż przeciętnie ma to miejsce w Polsce. Jeżeli chodzi o ilość wódki wypijanej jednorazowo, to w środowisku pacjentów poradni mężczyźni wypijają znacznie mniej jednorazowo niż przeciętnie. Natomiast mężczyźni ze środowiska pacjentów szpitali pijąc wódkę, nieco częściej przekraczali „próg nietrzeźwości” niż wykazano to w badaniach z 1980 r.

Porównanie wyników badań ogólnopolskich z rezultatami badań własnych pokazuje, że środowiska, z których wywodzili się alkoholicy, pod względem wzorów picia alkoholu odbiegają od średniej krajowej. W środowisku pacjentów poradni ( $K_o$ ) mężczyźni piją wódkę nieco częściej, lecz jednorazowo wypijają jej znacznie

---

<sup>10</sup> Por. A. Świącicki: *Alkohol ...*, op. cit., s. 68; „Za osobników jednorazowo pijących dużo uznano w tej pracy tych, którzy wypijają co najmniej 20 centylitrów wódki [...]. Przeciętny dorosły mężczyzna po takiej ilości ma we krwi ponad 0,5 promila alkoholu, a więc przekracza próg nietrzeźwości.”

<sup>11</sup> Badania nad wielkością spożycia alkoholu w Polsce rozpoczął A. Świącicki przeprowadzając badania ogólnopolskie dwukrotnie — w 1961 oraz w 1962 r. W 1968 r. podobne badania przeprowadził J. K. Falewicz. W latach osiemdziesiątych J. Jasiński zrealizował kolejne dwa badania stanowiące kontynuację podejścia metodologicznego zainicjowanego przez A. Świącickiego — pierwsze w 1980 r., drugie w 1985 r.

Tablica 3. Spożycie wódki — mężczyźni\*

	Badania ogólnokrajowe z 1980 r.	Grupa kontrolna pacjentów poradni K <sub>o</sub>	Grupa kontrolna pacjentów szpitali K <sub>z</sub>
N=100%	472	271	133
Częstość:	w odsetkach		
nie pili lub pili rzadziej niż raz w miesiącu	21,1	28,0	36,1
pili raz lub kilka razy w miesiącu	32,7	22,9	23,3
pili raz lub kilka razy w tygodniu	46,2	49,1	40,6
N=100%	466	222	104
Ilość wypijana jednorazowo:	w odsetkach		
pili do 0,2 l	50,6	59,9	48,1
pili 0,2 l i więcej	48,4	40,1	51,9

\* Dane ogólnopolskie zaczerpnięto z: J. Jasiński: *Badania ankietowe nad spożyciem alkoholu w Polsce w 1980 roku*, Warszawa 1984, s. 29, tab. 4 oraz s. 33, tab. 6.

mniej niż przeciętny Polak, zaś w środowisku pacjentów szpitali (K<sub>z</sub>) mężczyźni piją wódkę dużo rzadziej niż inni, ale wypijają więcej jednorazowo.

Spożycie alkoholu wywołuje określone konsekwencje fizjologiczne. Największe zagrożenie niesie wypijanie dużych ilości wódki przy jednej okazji. Prowadzi bowiem do znacznie głębszego zatrucia alkoholem organizmu, niż dzieje się to w przypadku nawet znacznie częstszego picia, ale niewielkich ilości alkoholu<sup>12</sup>.

Jak pokazano, najważniejszą cechą wyróżniającą sposób, w jaki piją alkohol mężczyźni w środowisku pacjentów szpitali jest skłonność do upijania się wódką. Skutkiem wypijania dużych ilości wódki za jednym razem jest wysoki stopień intoksykacji alkoholem mężczyzn w tym środowisku.

Inaczej w środowisku pacjentów poradni, w których mężczyźni piją wódkę częściej niż przeciętnie, ale jednorazowo wypijają znacznie mniej aniżeli zwykle czyni to przeciętny Polak.

Polska należy do grupy krajów, w których ogólny poziom spożycia alkoholu nie jest wysoki<sup>13</sup>. Równocześnie od lat dominującym napojem alkoholowym pozostaje

<sup>13</sup> Zależność stopnia intoksykacji organizmu od ilości alkoholu wypijanego przy jednej okazji pokazał w swoim artykule A. Świąćicki. Zob. *Wskaźnik skutków a poziom spożycia*, „Problemy Alkoholizmu” 1978, nr 8-9, s. 9.

<sup>13</sup> Według danych zamieszczonych w tabeli 5 na s. 69 *II Raportu o polityce wobec alkoholu* (Warszawa 1990), Polska zajmuje 25 miejsce wśród 50 krajów uwzględnionych w publikacjach Holenderskiego Zrzeszenia Producentów Napojów Destylowanych. Wyprzedza nas większość krajów europejskich.



u nas wódka. Stanowi ona 70% ogółu wypijanych przez Polaków napojów alkoholowych. W 1980 r. spożycie wódki w Polsce było najwyższe w Europie, od 1987 r. dwa kraje — NRD i Węgry — przesunęły Polskę na 3 miejsce. O specyfice polskiego wzoru picia decyduje zatem preferencja wódki oraz rozmiary jej spożycia. Polacy pijąc głównie wódkę wypijają jej dużo jednorazowo, natomiast częstość picia jest w naszym kraju znacznie mniejsza niż w wielu innych krajach.

Spożycie wódki nie rozkłada się równomiernie w całym społeczeństwie. Analiza struktury spożycia napojów alkoholowych wskazuje na wysoką koncentrację spożycia wódki. Oznacza to, że niewielka liczba osób intensywnie pijących (tzn. często i dużo jednorazowo) wypija większość wódki. W 1985 r. „9% konsumentów wódki wypijało 55% jej ogólnej ilości”<sup>14</sup>. Pozostali Polacy piją wódkę w niewielkich ilościach (do 0,2 l jednorazowo).

Wyniki badań zrealizowanych na przestrzeni ostatnich trzydziestu lat ujawniają powolne zmniejszanie się koncentracji spożycia wódki, rośnie bowiem odsetek osób pijących intensywnie (do 20% mężczyzn). Zgodnie z tym zwiększa się liczba pijących jednorazowo małe ilości wódki (około 50% mężczyzn jednorazowo wypija mniej niż 0,2 l wódki)<sup>15</sup>.

Proces polaryzacji wzorów jednorazowej konsumpcji alkoholu wiąże się ze zwiększeniem liczby osób nadmiernie pijących. Co piąty mężczyzna w Polsce pije wódkę w sposób zagrażający jego zdrowiu. Przeważnie upija się on dużymi dawkami wódki, co oznacza, że nie kontroluje wypijanych przez siebie ilości alkoholu. Częste picie umiarkowanych ilości alkoholu, tzn. picie nie doprowadzające do utraty trzeźwości, nie wywołuje tak szybko groźnych następstw społecznych, jak picie nawet rzadsze, ale równoczesne z upijaniem się. Styl picia „dużo jednorazowo” zwiększa rozmiary negatywnych skutków, które zależą od poziomu intoksykacji alkoholem osób pijących intensywnie<sup>16</sup>.

Analiza środowiskowych wzorów picia alkoholu potwierdziła tezę, że osoby, których otoczenie pije alkohol często i ponad miarę, są bardziej od innych narażone na alkoholizm. Pogląd taki jest często spotykany w literaturze przedmiotu<sup>17</sup>. Nadmierne picie alkoholu, chociaż nie u wszystkich spowoduje uzależnienie, to jednak w dużym stopniu ułatwia przekroczenie granicy między picciem zwyczajowym a nałogowym.

Style picia alkoholu w obu interesujących nas środowiskach ( $K_Q$  i  $K_z$ ) są różne. Rozbieżności dotyczą zarówno częstości, jak i wielkości jednorazowego spożycia. Podkreślić należy niektóre różnice: środowisko pacjentów poradni cechuje zwyczaj częstego picia mocnych napojów alkoholowych, przy zachowaniu pewnego umiaru w ilości wypijanej przy jednej okazji; natomiast środowisko pacjentów szpitali cechuje większa skłonność do upijania się wódką, przy mniejszej częstości picia. Ta odmienność przesądza o tym, że ryzyko uzależnienia od alkoholu w środowisku dostarczającym szpitalom pacjentów jest większe niż w środowisku pacjentów

<sup>14</sup> Zob. J. J a s i ń s k i: *Spożycie* op. dt., s. 24.

<sup>15</sup> Zob. *II Raport* op. cit., s. 18.

<sup>16</sup> Zob. A. Ś w i ę c i c k i: *Wskaźnik skutków* op. dt.

<sup>17</sup> I. Ł a b u d z k a w oparciu o wyniki badań A. Ś w i ę c i c k iego stwierdza w swojej pracy (*Zjawisko* op. dt., R. 36): „W Polsce w badaniach przeprowadzonych przez OBOP w roku 1960 zanotowano zjawisko wiązania się przypadków alkoholizmu w tzw. koncentrację spożycia. Występowała ona tam, gdzie znaczna część alkoholu wypijana była w danej populacji przez małą stosunkowo grupę osób. Za miarę empiryczną koncentracji przyjęto odsetek osób, które wypijały 50% ogólnej ilości alkoholu spożywanego przez wszystkich członków populacji. Obserwacja powyższa wskazuje na dość poważne tu znaczenie wysokości konsumpcji alkoholu w powstawaniu interesującego nas zjawiska.”

poradni. Zbiorowość pacjentów szpitali była nieco młodsza niż pacjentów poradni. Częste upijanie się alkoholem prowadzi do wysokiej intoksykacji alkoholem organizmu, co w młodym wieku przyspiesza rozwój choroby alkoholowej.

Podkreślenia wymaga jeszcze fakt, że środowiska, z których pochodzą alkoholicy różnią się pod wieloma innymi względami.

Tablica 4. Środowiska społeczne alkoholików według cech demograficzno-społecznych, mężczyźni

	Grupa badanych	
	K <sub>o</sub> +A <sub>o</sub>	K <sub>z</sub> +A <sub>z</sub>
N=100%	542	266
Wiek:	w odsetkach	
młodzi (do 30 lat)	21,4	24,8
w średnim wieku (od 31 do 39 lat)	37,6	32,3
dojrzały i starsi (powyżej 40 lat)	41,0	42,9
Stan cywilny: osoby w stanie wolnym	16,2	30,0
żonaci, mężatki	63,1	40,6
wdowcy, wdowy		3,8
	1,5	}29,4
rozwidzeni i separowani	}20,7	
	19,2	25,6
Miejsce zamieszkania (według liczby ludności):		
100 tys. i więcej	56,4	38,4
20 -100 tys.	42,1	21,8
poniżej 20 tys.	1,5	26,3
wieś	—	13,5
Wykształcenie:		
podstawowe i zawodowe zasadnicze	71,6	79,0
średnie	22,1	13,5
wyższe	6,3	7,5
Zawód:		
pracownicy fizyczni niewykwalifikowani	16,6	14,3
pracownicy fizyczni wykwalifikowani	51,9	66,9
pracownicy umysłowi	20,1	10,5
inni	11,4	8,3
Źródło utrzymania:		
posiadający stałą pracę, renta, emerytura	94,5	85,0
pracujący dorywczo	5,2	6,8
	5,5	6,8
nie pracujący (zdolni do pracy)	0,3	8,2

Pacjentami szpitali, częściej niż zaobserwowano to w przypadku pacjentów poradni, zostają mężczyźni; jak już wspomniano młodsi, ale i bardziej spolaryzowani pod względem wieku, częściej zamieszkali na wsi lub w małych miastach; bez własnej rodziny, które jeszcze nie założyli, albo uległa już rozpadowi; bezdzietni; mający wysokie dochody, ale nie posiadający mieszkania; zatrudnieni jako robotnicy fizyczni wykwalifikowani; czasami mający kłopoty z utrzymaniem stałej pracy. Splot powyższych uwarunkowań środowiskowych wzmaga zagrożenie alkoholizmem. Zestawiając środowisko pacjentów szpitali ze środowiskiem pacjentów poradni — wiele przemawia za tym, aby sytuację tych ostatnich ocenić jako ogólnie korzystniejszą. Są oni trochę starsi (częściej reprezentują średnie kategorie wieku); mają rodziny (niższy odsetek osób rozwiedzionych), często są to rodziny z dziećmi oraz w większości posiadają stałą pracę. Badania ujawniły, że osoby ze środowiska pacjentów szpitali reprezentowały raczej krańcowe przedziały w rozkładach cech demograficzno-społecznych, podczas, gdy środowisko pacjentów poradni z reguły cechują rozkłady normalne tych zmiennych. Można na podstawie tego wyciągnąć wniosek, że środowisko pacjentów poradni w dużo większym stopniu składa się z osób o ogólnie ustabilizowanej sytuacji życiowej. Ważną rolę odgrywa tu pozostawanie w niezaburzonych związkach małżeńskich oraz posiadanie stałej pracy. Środowisko rodzinne oraz najbliższe otoczenie w miejscu pracy umożliwia bowiem kontrolę nad negatywnymi zjawiskami wywołanymi pićm alkoholu.

#### IV. RELIGIJNOŚĆ

Religijność alkoholika może być porównywana z religijnością jego środowiska społecznego. W badaniach sięgnięto jeszcze głębiej, ukazując religijność rodziny alkoholika i środowisko z okresu nauki szkolnej, gdy uczęszczał on na katechizację. Można przypuszczać, że obecna ocena przez alkoholika swej własnej religijności i uczestnictwa w praktykach religijnych jest zbliżona do opinii i wzorów zachowań osób dobranych do próby kontrolnej. Natomiast jego mentalność religijna kształtowała się w postaci wiedzy i wiary już we wczesnej młodości, pod wpływem rodziny i katechizacji.

W badanej zbiorowości osób uzależnionych od alkoholu, to jest pacjentów poradni i pacjentów lecznictwa zamkniętego ( $A_0$  i  $A_2$ ) — 85,4% respondentów uznało siebie za wierzących, w tym: 4,6% osób uważa się za głęboko wierzących i systematycznie praktykujących; 15,3% — wierzących i systematycznie praktykujących; 37,7% — wierzących, ale praktykujących niesystematycznie; 27,8% — wierzących i niepraktykujących. Osoby niewierzące i obojętne w sprawach religii stanowiły 14,6% badanych, w tym: osoby interesujące się tymi sprawami, ale nie posiadające na nie ostatecznego poglądu — 3,7%; osoby obojętne w sprawach religii — 4,8%; osoby niewierzące i niepraktykujące — 3,9%; osoby niewierzące, ale niekiedy praktykujące przez wzgląd na otoczenie — 1,5%; oraz niecały procent stanowiły osoby określające się jako przeciwnicy religii — 0,7%.

W całej populacji alkoholików pozytywne autodeklaracje wiary kształtujące się na poziomie około 85% są tylko nieznacznie niższe od ogólnych danych o liczbie wierzących w Polsce, szacowanych na 86 lub nieco więcej procent<sup>18</sup>.

Przejdźmy do analitycznego spojrzenia na obie zbiorowości badanych alkoholi-

<sup>18</sup> Por. K. Barczewska: *Religion et famille polonaise contemporaine*, w: W. Zdanievicz (red.): *Religiousness in the Polish Society Life*, Warszawa 1981, s. 151. Autorka podaje, że w Polsce 86,3% osób uważa się za wierzących. Por. także J. Marjański: *Typy postaw* op. cit., s. 121 i 127.

ków w zestawieniu z odpowiednimi grupami respondentów z grup kontrolnych. Obraz religijności osób uzależnionych od alkoholu w porównaniu do religijności przejawianej przez badanych z grup kontrolnych może ułatwić charakterystykę religijności jako zjawiska złożonego, na którego zanik bądź rozkwit wpływa splot wielu czynników społecznych.

Tablica 5.  
Opinie rozmówców o własnej postawie religijnej

	Grupa kontrolna pacjentów poradni K <sub>o</sub>	Pacjenci poradni A <sub>o</sub>	Grupa kontrolna pacjentów K <sub>z</sub>	Pacjenci szpitali A <sub>z</sub>
N=100%	322	322	135	
Autodeklaracja religijna:	w odsetkach			
wierzący i systematycznie praktykujący		21,5	33,3	
wierzący i praktykujący niesystematycznie	34,5 }73,1	}57,8 36,3	}67,4 34,1	16,3 }56,3
wierzący i niepraktykujący	38,6 12,7	27,0	22,2	40,0 29,6
	85,8	84,8	89,6	85,9
interesujący się tymi sprawami ale nie mający na nie ostatecznego poglądu	4,3	3,4	5,2	5,2
niewierzący ale niekiedy praktykujący	}6,5 2,2	}4,9 1,5	}6,7 1,5	}54,9 1,5
obojętni	4,3	4,7	2,2	
niewierzący i niepraktykujący	}7,7 3,4	}10,3 5,6	}3,7 1,5	5,2 }17,4 2,2

Znacznie więcej alkoholików wierzy aniżeli praktykuje. Rozbieżność ta nie jest oczywiście cechą charakterystyczną jedynie dla alkoholików. Około 56—58% alkoholików wraz z wiarą deklaruje, przynajmniej od czasu do czasu, udział w praktykach religijnych. Badani z grup kontrolnych praktykują z większą intensywnością aniżeli alkoholicy, odsetki wierzących i jednocześnie jako tako praktykujących przewyższają odpowiednie odsetki alkoholików i wynoszą około 67 — 73%, czyli kształtują się na poziomie przeciętnym dla tego obszaru Polski<sup>19</sup>. Największe różnice

<sup>19</sup> Ludność grupy województw zachodnich i centralnych (w tym województwa wrocławskiego)

między populacją kontrolną a pacjentami wystąpiły w regularnym wykonywaniu praktyk. Pacjenci poradni praktykują regularnie o 1/3 rzadziej, a pacjenci szpitali przeszło o połowę rzadziej niż osoby z ich grup kontrolnych.

Porównując zbiorowości  $A_0$  i  $A_z$  odnotowujemy nieco wyższy poziom deklarowanej wiary przez pacjentów szpitali — z jednej strony — oraz trochę mniejsze ich uczestnictwo w praktykach religijnych — z drugiej strony. Te nieznaczne różnice, które obserwujemy pomiędzy wyróżnionymi zbiorami pacjentów spowodowane zostały prawdopodobnie tym, że pacjenci szpitalni objęci byli leczeniem zamkniętym.

„Globalne wyznanie wiary” nie wskazuje więc na istnienie zasadniczych różnic pomiędzy alkoholikami leczonymi w poradni a tymi, którzy zostali poddani leczeniu w placówkach zamkniętych. Odsetki wyznających wiarę w obydwu podzbiorach są prawie tożsame i wynoszą około 85% badanych. Często pozytywna samoidentyfikacja religijna wyrażana przez badanych, zrozumiała w naszych warunkach kulturowych, ujednoliciła uzyskane w badaniach wyniki.

Badania socjologiczne dowodzą, że poziom deklarowanej wiary jest zawsze znacznie wyższy aniżeli stopień uczestnictwa w praktykach religijnych. Teza powyższa została potwierdzona również w omawianych badaniach. Ponad 3/4 alkoholików przypisujących sobie wiarę przyznaje jednocześnie, że praktykuje niesystematycznie albo wcale nie praktykuje. Zaledwie 21,5% pacjentów poradni oraz 16,3% pacjentów szpitali deklaruje wiarę wraz z systematycznym udziałem w praktykach religijnych. Badanych alkoholików charakteryzuje więc intensywna autodeklaracja wiary, przy znacznym zaniedbaniu wypełniania praktyk religijnych.

## V. PRAKTYKI RELIGIJNE

Poznanie religijności jednostki, bądź zbiorowości poprzez obserwację głównie zachowań kulturowych jest jednym z możliwych podejść badawczych, często stosowanym przez socjologów. Popularność takiego podejścia wynika przede wszystkim z faktu, że jest ono najbardziej dostępne, obiektywne i proste. Badania nad praktykami religijnymi zapoczątkował i dowiódł ich ważności socjolog francuski G. Le Bras.

Religijne praktyki jednorazowe, zwane także „okresowymi”<sup>20</sup>, do których zalicza się chrzest, pierwszą komunię, bierzmowanie, ślub kościelny i pogrzeb religijny, podkreślają znaczenie przełomowych momentów w życiu jednostki. „Ryty przejścia” pełnią równocześnie pozareligijne funkcje i nierzadko aspekt religijny bywa zdominowany innymi społecznymi racjami.

Powszechnie znany jest fakt, że w społeczeństwie polskim dominującym wyznaniem religijnym jest katolicyzm. Około 95% Polaków to ludzie ochrzczeni w Kościele Katolickim<sup>21</sup>. Na uwagę zasługuje wysoki stopień realizacji również

---

i miasta Wrocławia), na przykładzie badań empirycznych przeprowadzonych w 1968 r., określona została jako „stosunkowo najmniej religijna”. Odsetek osób deklarujących się jako wierzące i praktykujące kształtuje się w granicach 60—65%. (Przeciętny odsetek osób deklarujących się jako wierzące i praktykujące dla całego kraju wynosił 67,7%). Dane powyższe zaczerpnięte zostały z artykułu A. Świącickiego: *Spoleczne* op. cit., s. 6.

<sup>20</sup> „Praktykowaniem okresowym” nazywa się pragnienie uczczenia czterech głównych okresów życia przez ceremonie religijne: urodzenia — przez chrzest, zakończenia okresu dzieciństwa — przez uroczystą pierwszą komunię św. i bierzmowanie, zawarcia związku małżeńskiego — przez sakrament małżeństwa, wreszcie śmierci — przez pogrzeb religijny. J. R e m y, L. D i n g e m a n s: *Kryteria* .... op. cit., s. 285.

<sup>21</sup> J. M a j k a: *Jaki jest katolicyzm polski?*, w: F. A d a m s k i (red.): *Socjologia religii*, op. cit., s. 260.

pozostałych praktyk jednorazowych. Nawet przy znacznym osłabieniu poziomu religijności, można założyć, że zostanie utrzymany wysoki stopień wypełniania praktyk jednorazowych. Masowe uczestnictwo w praktykach jednorazowych potwierdza często przywiązanie do tradycji religijnej, chęć utrzymania wzorów zachowań religijnych tradycyjnie przekazywanych z pokolenia na pokolenie.

Stan realizacji praktyk jednorazowych w badanych populacjach zasadniczo nie odbiega od ogólnego poziomu w społeczeństwie polskim. Prawie wszyscy badani, zarówno alkoholicy, jak i respondenci z grup kontrolnych zostali ochrzczeni. W zdecydowanej większości przystąpili także do pierwszej komunii. W przypadku pierwszej komunii odnotowano niewielkie różnice między środowiskami K<sub>o</sub> i A<sub>o</sub> oraz K<sub>z</sub> i A<sub>z</sub> — praktyka ta wypełniana jest w większym procencie w środowisku pacjentów szpitali.

Tablica 6. Udział w praktykach jednorazowych

	Grupa kontrolna pacjentów poradni K <sub>o</sub>	Pacjenci poradni A <sub>o</sub>	Grupa kontrolna pacjentów K <sub>z</sub>	Pacjenci szpitali A <sub>z</sub>
N=100%	322	322	135	135
Udział w praktykach:	w odsetkach			
chrzest	98,4	98,8	100,0	100,0
pierwsza komunია	96,0	92,9	99,3	99,3
bierzmowanie	84,5	77,0	86,7	77,0
ślub kościelny	88,7	78,5	91,5	80,0

Natomiast bierzmowanie i ślub kościelny w sposób bardziej widoczny różnią alkoholików od badanych z grup kontrolnych (w obu środowiskach na podobnym poziomie). Odsetki alkoholików, którzy przystąpili do bierzmowania są niższe o blisko 10% od uzyskanych dla grup kontrolnych. Alkoholicy częściej także zawierają małżeństwa bez ślubu kościelnego. Niewykluczone, że przyczyny takiej sytuacji mogą tkwić w bardziej nieuporządkowanej sytuacji rodzinnej alkoholików, w częstszym zawieraniu ponownych związków małżeńskich.

Kościół Katolicki nakłada na swoich wiernych obowiązek wypełniania pewnych praktyk religijnych. Szczególne znaczenie mają dwie spośród nich: udział we mszy św. niedzielnej oraz przystępowanie do komunii świętej wielkanocnej.

Kwestionariusz wywiadu zawierał dwa pytania, które posłużyły nam do uzyskania informacji na temat częstości udziału badanych we mszy św., pierwsze z pytań sformułowane zostało w sposób ogólny; odpowiedź na nie stanowiła samoocenę uczestnictwa we mszy św. Pytanie drugie odwoływało się do pamięci respondentów, mieli oni wskazać „ile razy w ciągu ostatnich 4 tygodni byli obecni na mszy św.?”

Tablica 7. Deklarowany udział we mszy św.

Pytanie 29	Grupa kontrolna pacjentów poradni K <sub>o</sub>	Pacjenci poradni A <sub>o</sub>	Grupa kontrolna pacjentów K <sub>z</sub>	Pacjenci szpitali A <sub>z</sub>
N=100%	322	322	135	135
	w odsetkach			
kilka razy w tygodniu w każdą niedzielę	27,1 }42,3	13,0 }27,3	26,7 }41,5	8,9 }20,8
prawie w każdą niedzielę	15,2 19,6	14,3 20,5	14,8 24,4	11,9 19,3
1—2 razy w miesiącu tylko w wielkie święta	13,0 }17,4	13,0 }18,6	10,4 }16,3	11,9 }16,3
tylko z okazji ślubu, pogrzebu	4,4	5,6	5,9	4,4
nigdy	16,8	23,6	14,8	35,6
brak danych	3,9	10,0	3,0	8,0

Zgodnie z nakazem kościelnym katolik zobowiązany jest do udziału we mszy św. w każdą niedzielę i święto. Zaniechanie uczestnictwa we mszy św. niedzielnej zapowiada osłabienie wiary i rozluźnienie więzi z Kościołem.

Osoby ze środowisk kontrolnych K<sub>o</sub> i K<sub>z</sub> deklarują udział w praktykach niedzielnych na podobnym poziomie, jaki odnotowany jest w badaniach ogólnopolskich. W zbiorowości kontrolnej dla pacjentów zakładów zamkniętych, w której dość znaczny odsetek osób mieszka na wsi lub w niedużych miastach, uczęszczanie na mszę św. niedzielną jest mniej regularne, ale stosunkowo mały jest też odsetek osób nie uczęszczających w ogóle do Kościoła oraz takich, które nie odpowiedziały na to pytanie.

Alkoholicy w porównaniu do badanych z grup kontrolnych częściej deklarowali całkowity brak udziału we mszy św. niedzielnej, jak również odsetki alkoholików przypisujących sobie regularność w wypełnianiu praktyki niedzielnej są znacznie niższe. Zaledwie 1/4 pacjentów poradni i 1/5 pacjentów szpitali ocenia, że uczestniczy we mszy św. w każdą lub w prawie każdą niedzielę. Po zsumowaniu kategorii deklarujących systematyczny udział oraz uczestniczących niesystematycznie stwierdzamy, że blisko połowa pacjentów poradni deklaruje, że uczestniczy w praktyce niedzielnej przynajmniej raz w miesiącu, a nieco mniej w przypadku pacjentów szpitali — 40,1%.

Zarówno dla alkoholików, jak i dla badanych z grup kontrolnych na zbliżonym poziomie kształtowały się deklaracje niesystematycznego uczestnictwa we mszy św. (1—2 razy w miesiącu) oraz okazjonalnego udziału we mszy św.

Grupując dane nieco inaczej dostrzeżono, że ponad 1/3 alkoholików oświadcza,

iz uczestniczy we mszy św. niedzielnej w sposób nieregularny, bądź też przychodzi na mszę św. sporadycznie w wielkie święta lub z okazji uroczystości religijnych. Podobną sytuację obserwujemy również jeżeli chodzi o respondentów z grup kontrolnych.

Tablica 8. Uczestnictwo we mszy św. w czasie ostatnich 4 tygodni

Pytanie 29	Grupa kontrolna pacjentów poradni K <sub>o</sub>	Pacjenci poradni A <sub>o</sub>	Grupa kontrolna pacjentów K <sub>z</sub>	Pacjenci szpitali A <sub>z</sub>
N=100%	322	322	135	135
Uczestniczyli:	w odsetkach			
1—2 razy	24,8	30,8	32,6	24,4
ani razu	33,5	43,5	31,1	61,5
brak danych	7,1	3,0	2,2	5,2
3—4 razy	34,6	22,7	34,1	8,9

Analiza udziału we mszy św. niedzielnej w ciągu ostatniego miesiąca ukazuje różnice pomiędzy badanymi zbiorowościami. Respondenci z grup kontrolnych w dużo większym procencie uczestniczyli regularnie we mszy św. niedzielnej aniżeli alkoholicy. W przypadku pacjentów szpitali różnica jest czterokrotna.

Poniżej przytoczono trzy odmiennie sformułowane pytania, które dotyczyły regularnego uczestnictwa we mszy niedzielnej. Ten wskaźnik religijności daje się łatwo zaobserwować z perspektywy lat zapamiętanych przez respondenta, ale również dotyczy on zachowania, które regularnie, co tydzień wiąże osobę wierzącą z duszpasterskim oddziaływaniem Kościoła. Zestawienie wskazuje, że odpowiedzi na pytanie odwołujące się do pamięci respondenta i sprawdzające regularność udziału w praktyce niedzielnej w ostatnim okresie oraz odpowiedzi w autodeklaracji religijnej, które wybrały osoby podkreślające wiarę i systematyczne praktyki, kształtują się na podobnym poziomie. Potwierdza to ich wiarygodność. Odbiegają od tej prawidłowości odpowiedzi alkoholików aktualnie leczonych w szpitalach.

Można domyślać się, że przeciętnie mogą oni uczestniczyć we mszy św. co drugą niedzielę.

Zestawienie powyższe wskazuje także na mniejszą wartość poznawczą odpowiedzi zawartych w tablicy 7.

Drugą periodyczną praktyką obowiązkową jest wielkanocna spowiedź i komunia św.

W ostatnim roku alkoholicy rzadziej pamiętali o konieczności dopełnienia obowiązku wielkanocnego, aniżeli badani z grup kontrolnych. We wszystkich kategoriach osób badanych zwraca też uwagę większy odsetek odbywających coroczną spowiedź, niż przystępujących do komunii św. Wpływa na to przypuszczalnie liczba osób żyjących w konkubinacie. Największe, a zarazem ważne z punktu widzenia naszych badań, różnice wystąpiły wśród osób przystępujących do spowiedzi raz w roku lub częściej.



Tablica 9. Zestawienie odpowiedzi na różnie sformułowane pytania o uczęszczanie na mszę św.

Regularne uczestnictwo we mszy św.	Grupa kontrolna pacjentów poradni K <sub>o</sub>	Pacjenci poradni A <sub>o</sub>	Grupa kontrolna pacjentów K <sub>z</sub>	Pacjenci szpitali A <sub>z</sub>
N=100%	322	322	135	135
Deklaracja:	w odsetkach			
jestem wierzący i systematycznie praktykujący	34,5	21,5	33,3	16,3
prawie w każdą niedzielę	42,3	27,3	41,5	20,8
3—4 razy w ciągu ostatnich czterech tygodni	34,6	22,7	34,1	8,9

Tablica 10. Częstość odbywania spowiedzi i przystępowania do komunii św.

Praktyki wielkanocne	Grupa kontrolna pacjentów poradni K <sub>o</sub>	Pacjenci poradni A <sub>o</sub>	Grupa kontrolna pacjentów K <sub>z</sub>	Pacjenci szpitali A <sub>z</sub>
N = 100%	322	322	135	135
Spowiedź	w odsetkach			
raz w miesiącu i częściej	4,6	1,6	3,0	2,2
kilka razy w roku	28,6	18,6	30,4	21,5
raz w roku	23,6	23,0	21,4	17,0
	Z 56,8	Z 43,2	Z 54,8	Z 40,7
co parę lat	20,5	25,8	21,5	25,2
wcale nie przystępuję	16,5	21,8	14,8	18,5
brak danych	6,2	9,2	8,9	15,6
Komunia św.:				
raz w miesiącu i częściej	14,0	9,0	12,6	5,2
kilka razy w roku	14,0	9,0	14,8	6,7
raz w roku	24,8	17,4	19,3	19,3
	Z 52,8	Z 35,4	Z 46,7	Z 31,2
co parę lat	29,2	37,6	34,0	43,0
wcale nie przystępuję	12,5	17,1	10,4	14,8
brak danych	5,5	9,9	8,9	11,0

Na uwagę zasługuje fakt, że znacznie większy odsetek alkoholików wywiązuje się pozytywnie z obowiązku wielkanocnego, aniżeli bierze systematycznie udział we mszy św. niedzielnej. Okres świąteczny sprzyja zarówno refleksji nad swym postępowaniem, na co wpływa dość powszechny udział w rekolekcjach wielkopostnych, jak również bliskim kontaktom z rodziną.

Zestawiając ze sobą dwie podstawowe praktyki religijne — udział we mszy św. niedzielnej oraz wypełnianie obowiązku paschalnego — większe znaczenie należy przypisać praktyce niedzielnej, z uwagi na wysiłek jaki trzeba włożyć w jej systematyczne wypełnianie. Praktyka niedzielna w większym stopniu różnicuje zachowania osób badanych niż praktyka wielkanocna.

Wiele przeprowadzonych badań wskazuje, że wskaźnik realizacji obowiązku wielkanocnego jest zwykle wyższy niż wypełnianie praktyki niedzielnej. Częstość uczestnictwa we mszy św. niedzielnej można zatem uznać za lepszy wskaźnik zaangażowania religijnego niż przystępowanie do spowiedzi i komunii św. wielkanocnej, ponieważ regularny udział we mszy św. wymaga ze strony respondentów stałej, powtarzanej aktywności. Szczególnie ważne wydaje się to w odniesieniu do alkoholików. Zrealizowane badania ujawniły również mniejsze różnice pomiędzy alkoholikami a badanymi z grup kontrolnych, jeżeli chodzi o spełnienie obowiązku paschalnego niż w przypadku deklarowanego uczestnictwa we mszy św. Tłumaczyć to można dwoma względami, z jednej strony w okresie Wielkanocy nie występują tak duże trudności wynikające z okresu „zamknięcia”, a z drugiej strony mamy wówczas do czynienia ze wzmożonym oddziaływaniem utrwalaonych w Polsce obyczajów.

Do praktyk nadobowiązkowych zaliczono indywidualną modlitwę, uczestnictwo w nabożeństwach nadobowiązkowych oraz udział w imprezach organizowanych przez parafię, a także udział w świadczeniach na rzecz Kościoła. We wszystkich przypadkach poziom wyborów pozytywnych poszczególnych wskaźników kształtował się na nieco wyższym poziomie w grupach kontrolnych niż wśród alkoholików (różnica rzędu kilku procent).

Stosunkowo wysoki procent alkoholików (około 70) odczuwa potrzebę systematycznej bądź sporadycznej modlitwy indywidualnej. Odsetek osób w ogóle nie modlących się jest nieco większy wśród pacjentów lecznictwa zamkniętego — 34,1%, odpowiednio 24,8% pacjentów poradni. Ponadto liczba osób, które w ogóle nie modlą się jest znacznie większa niż liczba osób niewierzących i niepraktykujących oraz obojętnych w sprawach religii.

Wśród badanych alkoholików występuje brak zainteresowania uczestnictwem w nabożeństwach nadobowiązkowych<sup>22</sup>. Badanych poproszono o ocenę swojego uczestnictwa w wybranych nabożeństwach nadobowiązkowych: nieszporach niedzielnych, nabożeństwie majowym oraz różańcowym, Drodze Krzyżowej, Gorzkich Żalach. W obu zbiorowościach alkoholików przeciętnie 80% respondentów nie bierze udziału w żadnym z wymienionych nabożeństw. Regularne uczestnictwo w nabożeństwach nadobowiązkowych deklaruje około 1—4% badanych, alkoholicy najczęściej biorą udział w nabożeństwie majowym oraz w Drodze Krzyżowej.

Spśród imprez organizowanych przez parafię jedynie projekcje filmów o tema-

---

<sup>22</sup> Badania socjologiczne wykazują niski poziom uczestnictwa w praktykach nadobowiązkowych. Udział badanych w praktykach nadobowiązkowych jest znacznie niższy niż w praktykach obowiązkowych. Por. H. Kubiak: *Religijność a środowisko społeczne*, Wrocław 1972.

tyce religijnej wzbudzają umiarkowane zainteresowanie alkoholików. W ostatnim okresie 21,5% pacjentów szpitali oraz 20,2% pacjentów poradni brało udział w tego typu imprezach w kościele parafialnym. Pozostałe imprezy organizowane przez parafię są przedmiotem zainteresowania jedynie niewielkiej liczby pacjentów.

Znaczna część badanych alkoholików deklaruje udział w tradycyjnych świadczeniach pieniężnych na rzecz Kościoła, głównie poprzez ofiary „na tacę” składane w czasie nabożeństw (77,1% pacjentów szpitali oraz 70,8% pacjentów poradni) oraz datki pieniężne podczas „kolędy” — 80% pacjentów szpitali oraz 70,8% pacjentów poradni.

Stosunkowo często, w porównaniu z innymi tego typu świadczeniami, alkoholicy deklaruowali udział w pracach przy budowie lub remoncie kościoła — 23,7% pacjentów szpitali oraz 13,4% pacjentów poradni.

## VI. MORALNOŚĆ RELIGIJNA

Religia dostarcza zespołu norm etycznych oraz wymaga poszanowania ich w życiu codziennym.

Wymiar konsekwencyjny religijności określa wpływ jakości i intensywności przekonań religijnych na zachowania pozakulturowe jednostki, mówi czy i w jakim stopniu moralne normy religijne są akceptowane i realizowane w życiu codziennym człowieka religijnego. Szczególne znaczenie tego wymiaru pochodzi z przekonania, że pozwala ono ocenić wpływ pozostałych wymiarów religijności na praktykę życia.

Oddziaływanie religii w sferze etycznej ujmowane jest w dwu aspektach — poprzez badanie opinii oraz zachowań moralnych. Badanie opinii moralnych jest rzeczą stosunkowo prostą (potwierdzają to liczne przykłady w literaturze), znacznie bardziej skomplikowaną sprawą pozostaje uzyskanie informacji o zachowaniach moralnych.

Bezsporny jest fakt, że przestrzeganie i akceptacja religijnych norm moralnych (czy też norm moralnych zgodnych z normami religii) może być warunkowane również innymi czynnikami aniżeli zaangażowanie religijne danej osoby. Sprawą otwartą i nie poznaną pozostaje również problem zgodności deklaracji i ocen z rzeczywistymi zachowaniami badanych osób.

W dziedzinie moralności — jako charakterystyczna dla katolicyzmu polskiego — eksponowana jest wyraźna rozbieżność pomiędzy poziomem realizacji praktyk religijnych a przejawianymi postawami etycznymi. Można zgodzić się z opinią, że społeczeństwo polskie zawsze było bardziej „rytualne” niż „moralne”. Troska i zainteresowanie — zarówno wiernych jak i duchownych — nierzadko skupiły się bardziej na sumiennym wypełnianiu praktyk religijnych aniżeli na wytrwałym stosowaniu się do norm moralnych w życiu codziennym. Nie ulega wątpliwości, że w naszym społeczeństwie od dawna obserwujemy porzucanie ortodoksji normatywnej na rzecz podejścia selektywnego w kwestiach moralnych. Selektywność ta dyktowana jest głównie praktycznymi względami. Religia traci swój normatywny charakter, a ustanawiane przez nią wzory zachowań i normy są nierzadko ignorowane. Wyraźnie zagrożone jest oddziaływanie religii na życie małżeńskie i rodzinne. Moralność małżeńska postrzegana jest w oderwaniu od religii.

Tablica 11. Akceptacja wybranych norm etyki katolickiej

	Grupa kontrolna pacjentów poradni K <sub>o</sub>	Pacjenci poradni A <sub>o</sub>	Grupa kontrolna pacjentów K <sub>z</sub>	Pacjenci szpitali A <sub>z</sub>
N=100%	322	322	135	135
Uznają za niedopuszczalne:	Ranga w odsetkach			
jestem wierzący i systema- tycznie praktykujący	34,5	21,5	33,3	16,3
prawie w każdą niedzielę	42,3	27,3	41,5	20,8
3—4 razy w ciągu ostatnich czterech tygodni	34,6	22,7	34,1	8,9
okradanie drugiego człowieka	1 96,6	1 92,2	1 97,0	1 93,3
bicie drugiego człowieka	2 91,3	2 87,9	2 93,3	3 85,4
nadużywanie alkoholu	3 86,3	4 74,8	3 88,2	2 85,9
okradanie zakładu pracy	4 79,5	3 77,6	4 79,3	5 67,4
zdrada małżeńska	5 68,6	5 63,7	5 76,3	4 68,9
przerwanie ciąży	6 56,2	6 51,2	6 59,3	6 49,6
życie bez ślubu kościelnego	7 44,7	8 40,1	8 44,4	8 37,8
rozwoły	8 43,2	7 40,4	7 45,2	7 38,5
stosowanie środków antykoniecznych	9 29,5	9 27,3	9 28,8	9 20,7

Każda z zaproponowanych do oceny norm moralnych postrzegana była w sposób nieco bardziej rygorystyczny (niedopuszczalność przekraczania danej normy) przez respondentów z grup kontrolnych, niż przez alkoholików. Na uwagę zasługuje fakt, że większe różnice wystąpiły pomiędzy alkoholikami objętymi leczeniem zamkniętym oraz odpowiednią grupą kontrolną, niż między pacjentami poradni i dobraną dla nich grupą kontrolną — por. np, normę zabraniającą kradzieży z zakładu pracy — różnica ponad 10%.

Powszechnie akceptowane przez badanych są normy moralne nakazujące poszanowanie własności prywatnej oraz poszanowanie zdrowia i życia bliźniego. Ponad 90% respondentów — zarówno alkoholików, jak i osób z grup kontrolnych — uważa, że nie należy przywłaszczać sobie mienia, które stanowi własność prywatną drugiego człowieka. We wszystkich badanych populacjach normie moral-

nej zabraniającej okradania drugiej osoby respondenci nadali najwyższą rangę.

Oceny moralne — według przyznanych rang — różnią alkoholików leczonych w poradniach od ich środowiska przede wszystkim w dwóch kwestiach. Po pierwsze, alkoholicy przyznali niższą rangę normie nakazującej trzeźwość i umiar w picciu alkoholu niż to ma miejsce w ich środowisku. Wpływ na to, że upijanie się napojami alkoholowymi oceniane jest przez alkoholików łagodniej mają zapewne ich własne problemy alkoholowe i one to mogą modyfikować oceny środowiskowe. Po wtóre, pacjenci poradni nieco większą wagę przywiązują do poszanowania normy zabraniającej kradzieży własności społecznej. Ponadto odnotowano niewielkie różnice między pacjentami poradni a ich grupą kontrolną w przypadku norm moralnych dotyczących życia małżeńskiego. Alkoholicy nieco bardziej potępiają rozwody (niższa ranga), niż związki małżeńskie bez ślubu kościelnego. Różnica między odsetkami jest jednak znikoma.

Pacjenci szpitali okazali się odmienni od swojego środowiska pochodzenia, przyznając wyższe rangi normom moralnym głoszącym niedopuszczalność zdrady małżeńskiej i nadużywania alkoholu oraz niżej oceniając normy, które zabraniają okradania zakładu pracy i fizycznej przemocy wobec drugiego człowieka. To, że pacjenci szpitali bardziej rygorystycznie oceniają pijaństwo oraz zdradę małżeńską może wynikać: z jednej strony z oddziaływania leczenia odwykowego, którego celem jest potępienie nałogu, z drugiej z poczucia winy, że ich choroba alkoholowa sprzyja rozkładowi małżeństwa. Z kolei mniejsza akceptacja norm zabraniających kradzieży mienia społecznego oraz stosowania przemocy fizycznej wobec innych osób świadczy o większym rozluźnieniu moralnym alkoholików, które cechuje ich kontakty z otoczeniem społecznym.

Zdecydowanie negatywnie oceniona została przez wszystkich badanych norma zakazująca stosowania środków antykoncepcyjnych.

Badania pokazały niewielkie różnice w układzie ocen moralnych między środowiskami, z których wywodzą się alkoholicy ( $K_o$ ,  $K_z$ ). Środowisko pacjentów szpitali większe znaczenie przypisywało zakazowi rozwodów, niższą rangę nadano natomiast konieczności zawierania ślubu kościelnego, a więc odwrotnie niż ma to miejsce w środowisku pacjentów poradni. Sytuacja ta może wiązać się z faktem, że w środowisku pacjentów szpitali jest więcej osób rozwiedzionych. Życie bez ślubu kościelnego może być w większym stopniu postrzegane jako dopuszczalne, bowiem zdarza się często w przypadku zawierania ponownych związków.

Konieczność posiadania w życiu stałych zasad postępowania deklaruje 60,7% pacjentów szpitali oraz 49,1% pacjentów poradni. Natomiast 48,8% pacjentów poradni oraz 37,8% pacjentów lecznictwa zamkniętego uważa, że lepiej nie mieć takich zasad i zmieniać postępowanie w zależności od sytuacji, w jakiej człowiek się znajduje. Tę rozbieżność między zbiorowościami alkoholików można uznać za wskaźnik większej polaryzacji psychicznej między postrzeganą normą zachowania a zachowaniem rzeczywistym u pacjentów szpitali.

Możliwość istnienia w życiu sytuacji, w których człowiek może nie przestrzegać przykazań boskich dostrzega 47,4% pacjentów szpitali (odpowiednio 43,2% pacjentów poradni), natomiast 44,4% pacjentów szpitali uważa, że nie istnieją w życiu takie sytuacje (odpowiednio 43,2% pacjentów poradni).

Badanych poproszono również o określenie czyimi radami przede wszystkim kierują się w rozwiązywaniu trudnych sytuacji życiowych. Ponad 60% alkoholików w trudnych sytuacjach życiowych odwołuje się do własnego sumienia.

VIL RODZICE I KATECHIZACJA

Na religijność alkoholików wpływają postawy ukształtowane w dzieciństwie w domu rodzinnym, a później także w wieku szkolnym i podczas katechizacji. Badani, w przeważającej części, ocenili rodziny, z których się wywodzą jako rodziny uznające i zachowujące wartości religijne. Rodzice, w ocenie respondentów, to przede wszystkim ludzie wierzący (tablica 12).

T a b l i c a 12. Ocena religijności rodziców

	Pacjenci poradni		Pacjenci szpitali	
	Ojciec N=322	Matka N=322	Ojciec N=135	Matka N=135
Religijność rodziców:	w odsetkach			
Wierzący i systematycznie praktykujący	47,6	68,1	43,7	69,6
Wierzący i praktykujący niesystematycznie	19,6	17,1	28,2	18,5
Wierzący i niepraktykujący	12,1	7,5	17,0	8,2
	E 79,3	E 92,7	E 88,9	E 96,3
Interesujący się sprawami religii, ale nie mający na nie ostatecznego poglądu	0,9	0,9	—	—
Niewierzący, ale niekiedy praktykujący	0,3	—	0,7	—
Obojętni, niewierzący i niepraktykujący	10,5	2,8	1,5	
Brak danych	9,0	3,6	8,9	3,8

Jak należało oczekiwać wyższy poziom religijności przypisany został matkom badanych, zarówno jeżeli chodzi o wiarę, jak też o udział w praktykach. Zdaniem rozmówców matki o wiele bardziej systematycznie uczestniczyły w praktykach niż ojcowie.

Analizując globalny stosunek do religii respondentów i ich rodziców można dostrzec dużą zbieżność. Dzieci oceniają swą wiarę na nieznacznie niższym poziomie niż wiarę swoich rodziców; pacjenci poradni — 84,8%, rodzice średnio — 86,0%; pacjenci szpitali — 85,9%, rodzice średnio — 92,6%. Uzyskane wyniki pokazują jednak, że badani przypisują rodzicom dużo wyższy od swojego poziom uczestnictwa w praktykach. Systematycznie praktykujący pacjenci poradni stanowią 21,5%, rodzice zaś — 57,8%; pacjenci szpitali — 16,3%, rodzice — 56,7%. Rodzice brali więc udział w praktykach religijnych kilkakrotnie częściej. Różnice w realizacji

praktyk ponieważ mogą być wyjaśnione różnicami wieku, z jakimi mamy do czynienia w przypadku porównywanych zbiorowości. Najstarsze kategorie wiekowe, do których należą rodzice cechuje największa intensywność udziału w praktykach religijnych. Respondenci przeciwnie — są zazwyczaj w wieku największej aktywności zawodowej, co wpływa na osłabienie zaangażowania religijnego właśnie w dziedzinie praktyk.

Pacjenci szpitali w nieco większym procencie niż pacjenci poradni przypisali swoim rodzicom wiarę. Mogła wpłynąć na to różnica pochodzenia, ponieważ respondenci szpitalni rekrutowali się przeważnie z mniejszych miejscowości lub ze wsi, a respondenci leczeni w poradniach pochodzili najczęściej z Wrocławia.

Rodzina wywierała też decydujący wpływ na uczęszczanie dzieci na katechizację. Zdecydowana większość respondentów uczęszczała w przeszłości na lekcje religii. Katecheza zwykle obejmowała okres szkoły podstawowej.

T a b l i c a 13. Czas trwania katechizacji

	Pacjenci poradni A <sub>o</sub>	Pacjenci szpitali A <sub>z</sub>
N=100%	322	135
	w odsetkach	
niepełny okres szkoły podstawowej	22,0	25,2
okres szkoły podstawowej	51,3	53,3
dłużej niż okres szkoły podstawowej	15,2	17,8
	E 88,5	E 96,3
wcale nie uczęszczał	6,8	2,2
brak danych	4,7	1,5

W katechizacji uczestniczył większy odsetek pacjentów szpitali niż pacjentów poradni. Wyjaśnia to ukazana poprzednio różnica religijności rodziców.

Bezpośrednie oddziaływanie rodziców i katechizacji na religijność dziecka maleje po ukończeniu 15 — 18 lat. Od tego momentu do czasu przeprowadzenia badań w życiu respondentów mogły zachodzić zmiany. Ponad połowa badanych alkoholików stwierdziła, że w ich religijności nie dokonały się żadne zmiany: 58,5% pacjentów lecznictwa zamkniętego oraz 54,7% pacjentów poradni. Natomiast 34,1% pacjentów szpitali — odpowiednio 28,0% pacjentów poradni — ocenia siebie jako obecnie mniej religijnych niż dawniej. Jedynie 1,5% alkoholików leczonych w szpitalach — odpowiednio 3,7% pacjentów poradni — obserwuje u siebie wzrost zaangażowania religijnego. Ogólnie oznacza to obserwowany w Polsce, we wszystkich kategoriach ludności w okresie 20—35 roku życia, spadek poziomu religijno-

ści<sup>23</sup>. Spadek zarysował się wyraźniej wśród pacjentów szpitali niż wśród pacjentów poradni otwartych.

Analiza źródeł i procesów kształtowania się religijności respondentów ułatwia zrozumienie aktualnej motywacji ich wiary. Źródła wiary opisywali oni w odpowiedzi na pytanie otwarte. Ogólnie rzecz ujmując motywy wiary wypływają z tradycji. Taką odpowiedź wśród pacjentów poradni udzieliło 66,2% wierzących oraz 56,7% wierzących pacjentów lecznictwa zamkniętego. Dla przykładu: A<sub>z</sub> (539) „wierzę, bo tak mnie wychowali rodzice”, A<sub>o</sub> (132) „po katolicku mnie rodzice wychowali, żyję w kraju, w którym większość to katolicy. Moje dzieci tak wychowałem i wnuki także”, A<sub>o</sub> (205) „tak mnie uczono w dzieciństwie, wyniosłem to od rodziców”, A<sub>o</sub> (243) „rodzice moi wierzą i ja także wierzę”. Warto podkreślić, że pacjenci poradni częściej niż pacjenci szpitali odwoływali się do tradycji określając motywy swojej wiary.

Własne przemyślenia pacjentów wskazują na odmienny niż w przypadku tradycji układ odpowiedzi. Dla 13,3% wierzących pacjentów szpitali oraz 10,3% wierzących pacjentów poradni decydujące znaczenie ma odczuwanie wewnętrznej potrzeby wiary. Dla przykładu: A<sub>z</sub> (518) „Potrzebna jest mi w życiu wiara. Bez wiary nie mógłbym żyć. To silniejsze ode mnie”, A<sub>z</sub> (537) „Moje wewnętrzne sumienie jest dla mnie źródłem wiary. Nie wyobrażam sobie życia bez wiary”, A<sub>o</sub> (31) „Człowiek musi w coś wierzyć. Bez wiary nie można żyć. To jest już zakodowane w człowieku, żeby wiedział po co żyje”, A<sub>o</sub> (157) „Muszę w coś wierzyć, trzeba mieć jakąś nadzieję”. Zaledwie 4,2% wierzących pacjentów szpitali (odpowiednio 3,8% pacjentów poradni) wierzy w wyniku własnego doświadczenia i przemyśleń. Na zbliżonym poziomie kształtuje się motywacja własnej postawy religijnej odwołująca się do faktu istnienia Boga — 5,9% pacjentów szpitali oraz 5,3% pacjentów poradni.

Podjęcie leczenia zamkniętego doprowadza do odseparowania alkoholika od jego stałego otoczenia społecznego. Odosobnienie wywołane tą zmianą może wpływać na refleksje i głębsze przemyślenia, może sprzyjać stawianiu sobie pytań podstawowych, związanych także ze sferą wiary.

## VIII. MENTALNOŚĆ RELIGIJNA

Wiedza religijna uznana została — m.in. przez L. Dingemansa i J. Remy — za jeden z wymiarów życia religijnego. Dodać należy, że wymiar intelektualny dosyć powszechnie oceniany jest w literaturze przedmiotu jako mniej znaczący, posiadający jedynie charakter uzupełniający w stosunku do wiary<sup>24</sup>. Ocena wiedzy religijnej nie stanowi wystarczającej podstawy do orzekania o jednoczesnej wierze bądź też o braku wiary. Wysoki poziom wiedzy religijnej może współwystępować z postawą głębokiej wiary, ale z drugiej strony, nie jest to element bezwzględnie konieczny do jej wystąpienia. Szeroka wiedza religijna może jedynie sprzyjać postawom intensywnej wiary.

<sup>23</sup> Por. A. Ś w i e c i c k i: *Spoleczne uwarunkowania polskiej religijności*, „Więź” 1977, nr 5—6.

<sup>24</sup> Por. M. J ó z e f c z y k: *Religijność i moralność na początku samodzielnego życia*, „Studia Theologia Varsaviensia” 1981, nr 2, s. 91 — 101. Wieloczynnikowa analiza przeprowadzona przez tego autora wykazała, że wiara (głównym wyznacznikiem Bóstwo Jezusa Chrystusa) jest najbardziej skorelowana z wiedzą, praktykami i moralnością.



T a b l i c a 14. Wskaźniki wiedzy religijnej

	Pacjenci poradni A <sub>o</sub>	Pacjenci szpitali A <sub>z</sub>
N = 100%	322	135
	w odsetkach	
Znajomość dogmatu o Trójcy Św.:		
pełna	52,8	55,6
częściowa	6,2	2,2
błędna i żadna	38,5	40,7
brak danych	2,5	1,5
Znajomość dogmatu o życiu pozagrobowym:		
pełna	41,6	59,3
częściowa	25,2	11,8
błędna i żadna	29,2	26,7
brak danych	4,0	2,2
Znajomość przykazań boskich:		
pełna	34,8	28,2
częściowa	4,7	2,2
błędna i żadna	59,3	59,6
brak danych	1,2	—
Znajomość przykazań kościelnych:		
pełna	13,7	6,7
częściowa	7,5	0,7
błędna i żadna	77,0	89,6
brak danych	1,8	3,0
Znajomość imion Ewangelistów:		
pełna	10,3	3,0
częściowa	13,7	7,3
błędna i żadna	73,6	86,7
brak danych	2,4	3,0

*Uwaga: Tablica 14 informuje o poziomie znajomości dogmatów i przykazań religijnych przez pacjentów poradni i szpitali. Oceny wiedzy religijnej w powyższym zakresie dokonano według trzech kategorii:*

— pełna znajomość oznaczała bezbłędną wiedzę w danej kwestii, tzn. respondent wymienił poprawnie dogmat lub wymienił wszystkie przykazania we właściwym porządku;

— częściowa znajomość oznaczała, że wymieniony został jedynie fragment lub wypowiedź była częściowo niepoprawna;

— błędna i żadna znajomość oznaczała wypowiedź całkowicie błędną lub otwartą deklarację niewiedzy.

Wiedza religijna zależy od poziomu intelektualnego jednostki. Alkoholik posiadający niskie wykształcenie (ponad 70% badanych alkoholików posiada wykształcenie podstawowe lub zawodowe) większe znaczenie przywiązuje do tradycji. Zwykle wiedza religijna uzyskana podczas katechizacji zostaje zapomniana w codziennym, dojrzałym życiu. U alkoholików choroba dodatkowo osłabia pamięć i wyznacza zupełnie inny, związany z piciem alkoholu, kierunek zainteresowań.

Analiza zastosowanych wskaźników (znajomość dwóch wybranych dogmatów wiary: dogmatu o Trójcy Św. oraz dogmatu o życiu pozagrobowym, znajomość przykazań boskich i kościelnych, znajomość imion Ewangelistów, zainteresowanie książkami i czasopismami o tematyce religijnej) ujawniła, że deklarowane przez respondentów postawy dość często zawierają wiedzę w zakresie dogmatów, a jedynie w niewielkim stopniu wiedzę w zakresie tego, co powinni zapamiętać w czasie katechizacji.

Stwierdzamy, że najlepiej znane wśród badanych alkoholików są dogmaty o Trójcy Św. i o życiu pozagrobowym. Jednakże jest to znajomość na dużo niższym poziomie, aniżeli wykazywana w innych badaniach socjologicznych<sup>25</sup>. Bez specjalnego ryzyka różnice te przypisać można specyfice badanej zbiorowości. Znacznie lepszą od pozostałych znajomość dogmatu o życiu pozagrobowym wytłumaczyć można częstym rozmyślaniem o śmierci, wywołanym przez leczenie w szpitalu lub stały kontakt z poradnią.

Gorzej przedstawia się sytuacja, jeżeli chodzi o znajomość przykazań boskich i kościelnych. Alkoholicy wykazali się słabą znajomością przykazań boskich. Mniej niż połowa pacjentów poradni potrafi poprawnie (lub prawie poprawnie) wymienić 10 przykazań boskich. Jeszcze mniejszą znajomość przykazań boskich mają pacjenci szpitali, blisko 10% mniej pacjentów szpitali aniżeli pacjentów poradni zna przykazania boskie. Także ocena znajomości przykazań kościelnych pokazuje dalszy wyraźny spadek — jedynie co piąty pacjent zna przykazania kościelne, natomiast pacjenci szpitali w 90% nie posiadają wystarczającej wiedzy w tym zakresie. Podobnie, na pytanie sprawdzające znajomość imion czterech Ewangelistów zdecydowana większość respondentów nie udzieliła poprawnej odpowiedzi.

Wiara religijna, czyli sfera przekonań, zawiera oceny treści dogmatów wiary — od pełnej akceptacji, poprzez postawy ambiwalentne, do całkowitego ich odrzucenia. Problematyka związana z poznaniem tego aspektu życia religijnego nasuwa szereg pytań, m.in. w jakim stopniu badani akceptują wybrane dogmaty wiary, a zatem czy mamy do czynienia z typem religijności „dogmatycznie ortodoksyjnej”, a w jakim stopniu religijność badanej zbiorowości pod tym względem możemy określić jako nieortodoksyjną.

Kwestionariusz wywiadu zawierał dwa pytania dotyczące wiary w wybrane prawdy religii katolickiej; odpowiadając na nie badani deklarowali stopień akceptacji bądź odrzucenia treści dwóch dogmatów: pierwszego, mówiącego o Bóstwie Jezusa Chrystusa oraz drugiego, mówiącego o Sądzie Ostatecznym i o piekle lub zbawieniu. Pierwsza z wymienionych prawd wiary, która jest podstawą religii chrześcijańskiej, uzyskała nieco wyższy stopień akceptacji wśród respondentów, ponad połowa alkoholików wierzy w Bóstwo Jezusa Chrystusa: 59% pacjentów poradni oraz 54,8% pacjentów szpitali. Dla 10,3% pacjentów poradni i odpowiednio 7,4% pacjentów szpitali — Jezus Chrystus jest prorokiem. Natomiast 5,6%

---

<sup>25</sup> Z wielu badań wynika, że często blisko 90% badanej zbiorowości potrafi poprawnie wymienić osoby Trójcy Św. Por. J. M a r i a ń s k i: *Dynamika ...* op. cit., s. 166.

pacjentów poradni i odpowiednio 10,4% pacjentów szpitali uważa, że Jezus Chrystus jest postacią wymyśloną przez ludzi. Co piąty z badanych alkoholików nie ma zdania na ten temat.

Wiarę w dogmat religijny mówiący o nagrodzie lub karze za grzechy, jaka czeka człowieka po śmierci, deklaruje 48,7% pacjentów poradni oraz 48,2% pacjentów szpitali; w tym: wiarę bez żadnych wątpliwości deklaruje 27,3% pacjentów poradni oraz 17,8% pacjentów szpitali. Natomiast 23,3% pacjentów poradni oraz 29,6% pacjentów lecznictwa zamkniętego nie wierzy w prawdziwość tego dogmatu. Ponad 20% osób w obydwu badanych kategoriach nie ma zdania na ten temat.

Jeżeli porównamy poziom wiedzy respondentów o losach duszy ludzkiej po śmierci z poziomem wiary w prawdę o czekającej ludzi nagrodzie lub karze po śmierci dostrzegamy, że większy odsetek alkoholików posiada przynajmniej częściową wiedzę na ten temat (około 70% badanych) niż deklaruje wiarę w prawdę o zbawieniu lub potępieniu wiecznym.

Jedynie niewielka część alkoholików pogłębia swoją wiedzę religijną — u większości występuje słabe zainteresowanie książkami i czasopismami o tematyce religijnej (por. tablicę 15).

T a b l i c a 15. Czytelnictwo książek i czasopism religijnych

Czytelnictwo	Pacjenci poradni A <sub>0</sub>	Pacjenci szpitali A <sub>z</sub>
N=100%	322	135
	w odsetkach	
Pisma Św.:		
tak (z podaniem fragmentu)	15,5	17,1
nie	83,6	82,2
brak danych	0,9	0,7
Książek o tematyce religijnej:		
tak (z podaniem tytułu)	20,8	25,9
nie	78,3	74,1
brak danych	0,9	
Czasopism o tematyce religijnej:		
tak (z podaniem nazwy)	19,9	27,4
nie	79,5	72,6
brak danych	0,6	—

Wśród pacjentów poradni 15,5% respondentów wykazało się znajomością Pisma Św. i deklaroowało, że je czyta. Ponad 80% nie czytuje Pisma Św., w tym 35% nie posiada go w domu. W zbiorowości pacjentów szpitali 17% badanych przytoczyło wybrane fragmenty z Pisma Św., natomiast również ponad 80% respondentów

oświadczyło, że nie czytuje Pisma Św. w ogóle — w tym 18,5% nie posiada go w domu.

Przytoczone dane potwierdzają, że alkoholików cechuje wiedza religijna nabyta głównie na lekcjach religii, a obecnie najczęstszym sposobem na jej utrwalenie czy wzbogacenie są kazania podczas niedzielnej mszy św.

Wysoki poziom ignorancji religijnej wielokrotnie uznawano za cechę stałą i powszechną katolicyzmu polskiego. W kontekście powyższego dodać trzeba, że skąpa wiedza religijna przejawiana przez alkoholików nie oznacza, że mamy do czynienia ze zjawiskiem szczególnym czy zaskakującym.

Dokonana prezentacja religijności alkoholików skłania do postawienia pytania o odrębność wyróżnionych zbiorowości. Czy wyniki badań wykazały różnice pomiędzy pacjentami poradni a pacjentami szpitali, które z punktu widzenia wysuwanej hipotezy, dotyczącej wpływu religijności na przyjmowaną przez alkoholików postawę wobec alkoholu, mogą okazać się znaczące?

### *Pacjenci poradni*

Alkoholicy leczeni w poradniach pochodzą z rodzin katolickich, wiara religijna została im przekazana i wpojona przez rodziców oraz najbliższe otoczenie. Wychowywani byli w zgodzie z nakazami wiary, w dzieciństwie przystąpili do pierwszej komunii św. oraz uczęszczali na lekcje religii, głównie w okresie nauki w szkole podstawowej. Religijność oznacza dla większości z nich kontynuację tradycji rodzinnej i narodowej. Wskazując motywy swojej wiary kładą nacisk na fakt, że jest ona dziedziczona z pokolenia na pokolenie. Dostatecznie powszechne motywowanie wiary religijnej przez odwoływanie się do tradycji świadczy o środowiskowym konformizmie w sprawach religii.

Pacjenci poradni deklarują częściową akceptację podstawowych prawd wiary. Reprezentują raczej niski poziom wiedzy religijnej, posiadane wiadomości wynieśli z lekcji religii. Posługują się powierzchowną znajomością przykazań boskich i kościelnych, lepiej pamiętają dogmaty wiary. Obecnie rzadko pogłębiają swoją wiedzę religijną przez sporadyczne czytanie czasopism i książek o tematyce religijnej. Własną religijność oceniają przeważnie jako stałą, jeżeli dostrzegają zmianę, to znacznie częściej uważają, że ich życie religijne uległo osłabieniu, niż dostrzegają zmiany „na lepsze”.

Poglądy moralne pacjentów poradni ukształtowane zostały przede wszystkim przez środowisko, z którego się wywodzą. Mniejszy wpływ na akceptację bądź odrzucenie norm moralnych miała katechizacja. Uważają, że nie wolno kraść, używać przemocy fizycznej wobec innych osób, bardziej liberalnie oceniają natomiast rozwody oraz zawieranie małżeństwa bez ślubu kościelnego. To, że alkoholicy uznają za dopuszczalne związki bez ślubu kościelnego, czy też akceptują rozwody wynika z faktu, że są oni w swoim codziennym życiu nierzadko realnie uwikłani w takie sytuacje. Co szósty pacjent poradni żyje w małżeństwie, które nie posiada ślubu kościelnego.

Ogólne deklaracje religijne pacjentów poradni, na tle ich środowiska pochodzenia, są podobne jeżeli chodzi o postawy wiary. Pacjenci poradni częściej natomiast deklarują brak wiary lub obojętność religijną, co może wskazywać na narastanie polaryzacji postaw wiary bądź niewiary.

Choroba alkoholowa przyczyniła się do zaniedbań w sferze obowiązkowych praktyk religijnych. Dlatego pacjenci poradni biorą udział we mszy św. niedzielnej

mniej regularnie niż mężczyźni reprezentujący takie samo środowisko społeczne. Alkoholicy gorzej też wypełniają praktykę wielkanocną, na niższym poziomie (niż środowiskowy) odnotowano zarówno udział w corocznej spowiedzi, jak i przystępowanie do komunii św. Na uwagę zasługuje fakt, że pacjenci poradni lepiej wywiązują się z obowiązku corocznej spowiedzi aniżeli przyjmują komunię św. wielkanocną. Prawdopodobnie niektórym z nich nie udaje się dochować trzeźwości w tym czasie. Alkoholikom zdarza się to znacznie częściej niż dzieje się to przeciętnie. Pomimo wspomnianych zaniedbań w wypełnianiu cyklicznych praktyk religijnych pacjenci poradni ujawnili silną potrzebę codziennej modlitwy.

Religijność pacjentów poradni w znacznym stopniu określona została przez fakt, że są to głównie mężczyźni, często w średnim lub w starszym wieku, co wiąże się z bardziej regularnym wypełnianiem przez nich praktyk religijnych. Ponadto wierzący i praktykujący alkoholicy z poradni są lepiej wykształceni. Mężczyźni, którzy systematycznie praktykują częściej mają wykształcenie średnie lub wyższe, a także częściej mieszkają w miastach średniej wielkości niż w dużych ośrodkach miejskich. Wyższe wykształcenie, jak już wcześniej pokazano, wywołuje silniejszą polaryzację postaw religijnych, albo sprzyja postawom indyferentnym i areligijnym, albo prowadzi do większego zaangażowania religijnego.

### *Pacjenci szpitali*

Alkoholicy leczeni w szpitalach wywodzą się z rodzin katolickich, w których otrzymali staranne wychowanie religijne. Postawy religijne ich rodziców różniły się wyraźnie. Pacjenci szpitali przyznają, że ich matki były bardziej religijne niż ojcowie i dlatego to one wywarły silniejszy wpływ na życie religijne dzieci. Ojcowie, choć także wierzący, byli znacznie mniej zaangażowani w wypełnianie praktyk religijnych. W dzieciństwie niemal wszyscy pacjenci przystąpili do pierwszej komunii św. oraz uczyli się na lekcje religii. Katechizacja najczęściej obejmowała okres nauki w szkole podstawowej, czasami trwała nieco dłużej.

Alkoholicy ze szpitali albo postrzegają swoją religijność jako niezmienną, albo uważają, że obecnie są mniej religijni niż byli dawniej. Przypuszczalnie oceny swojej religijności alkoholicy dokonali odwołując się do tego, jaki mają obecnie stosunek do praktyk religijnych. Zaniedbania w wypełnianiu praktyk sprzyjały przekonaniu o postępujących zmianach „na gorsze”. Uzasadniając swoją wiarę pacjenci szpitali najczęściej powołują się na tradycję, rzadziej wskazują na wewnętrzną potrzebę, czy własne doświadczenia i przemyślenia.

Podstawowe dogmaty wiary nie są w pełni akceptowane przez pacjentów szpitali, najwięcej wątpliwości i zastrzeżeń wzbudza w nich dogmat o nagrodzie lub karze za grzechy jaka czeka człowieka po śmierci. Wynikać to może z obaw o własną przyszłość, która kojarzona jest raczej z karą niż nagrodą za doczesne życie. Alkoholicy szpitali wykazali się lepszą znajomością dogmatów religijnych niż wiarą w nie. Posiadana przez nich wiedza religijna wyniesiona z domu rodzinnego i nabyta podczas katechizacji jest teraz fragmentaryczna, a dalsze jej zapominanie potęguje choroba alkoholowa. Z drugiej strony pobyt w szpitalu (odosobnienie oraz biblioteka szpitalna) sprawił, że alkoholicy więcej czytają i rozmyślają o religii.

Postawy moralne pacjentów szpitali są dostosowane do ich stylu życia i obyczajowości środowiska. Dlatego stosunkowo niskie wskaźniki akceptacji normy zakazującej rozwodów czy życia bez ślubu kościelnego idą w parze z wysokim odsetkiem osób rozwiedzionych czy też żyjących w związkach małżeńskich bez ślubu kościel-

nego. Pacjenci szpitali poprzez to, że w dzieciństwie otrzymali staranne wychowanie religijne, co może oznaczać również wpojenie nakazów i zakazów moralnych, z którymi ich obecne postępowanie pozostaje w jawnym konflikcie — ujawniają wyraźny rozdźwięk między moralnością oczekiwaną a moralnością posiadaną.

Wysoki poziom deklaracji wiary charakterystyczny dla środowiska pochodzenia pacjentów szpitali zmniejsza się nieco u samych alkoholików. Natomiast udział w praktykach religijnych wśród alkoholików leczonych w szpitalach słabnie bardzo wyraźnie. We mszy niedzielnej uczestniczą sporadycznie. Obecnie częściej zapominają o wypełnieniu obowiązku wielkanocnego. Silniejszą mobilizację wykazują w odniesieniu do spowiedzi wielkanocnej, potem wielu z nich (co czwarty wypowiedziany) nie przystępuje do komunii św. Pobyt w szpitalu spowodowany zaawansowaną chorobą alkoholową zakłóca rytm cyklicznych praktyk religijnych.

Na to jaka jest religijność pacjentów szpitali wpływa fakt, że są to prawie wyłącznie mężczyźni. Ci spośród pacjentów, którzy wierzą i praktykują, częściej znajdują się w dojrzałym lub starszym wieku, są gorzej wykształceni (podstawowe, zawodowe) oraz mieszkają w mniejszych ośrodkach miejskich lub na wsi.

#### IX. RELIGIJNOŚĆ JAKO CZYNNIK WARUNKUJĄCY ZACHOWANIA ALKOHOLOWE

Główny problem, który inspirował przeprowadzoną poniżej analizę danych empirycznych, można zawrzeć w pytaniu: czy częstość i ilość wypijanych przez badanych alkoholików napojów alkoholowych jest współwarunkowana częstością ich udziału w obowiązkowych praktykach religijnych?

1. Za punkt wyjścia do dalszych analiz przyjęto porównanie kształtowania się wybranych wskaźników religijności i wzorów picia wódki w dwóch środowiskach społecznych, z których wywodzą się alkoholicy leczący się w poradniach ( $K_0$ ) w odróżnieniu od alkoholików leczących się w zakładach zamkniętych ( $K_z$ ).

Otrzymane wyniki nie pozwalają twierdzić, że dwie podstawowe praktyki religijne, które analizowano, wykonywane są w sposób bardziej konsekwentny w środowisku pacjentów poradni niż ma to miejsce w środowisku pacjentów szpitali.

Środowisko pacjentów poradni cechuje częstsze wypijanie umiarkowanych ilości wódki — jednorazowo poniżej 0,2 l — niż środowisko pacjentów szpitali ( $x^2 = 4,045$ ,  $p < 0,05$ ).

2. Porównanie osób uzależnionych od alkoholu z badanymi z odpowiednio dobranej grupy kontrolnej pokazuje w jakim stopniu udział w praktykach religijnych oraz sposób picia alkoholu odróżnia alkoholików od osób reprezentujących ich środowisko społeczne.

To wstępne porównanie wskazuje, z bardzo wysokim poziomem prawdopodobieństwa, na istotną różnicę pomiędzy religijnością osób z kontrolnego środowiska społecznego, a religijnością samych pacjentów otwartego leczenia alkoholowego. Równoległe z tym wykryto brak różnicy częstości picia wódki, a jednocześnie bardzo wysoką różnicę w ilości wódki wypijanej jednorazowo. Można to obrazowo ująć tak: jedni i drudzy obracając się w tych samych kręgach społecznych piją razem, z tym że ci, którzy znacznie częściej przekraczają „próg nietrzeźwości” i bywają pijani (58%) zaczęli się leczyć ( $A_0$ ), a ich koledzy i inni uczestnicy wspólnego picia ( $K_0$ ) w większości są dość trzeźwi (60%). Dodajmy, że różnica w odsetkach osób praktykujących w niedzielę ( $K_0 - A_0$ ) wynosi 11%; praktykujących w okresie wielkanocnym ( $K_0 - A_0$ ) wynosi 16%, natomiast różnica w odsetkach osób kończących dość trzeźwo picie wódki ( $K_0 - A_0$ ) wynosi prawie 18%.

Tablica 6. Pacjenci poradni (A<sub>o</sub>) a zbiorowość kontrolna (K<sub>o</sub>), mężczyźni

Praktyki religijne		Grupa kontrolna pacjentów poradni K <sub>o</sub>	Grupa kontrolna pacjentów szpitali K <sub>z</sub>
	N=100%	253	263
Uczestnictwo we mszy św. w czasie ostatnich 4 tygodni:		w odsetkach	
3 — 4 razy	x <sup>2</sup> = 18.014 p< 0,001	38,4	21,3
1—2 razy		62,1	51,0
ani razu		23,7	29,7
		37,9	49,0
	N=100%	256	244
Udział w wielkanocnej komunii św. raz w roku raz na kilka lat lub wcale		w odsetkach	
	x <sup>2</sup> = 13.770 p< 0,001	55,1	38,5
		44,9	61,5
Picie wódki:	N=100%	271	271
Częstość:		w odsetkach	
nie pili lub pili rzadziej niż raz w tygodniu	poniżej poziomu istotności	50,9	50,5
pili raz lub kilka razy w tygodniu		49,1	49,5
	N=100%	222	218
Ilość wypijana jednorazowo:		w odsetkach	
pili do 0,2 l	x <sup>2</sup> = 13.835 p< 0,001	59,9	42,2
pili powyżej 0,2 l		40,1	57,8

Tablica 17. Częstość i ilość wódki wypijanej jednorazowo oraz uczestnictwo we mszy św.  
— środowisko pacjentów poradni (K<sub>o</sub>), mężczyźni

Picie wódki	Uczestnictwo we mszy św. w czasie ostatnich 4 tygodni:			
	Ogółem	3—4 razy i częściej	1 — 2 razy	ani razu
N=100%	253	97	60	96
Częstość:	w odsetkach			
nie pili lub pili rzadziej niż raz w tygodniu	47,4	50,5	31,7	54,2
pili raz lub kilka razy w tygodniu	52,6	69,5	68,3	45,8
	$x^2 = 5.384$ $p < 0,5$			
	$x^2 = 8.170$		$p < 0,02$	
Ilość wypijana jednorazowo:				
pili do 0,2 l	64,8	69,1	53,3	67,7
pili powyżej 0,2 l	35,2	30,9	46,7	32,3
	$x^2 = 3.895$ $p < 0,5$			
	poniżej poziomu istotności (0,05)			

3. Skoncentrujemy teraz naszą uwagę na analizie wpływu cyklicznie realizowanych praktyk religijnych na styl picia alkoholu w środowisku pacjentów poradni (K<sub>o</sub>). Mówiąc dokładniej przedstawimy korelacje pomiędzy praktykami religijnymi (niedzielną i paschalną) a częstością i ilością jednorazowo spożywanego alkoholu.

Osoby zaliczone do zbiorowości kontrolnej, czyli charakteryzującej środowisko pacjentów poradni, w sposób statystycznie istotny można podzielić na 3 kategorie różniące się stosunkiem do praktyki niedzielnej i związanymi z tym zachowaniami alkoholowymi.

Mężczyźni, którzy regularnie uczęszczają na niedzielną mszę św. dzielą się prawie równo na tych, którzy piją wódkę rzadziej niż raz w tygodniu i na pijących częściej niż raz na tydzień. Regularne wypełnianie praktyki niedzielnej dużo wyraźniej łączy się natomiast z wypijaniem mniejszych ilości alkoholu jednorazowo. Wśród mężczyzn systematycznie biorących udział we mszy św. niedzielnej odnotowano wyższy odsetek wypijających umiarkowaną ilość wódki (69,1%), niż tych, którzy jednorazowo wypijają ponad 0,2 l (30,9%).

Mężczyźni z omawianego środowiska kontrolnego (K<sub>o</sub>), którzy chodzili na mszę św. rzadziej niż powinni, wraz z zaniedbaniem regularnego udziału we mszy św. niedzielnej, piją częściej niż obie skrajne kategorie, z wyraźną skłonnością do



spożywania dużych dawek jednorazowo. Sporadycznie praktykujący pili więc wódkę zdecydowanie najczęściej i najwięcej jednorazowo. Można też sądzić, że i odwrotnie, jedna z przyczyn zaniedbywania przez nich praktyk religijnych leży w nadmiernej konsumpcji napojów alkoholowych.

Wyraźnie odrębną kategorię stanowią wreszcie ci mężczyźni, którzy w ogóle nie chodzą na mszę św. Wśród nich odnotowano stosunkowo wyższy odsetek pijących rzadziej niż raz na tydzień oraz względnie umiarkowaną liczbę osób wypijających jednorazowo powyżej 0,2 l wódki. Zachowanie przez te osoby pewnego umiaru w stylu picia alkoholu można interpretować ich pewnym wyobcowaniem z liczniejszych kręgów społecznych utrzymujących związek z Kościołem oraz przeciętnie wyższym poziomem wykształcenia, który ujemnie koreluje z wiarą.

T a b l i c a 18. Częstość i ilość wódki wypijanej jednorazowo oraz udział w komunii św. wielkanocnej — środowisko pacjentów poradni (K<sub>o</sub>), mężczyźni.

Picie wódki	Udział w komunii św. wielkanocnej:			
	Ogółem	raz w roku	raz na kilka lat	wcale
N = 100%	256	141	81	34
Częstość:	w odsetkach			
nie pili lub pili rzadziej niż raz w tygodniu	50,0	53,9	45,7	44,1
pili raz lub kilka razy w tygodniu	50,0	46,1	54,3	55,9
	poniżej poziomu istotności (0,05)			
Ilość wypijana jednorazowo:				
pili do 0,2 l	69,5	78,7	61,7	50,0
pili powyżej 0,2 l	30,5	21,3	38,3	50,0
	$\chi^2 = 14,000$		$p < 0,001$	

Najpierw należy zwrócić uwagę, że trzy kategorie osób wyodrębnionych na zasadzie udziału we mszy św. niedzielnej i komunii św. wielkanocnej nie pokrywają się ze sobą. Dotyczy to zwłaszcza obu kategorii skrajnych. Respondentów spełniających obowiązek wielkanocny jest znacznie więcej, a tych, którzy nie spełniają tego obowiązku jest znacznie mniej niż w przypadku dominicanos.

W ostatniej kolumnie tablicy zamieszczono dane o 34 osobach, które „wcale” nie korzystają z komunii św.; przypuszczalnie utraciły one związek nie tylko z Kościołem, ale niekiedy i z wiarą w Boga. Wśród tych mężczyzn największy odsetek pije częściej niż raz na tydzień oraz największy odsetek wypija jednorazowo dużą ilość wódki. W środowisku pacjentów poradni praktyka wielkanocna stymuluje przede wszystkim trzeźwość ( $p < 0,001$ ). Wydaje się, że ma to związek z uznaniem,

zgodnie z nakazami religii, częstego upijania się alkoholem za postępowanie naganne.

Podsumowując, utrzymaniu trzeźwości w środowisku, z którego wywodzą się pacjenci poradni, sprzyjają postawy konsekwentne w zakresie praktyk niedzielnych; z jednej strony postawa religijna akceptująca regularny udział w życiu religijnym, z drugiej całkowite uchylenie się od udziału w praktyce niedzielnej. Ogólnie rzecz biorąc, w tym środowisku najczęściej piją mężczyźni, którzy sporadycznie uczestniczą we mszy św. niedzielnej, a najwięcej jednorazowo wypijają mężczyźni, którzy wcale nie wykonują praktyk wielkanocnych.

Obowiązkowe praktyki religijne w sposób dodatni wpływają na styl picia rozpowszechniony w środowiskach dostarczających pacjentów poradniom. W środowiskach tych bardziej różnicujący wpływ na częstość picia wywierają raczej praktyki niedzielne, a na ilość wypijaną jednorazowo — praktyki wielkanocne.

Dokonana analiza ilościowa potwierdziła wyraźny dodatni wpływ praktyk religijnych na obyczaje picia alkoholu w tych dwóch zbiorowościach ( $K_o$ ,  $A_o$ ). Środowisko pacjentów poradni ( $K_o$ ) podobnie jak i samych pacjentów ( $A_o$ ), łączy udział w praktyce niedzielnej i wielkanocnej z rzadszym piciem umiarkowanych ilości alkoholu.

Praktykujący w niedzielę mężczyźni ze środowiska pacjentów poradni ( $K_o$ ) pili wódkę rzadziej i wypijali jej mniej jednorazowo. Praktyka wielkanocna w tym środowisku oddziałuje głównie na zmniejszenie ilości wódki wypijanej przy jednej okazji, znacznie słabiej wpływa natomiast na częstość picia. W przypadku alkoholików z poradni ( $A_o$ ) udział we mszy św. niedzielnej wpływa na ograniczenie częstości picia wódki, słabiej (choć też dodatnio) oddziałuje na zmniejszenie jednorazowej jej konsumpcji. Praktyka wielkanocna istotnie warunkuje zarówno częstość jak i ilość jednorazowo wypijanej przez pacjentów poradni wódki.

Słabsze oddziaływanie praktyki niedzielnej na ilość wypijanego jednorazowo alkoholu można tłumaczyć tym, że uzależniony alkoholik nie jest w stanie kontrolować ilości wypijanego przez siebie alkoholu i zaprzestać picia w dowolnym momencie; rozpoczęcie picia z reguły oznacza utratę trzeźwości.

4. Zależność częstości i ilości wypijanego alkoholu od udziału w praktykach religijnych dla alkoholików leczonych w poradniach zobrazowano w tablicach 19 i 20. Otrzymane wyniki porównano z poprzednio omawianymi analogicznymi tablicami dla środowiska kontrolnego. W porównaniach tych stale należy pamiętać, że alkoholicy ( $A_o$ ) piją jednorazowo więcej niż osoby z dobranych dla nich parami grup kontrolnych.

W przypadku praktykujących systematyczna obecność na mszy św. istotnie wiąże się z rzadszym piciem wódki ( $p < 0,02$ ). Niepraktykujący alkoholicy z poradni pili wódkę częściej niż pacjenci stale lub sporadycznie biorący udział we mszy św. niedzielnej.

Nie wystąpiła statystycznie istotna zależność między uczestnictwem w praktyce niedzielnej a drugim wskaźnikiem zachowań alkoholowych, to jest ilością wódki wypijanej jednorazowo. Jednak otrzymane odsetki wskazują, że im bardziej systematyczny udział we mszy św., tym rzadziej ilość wódki wypijanej jednorazowo przekracza granicę 0,2 l. Wśród pacjentów poradni praktyka niedzielna silniej oddziałuje na częstość picia alkoholu, słabiej zaś na ilość jednorazowo wypijanego alkoholu. Realizacja tej praktyki religijnej wpływa zatem hamująco (choć w różnym stopniu) na oba aspekty konsumpcji napojów alkoholowych. Prawie połowa pacjentów poradni w ciągu ostatnich 4 tygodni przed badaniem ani razu nie była na mszy

T a b l i c a 19. Częstość i ilość wódki wypijanej jednorazowo oraz uczestnictwo we mszy św. — pacjenci poradni (A<sub>o</sub>), mężczyźni

Picie wódki	Uczestnictwo we mszy św. w czasie ostatnich 4 tygodni:			
	Ogółem	3—4 razy i częściej	1 — 2 razy	ani razu
N=100%	263	56	78	129
Częstość:	w odsetkach			
nie pili lub pili rzadziej niż raz w tygodniu	50,2	67,9	46,2	45,0
pili raz lub kilka razy w tygodniu	49,8	32,1	53,8	55,0
	$\chi^2 = 8.8886$			p<0,02
Ilość wypijana jednorazowo:				
pili do 0,2 l	53,6	64,3	52,6	49,6
pili powyżej 0,2 l	46,4	35,7	47,4	50,4
	poniżej poziomu istotności (0,05)			

T a b l i c a 20. Częstość i ilość wódki wypijanej jednorazowo oraz udział w komunii św. wielkanocnej — pacjenci poradni (A<sub>o</sub>), mężczyźni

Picie wódki	Udział w komunii św. wielkanocnej:			
	Ogółem	raz w roku	raz na kilka lat	ani razu
N=100%	244	94	104	46
Częstość:	w odsetkach			
nie pili lub pili rzadziej niż raz w tygodniu	48,8	58,5	46,2	34,8
pili raz lub kilka razy w tygodniu	51,2	41,5	53,8	65,2
	$\chi^2=7.450$			p<0,05
Ilość wypijana jednorazowo:				
pili do 0,2 l	52,0	64,9	46,2	39,1
pili powyżej 0,2 l	48,0	35,13	53,8	60,9
	$\chi^2 = 10.705$			p<0,01

św. Ta kategoria badanych ( $A_0$ ) jest wyraźnie liczniejsza niż w grupie kontrolnej ( $K_p$ ). Zaniedbanie przez alkoholików z poradni praktyki niedzielnej wiąże się ze zwiększeniem częstości i ilości wypijanej jednorazowo — w przeciwieństwie do ( $K_0$ ), wśród których praktykujący piją rzadziej i jednorazowo stosunkowo niedużo. Można więc przypuszczać, że w analizowanym środowisku społecznym ( $K_0$ ) leczenie podejmują głównie ci, którzy praktykują nieregularnie.

Udział w komunii św. wielkanocnej istotnie określa zarówno częstość ( $p \ll 0,05$ ), jak i wielkość jednorazowego spożycia wódki ( $p \ll 0,01$ ) przez pacjentów poradni. Regularnie wypełniany, nakazywany przez Kościół obowiązek corocznej spowiedzi i komunii św. — sprzyja postawom trzeźwościowym. Przystępujący do komunii św. wielkanocnej w znacznie mniejszym procencie piją alkohol intensywnie, tzn. często i dużo jednorazowo — aniżeli pacjenci nie realizujący tej praktyki. Pacjenci poradni wypełniający co roku praktykę wielkanocną piją mniej wódki jednorazowo. Dużo częściej przekraczają „próg nietrzeźwości” mężczyźni, którzy całkowicie zaniedbują udział w komunii św. wielkanocnej, bądź też deklarują, że czynią to raz na kilka lat.

Konsekwentne wykonywanie obowiązkowych praktyk religijnych przez pacjentów poradni łączy się wyraźnie z mniejszą częstością picia oraz z wypijaniem mniejszych ilości wódki jednorazowo.

Analiza statystyczna ujawniła, że zachowania alkoholowe pacjentów poradni nieco inaczej zależą od praktyk religijnych, aniżeli zaobserwowano to w środowisku społecznym, z którego pacjenci poradni się wywodzą. Różnice w większym stopniu dotyczą oddziaływania praktyki wielkanocnej. Wypełnianie praktyki wielkanocnej ma wpływ na zmniejszenie częstości picia wódki przez pacjentów poradni ( $p \ll 0,05$ ). Zależność ta nie występuje tak wyraźnie w ich środowisku ( $K_0$ ).

Przyczyny powyżej wskazanej odmienności poszukiwać należy w tym, że alkoholicy nie potrafią pić alkoholu w sposób umiarkowany. Podjęcie leczenia odwykowego wymaga całkowitego zaprzestania spożywania alkoholu. Zdolność do utrzymania abstynencji zadecyduje bowiem o skuteczności leczenia. Alkoholik wie, że musi przestać pić. Dlatego wśród pacjentów poradni występuje znacznie silniejsze oddziaływanie praktyki wielkanocnej na zmniejszenie częstości picia wódki.

Alkoholicy dobrowolnie i świadomie decydujący się na podjęcie leczenia odwykowego (czy też, z czasem akceptujący tę decyzję, której podjęcie nastąpiło pod presją otoczenia) znajdują się w sytuacji ciągłego zagrożenia dalszym rozwojem choroby. Nadmierne picie spowodowało w ich życiu zaniedbanie wielu ważnych spraw, w tym także związanych z wiarą. Trzeźwość wymaga od każdego z nich ponownego zorganizowania sobie życia, w którym dotychczasowe zachowania alkoholowe zastąpione zostaną innymi. Posiadanie silnej motywacji wyleczenia — u części pacjentów — może sprzyjać większemu zaangażowaniu religijnemu. Dlatego też dążenie do „odrodzenia” życia religijnego prowadzić będzie głównie do większej systematyczności w wypełnianiu podstawowych praktyk religijnych. To czy będziemy mieli do czynienia z ożywieniem religijności, tzn. czy okres przymusowej abstynencji wywołany leczeniem wiąże się z powrotem do regularnego realizowania praktyk religijnych, zależy oczywiście od poziomu religijności reprezentowanego przez badanych przed powstaniem uzależnienia. Choroba alkoholowa powoduje, że udział w praktykach religijnych może być postrzegany jako jeden z elementów zmieniających obecny styl życia. Badania potwierdziły, że potencjalny wzrost zainteresowania i zaangażowania religijnego, jeżeli pojawi się u alkoholików w okresie leczenia, może stymulować wystąpienie trwalszych postaw trzeźwościowych i abs-

tyneckich. Religijność zatem przy odpowiednio opracowanych metodach terapii może odegrać istotną rolę w leczeniu osób uzależnionych od alkoholu.

Porównanie alkoholików z mężczyznami „wolnymi od uzależnienia”, którzy pochodzą z analogicznych środowisk społecznych, tak jak poprzednio ( $K_0$  i  $A_0$ ), wskazuje na zaniedbanie życia religijnego przez alkoholików. Choroba alkoholowa w znacznej mierze przyczynia się do osłabienia uczestnictwa w praktykach religijnych. Mężczyźni z grup kontrolnych zarówno częściej uczestniczą we mszy św. niedzielnej, jak również bardziej dbają o wypełnianie obowiązku wielkanocnego.

5. Zrozumiałe, że częstość picia napojów alkoholowych przez alkoholików leczonych w szpitalach odbiega od wzorów rozpowszechnionych w ich środowiskach. Zmiana wzoru picia polega głównie na zwiększeniu ilości jednorazowo wypijanego alkoholu.

Pacjenci szpitali bardziej różnią się od swojego środowiska niż alkoholicy leczeni w poradniach. O różnicach przesądziły warunki szpitalne, które ograniczyły dostęp do alkoholu i możliwość swobodnego udziału w praktykach religijnych.

W środowisku pacjentów szpitali praktyka niedzielna inaczej łączy się z piciem alkoholu aniżeli miało to miejsce w środowisku pacjentów poradni.

W tym środowisku kontrolnym częstość picia wódki rośnie liniowo wraz ze wzrostem udziału we mszy św. niedzielnej. Różnice odsetków są niewielkie i nie są statystycznie istotne, choć sugerują tendencję do częstszego picia wśród osób regularnie praktykujących; jednocześnie — co warto podkreślić — wypijają oni mniej wódki jednorazowo; w tym wypadku różnice są statystycznie nieistotne.

Częste picie alkoholu nie jest oceniane negatywnie w naszym społeczeństwie. Z potępieniem społecznym, a nawet czasami z uruchomieniem pewnych sankcji społecznych, spotyka się dopiero zbyt częste upijanie się. Ciągłe pijaństwo wytwarza bowiem w otoczeniu osoby nadmiernie pijącej sytuację swoistego zagrożenia. Tak więc, częste picie alkoholu dopóki nie narusza ładu społecznego wokół jednostki nie wzbudza niepokoju. Dlatego mężczyźni realizujący praktykę niedzielną (bardziej lub mniej gorliwie), równocześnie pijący alkohol dosyć często, ale w swoim zachowaniu nie przekraczający środowiskowej normy, nie dostrzegają sprzeczności pomiędzy swoimi zachowaniami alkoholowymi a nakazami wypływającymi z religii. Dopatrywać się tutaj można dwójakiego rodzaju dostosowania, po pierwsze — dostosowania do otoczenia poprzez akceptację panujących w nim obyczajów kształtujących wzory picia alkoholu, po drugie — dostosowania do nakazów wiary określających obowiązki religijne.

W omawianym środowisku badania nie uchwyciły oddziaływania praktyki wielkanocnej ani na częstość, ani na ilość spożywanego alkoholu. Zarówno częstość, jak i ilość alkoholu wypijanego jednorazowo kształtują się najniżej dla osób ze środowiska pacjentów szpitali ( $K_z$ ), które wcale nie wykonują obowiązujących katolika praktyk wielkanocnych. W środowisku pacjentów szpitali mężczyźni, którzy wcale nie przystępują do spowiedzi i komunii św. wielkanocnej mają znacznie lepsze wzory picia alkoholu niż pozostali badani, tzn. piją wódkę najrzadziej i jednorazowo wypijają jej najmniej. Zależności te nie są jednak statystycznie istotne.

Jak wcześniej pokazano, w środowisku pacjentów szpitali wszyscy badani zostali ochrzczeni i prawie wszyscy (99,3%) przystąpili do pierwszej komunii św. Oznacza to, że zerwanie więzi z Kościołem nastąpiło w późniejszym okresie. Są to zatem mężczyźni, którzy porzucili wzory zachowań religijnych wpojone im w dzieciństwie i obecnie pozostają poza oddziaływaniem Kościoła.

T a b l i c a 21. Pacjenci szpitali ( $A_z$ ) a zbiorowość kontrolna ( $K_z$ ), mężczyźni

Praktyki religijne		Grupa kontrolna pacjentów szpitali $K_z$	Pacjenci szpitali $A_z$
	N=100%	127	128
Uczestnictwo we mszy św. w czasie ostatnich 4 tygodni:		w odsetkach	
3—4 razy	$x^2= 31.446$ $p< 0,001$	33,1	9,4
1—2 razy		66,9	35,2
ani razu		33,8	25,8
		33,1	64,8
	N=100%	123	120
Udział w wielkanocnej komunii św.:		w odsetkach	
raz w roku	$x^2= 6.575$ $p<0,02$	51,2	35,0
raz na kilka lat lub wcale		48,8	65,0
Picie wódki:	N=100%	133	133
Częstość:		w odsetkach	
nie pili lub pili rzadziej niż raz w tygodniu	$x^2= 17.564$ $p< 0,001$	59,9	82,7
pili raz lub kilka razy w tygodniu		40,6	17,3
	N=100%	104	107
Ilość wypijana jednorazowo:		w odsetkach	
pili do 0,2 l	$x^2=43.566$ $p< 0,001$	48,1	7,5
pili powyżej 0,2 l		51,9	92,5

Porównanie środowisk, z których wywodzą się alkoholicy ( $K_o$ ,  $K_z$ ) dowodzi, że religijne normy moralne urzeczywistniane są w życiu codziennym w różnym stopniu w każdym z tych środowisk. W środowiskach dostarczających pacjentów poradniom ( $K_o$ ) praktyki religijne wyraźniej określają styl życia mężczyzn, niż zaobserwowano to w środowiskach pochodzenia pacjentów szpitali ( $K_z$ ).

6. Ogólnie wpływ czynnika religijnego na zachowania alkoholowe pacjentów szpitali ( $A_z$ ) okazał się znikomy (zależności są statystycznie nieistotne).

Przypomnijmy, że uczestnictwo we mszy św. niedzielnej w przypadku pacjentów szpitali, w ostatnim miesiącu było niewielkie — 65% spośród pacjentów szpitali nie było ani razu na mszy św. w czasie ostatnich 4 tygodni. Tak wysoki odsetek nieobecności wyjaśniono wcześniej faktem pobytu w zamkniętych ośrodkach leczenia odwykowego, lub w szpitalach. Uwzględniając sposób zorganizowania leczenia odwykowego w Polsce, większość pacjentów z powodów niezależnych od nich pozbawiona była możliwości wyjścia.

Z drugiej strony przypuszczać można, że wyjście ze szpitala dla wielu z nich stanowiło doskonałą okazję do wypicia alkoholu. Przypuszczenie to zdają się potwierdzać dane mówiące, że częściej pili wódkę mężczyźni, którzy brali udział we mszy św. niedzielnej.

Pacjenci szpitali nie zachowują całkowitej abstynencji, chociaż wymaga tego leczenie, ale z pewnością piją obecnie rzadziej niż przed rozpoczęciem leczenia w szpitalu. Spowodowane jest to głównie tym, że w czasie pobytu w szpitalu dostęp do alkoholu staje się trudniejszy, natomiast wraz z uzyskaniem możliwości picia — piją dużo. Oznacza to, że praktyka niedzielna wiąże się z nadmiernym, czyli częstszym i w większej ilości jednorazowo picciem alkoholu. Różnice są niewielkie, ponieważ zarówno pacjenci praktykujący jak i niepraktykujący, jeżeli pili wódkę, to zazwyczaj wypijali jednorazowo ponad 0,2 l.

Praktyka wielkanocna prawie nie różni pacjentów szpitali pod względem częstości i ilości wypijanej jednorazowo. Alkoholicy wypełniający tę praktykę, podobnie jak i zaniedbujący — piją dużo wódki jednorazowo.

Badania wykazały zatem nie tyle oddziaływanie religijności na poziom zachowań alkoholowych pacjentów szpitali, ile trudności w odseparowaniu od alkoholu osób tam leczonych.

## X. ZAKOŃCZENIE

Na udział w praktykach religijnych, podobnie jak na spożycie napojów alkoholowych możemy spojrzeć od strony podporządkowania się określonym normom głoszonym przez Kościół. Akceptacja tych norm wymaga systematycznego spełniania podstawowych praktyk religijnych oraz zachowania umiaru i trzeźwości w piciu alkoholu. Dlatego też zaniedbanie wypełniania praktyk, tak jak nadmierne picie alkoholu, traktować można jako załamanie porządku normatywnego wpływającego z religii.

Badania wykazały, że religijność działa stymulująco na ograniczenie częstości picia i ilości wypijanego jednorazowo alkoholu w przypadku mężczyzn ze środowiska pacjentów poradni ( $K_o$ ,  $A_o$ ). Stały udział w życiu religijnym, poprzez realizację obowiązkowych praktyk, łączy się z utrzymaniem trzeźwości w życiu codziennym. Z drugiej strony, chwiejność religijna przejawiająca się w zaniedbaniu praktyki niedzielnej i wielkanocnej idzie w parze z radykalnym pogorszeniem zwyczajów picia alkoholu.

Szczególnie ważny — z punktu widzenia problemów analizowanych w badaniach — wydaje się fakt, że udział w praktykach religijnych (zarówno niedzielnej, jak i wielkanocnej) wpływa hamująco na częstość picia wódki przez pacjentów poradni. Na ograniczenie ilości wódki wypijanej jednorazowo przez pacjentów poradni oddziałują głównie praktyka wielkanocna. A zatem leczenie w poradni przeciwalkoholowej wsparte regularnym uczestnictwem w praktykach religijnych daje szansę wyjścia z nałogu. Leczenie alkoholika jest procesem złożonym i długotrwałym, a ocena jego skuteczności odwołuje się zawsze do podstawowej sprawy, jaką jest zachowanie abstynencji. Wykorzystanie wiary religijnej w terapii alkoholików przynosi pozytywne rezultaty. Licznych przykładów na to dostarcza przede wszystkim działalność Anonimowych Alkoholików. Element religijny został tutaj wyeksponowany w leczeniu choroby alkoholowej, wiara ma pomóc alkoholikowi w duchowym odrodzeniu, w tworzeniu nowej osobowości, która pozwoli mu wytrwać w abstynencji-

Osoby regularnie praktykujące znajdują się pod wpływem duszpasterskiego oddziaływania Kościoła. Uzyskane w badaniach wyniki dają pewien pogląd na skuteczność trzeźwościowej działalności Kościoła w środowiskach, z których wywodzą się alkoholicy. Działalność duszpasterska Kościoła w tych trudnych środowiskach wpływa skutecznie na zmniejszenie ilości wódki wypijanej jednorazowo, znacznie słabiej oddziałuje na zmniejszenie częstości jej picia. Z punktu widzenia duszpasterskiego oddziaływania na spożycie alkoholu skuteczniejsze są praktyki wielkanocne niż niedzielne. Znacznie większy odsetek badanych wykonuje praktyki wielkanocne niż regularnie chodzi w niedzielę do Kościoła. Praktyki wielkanocne w świetle wyników przedstawionych badań mają też większą moc rozdzielczą w stosunku do wzorów spożycia alkoholu, niż praktyki niedzielne, to znaczy, że wpływają na większe różnice wśród badanych mężczyzn. Płynię stąd wniosek, że uwaga duszpasterzy zaangażowanych w pracę trzeźwościową jest skierowana w szczególny sposób na rekolekcje, spowiedź i inne formy oddziaływania w okresie wielkanocnym.

Wyniki badań nie potwierdziły natomiast pozytywnego oddziaływania religijności na sposób picia alkoholu w środowisku pacjentów szpitali ( $K_z$ ,  $A_z$ ). Nie ulega wątpliwości, że pacjenci szpitali są ludźmi bardziej wyobcowanymi ze swoich środowisk społecznych niż pacjenci lecznictwa otwartego. Świadczy o tym późne rozpoczęcie leczenia odwykowego. Ponad 60% pacjentów szpitali mieszka w małych i średniej wielkości miastach oraz na wsi, podczas gdy pacjenci poradni mieszkają w dużych (58%) i średnich (41%) miastach. Wskazuje to na słabość poradni przeciwalkoholowych działających w małych ośrodkach ze względu na ich niedostateczną ilość, małą obsadę personalną oraz brak świadomości ludności, że uzależnienie od alkoholu jest chorobą.

Wpływ działalności duszpasterskiej Kościoła na prowincji, z której rekrutuje się większość pacjentów zakładów zamkniętych, z punktu widzenia uzyskanych wyników, jest niepewny. Wykazują one nawet pewną tendencję ujemną. Wykwalifikowani robotnicy przeważają w tej kategorii badanych; chętniej niż inni ( $A_0$ ) pomagają oni przy remontach i budowie kościołów, częściej deklarują swą ofiarność na tacę, bo aż 48% spośród nich ma największe ze wszystkich badanych kategorii dochody na osobę w rodzinie.

Nasuwa to wnioski, że konieczna jest większa troska o podnoszenie poziomu poradnictwa przeciwalkoholowego prowadzonego na prowincji dla osób z problemami alkoholowymi oraz konieczne jest wzmocnienie działalności uświadamiającej,



że alkoholizm jest chorobą. W tym zakresie szczególne znaczenie ma zjawisko picia aż do utraty świadomości. Świadczy ono o trudności przzerwania rozpoczętego picia charakterystycznej dla ponad 80% alkoholików leczonych w szpitalach. Dla działalności uświadamiającej duże znaczenie może mieć uwzględnienie tych właśnie zagadnień w pracy duszpasterskiej Kościoła.

Uwagi, które dotyczyły pacjentów zakładów zamkniętych, w dużej mierze dotyczą także znacznie liczniejszych pacjentów poradni. Prawie wszyscy pacjenci poradni mieszkają w dużych i średnich miastach; poziom wykształcenia w środowiskach społecznych kontrolnych dla pacjentów poradni i szpitali jest prawie taki sam. Jednak świadomość norm religijnych jest wyraźnie wyższa wśród pacjentów poradni. Wskaźniki religijności w środowisku pacjentów poradni kształtują się wyżej niż wśród pacjentów szpitali; prowadzą oni też bardziej uregulowane życie rodzinne; mimo niższych zarobków w porównaniu z pacjentami szpitali lepiej organizują sobie życie, o czym świadczy większa powierzchnia mieszkalna na osobę. Można więc sądzić, że otwarte leczenie przeciwalkoholowe, jak i działalność duszpasterska Kościoła przynosi tu dodatnie skutki w postaci zmniejszenia następstw uzależnienia alkoholowego.

Z punktu widzenia tematu badań, to jest wpływu religijności na spożycie alkoholu, należy zaznaczyć, że najsilniej uwidacznia się związek praktyk wielkanocnych z ograniczeniem ilości alkoholu wypijanego jednorazowo. Pijaństwo jest najbardziej ujemnym i szkodliwym elementem „polskiego stylu picia”. Kończąc więc te rozważania można wyrazić życzenie, by rekolekcje i inne praktyki wielkopostne przygotowujące wiernych do Świąt Wielkiejnocy, w jeszcze większym stopniu uwzględniały cnotę trzeźwości.