

Zaangażowanie w ruch samopomocy a poczucie jakości życia osób uzależnionych od alkoholu Mediacyjna rola długości abstynencji i długości pobytu we wspólnocie AA

Involvement in self-help groups and alcohol dependent persons' subjective quality of life. Length of abstinence and length of being in AA community mediating role

Marcin Wnuk

Abstract – Introduction. The aim of the study was to examine whether length of abstinence and length of being in self-help group mediate between involvement in AA and subjective quality of life of alcohol dependent persons.

Method. The sample consisted of 93 participants of Alcoholics Anonymous groups from Poznań. The following tools were used: Beck Hopelessness Scale, Cantril Ladder, Alcoholics Anonymous Involvement Scale, one item scales concerning length of being in Alcoholics Anonymous, length of abstinence, and feeling of happiness in recent few days.

Results. Regression analysis indicated that length of abstinence and length of being in Alcoholics Anonymous mediated between involvement in AA and subjective quality of life only when negative measures were subjective quality of life indicators. Involvement in Alcoholics Anonymous community mediated between length of abstinence or length of being in AA and subjective quality of life when positive measures were subjective quality of life indicators.

Key words: quality of life, self-help groups, Alcoholics Anonymous, abstinence, alcoholism

Streszczenie – Wstęp. Celem przeprowadzonego projektu badawczego było sprawdzenie, czy długość abstynencji oraz długość pobytu w ruchu samopomocy są zmiennymi pośredniczącymi pomiędzy zaangażowaniem we wspólnotę Anonimowych Alkoholików a poczuciem jakości życia osób uzależnionych od alkoholu.

Metody. Osobami badanymi było 93 uczestników spotkań grup Anonimowych Alkoholików z Poznania. W projekcie badawczym zastosowano sześć miar. Były to: Skala Poczucia Beznadziejności Becka, Drabinka Cantrila, Skala Zaangażowania w Ruch Anonimowych Alkoholików oraz 3 skale składające się z jednej pozycji, zastosowane w celu pomiaru długości pobytu w ruchu Anonimowych Alkoholików, długości abstynencji oraz oceny szczęścia dotyczącej kilku dni poprzedzających badanie.

Wyniki. Analiza regresji wykazała, iż długość abstynencji oraz długość pobytu w ruchu samopomocy pośredniczą pomiędzy zaangażowaniem we wspólnotę Anonimowych Alkoholików a poczuciem jakości życia tylko wtedy, gdy wskaźnikiem poczucia jakości życia jest miara negatywna. W obu

przypadkach, kiedy jako wskaźnik zmiennej zależnej poczucia jakości życia zastosowano pozytywne miary, długość abstynencji i długość pobytu we wspólnocie AA okazały się zmiennymi niezależnymi, natomiast w roli czynnika pośredniczącego wystąpiło zaangażowanie we wspólnotę AA.

Słowa kluczowe: jakość życia, grupy samopomocy, Anonimowi Alkoholicy, abstynencja, alkoholizm

WSTĘP

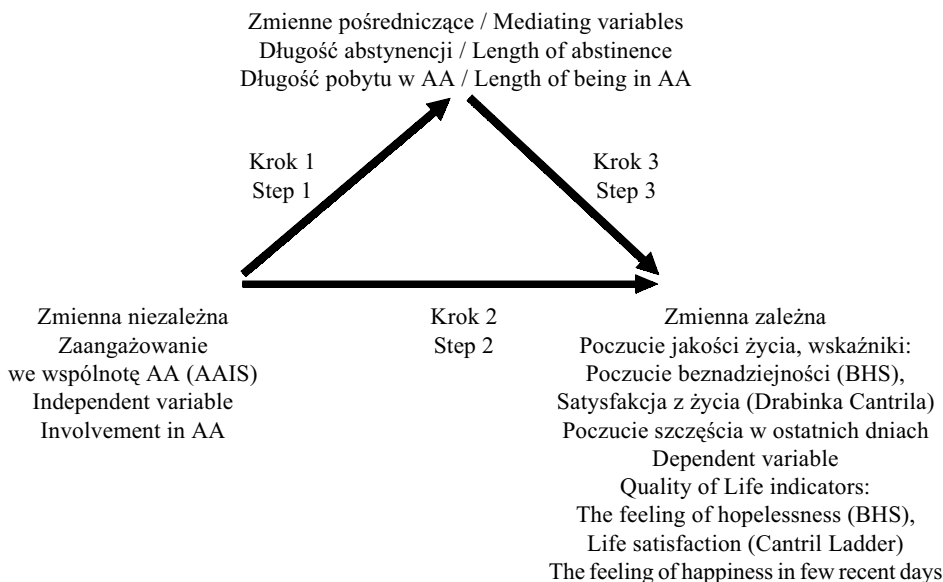
Dotychczas przeprowadzone badania nad jakością życia osób uzależnionych od alkoholu sugerują, iż jest to populacja charakteryzująca się obniżonym poziomem dobrostanu (1–6). Z drugiej strony, jak wynika z innych badań alkoholicy korzystający ze wsparcia ruchu samopomocy nie różnią się od nie uzależnionych członków społeczeństwa pod względem odczuwanego szczęścia i satysfakcji z życia (7, 8). Brak spójności w wynikach jest najczęściej konsekwencją doboru próby. Wydaje się, że decydującą rolę odgrywają tu takie czynniki jak: długość abstynencji, długość pobytu we wspólnocie Anonimowych Alkoholików, zaangażowanie w tę formę pomocy, uczestnictwo w psychoterapii oraz współwystępowanie innego zaburzenia psychicznego.

Według założeń uczestników spotkań wspólnoty Anonimowych Alkoholików najistotniejszym predyktorem powrotu do zdrowia jest korzystanie ze wsparcia grup samopomocy oraz realizacja Programu Dwunastu Kroków, nastawionego na rozwój duchowy. Spełnienie tych wymagań prowadzi do wystąpienia pozytywnych zmian w obszarze psychologicznym, społecznym i duchowym członków ruchu (9–14), sprzyjając prawdopodobnie poprawie jakości ich życia. W tym ujęciu abstynencja jest traktowana jako element konieczny, lecz niewystarczający w osiągnięciu stanu „trzeźwości” oraz szczęścia.

Wyniki badań przeprowadzonych wśród osób mających problem z utrzymaniem stałej wstrzemięźliwości sugerują, że zaangażowanie w ruch samopomocy sprzyja utrzymywaniu abstynencji (15–34) oraz znaczącej redukcji ilości wypijanego alkoholu (29, 35, 36). Badania częściowo potwierdzają również pogląd, iż abstynencja lub ograniczenie wypijanego alkoholu może prowadzić do poprawy jakości życia (3, 37, 38, 39). Zaangażowanie we wspólnotę Anonimowych Alkoholików jest związane z poprawą jakości życia, na co istnieją także dowody (23). Jednym z czynników pośredniczących pomiędzy tymi zmiennymi wydaje się być poczucie sensu życia (40). Zaangażowanie w ruch samopomocy przyczynia się prawdopodobnie do wzrostu poczucia sensu życia, który z kolei prowadzi do polepszenia poczucia jakości życia. Ta sama zmienna pośredniczy pomiędzy długością pobytu we wspólnocie AA i wzrostem satysfakcji z życia (40).

Można przypuszczać, że długość abstynencji pełni także rolę pośredniczącą pomiędzy zaangażowaniem w grupy samopomocy a poprawą jakości życia. Tę samą funkcję prawdopodobnie odgrywa długość pobytu we wspólnocie AA.

Głównym celem badań jest sprawdzenie istnienia pośredniczącej roli długości abstynencji oraz długości pobytu we wspólnocie AA pomiędzy zaangażowaniem



Rys. 1.

Model z użyciem zmiennych pośredniczących, zmiennej niezależnej oraz zmiennej zależnej (źródło: opracowanie własne)

Model with mediating variables, independent variable and dependent variable (source: personal elaboration)

we wspólnotę AA a poczuciem jakości życia. Pośredniczenie danej zmiennej ma miejsce wówczas, gdy zmienna niezależna bezpośrednio wpływa na tę zmienną, która z kolei wpływa bezpośrednio na zmienną zależną (patrz rys. 1). Zmienna będąca mediatorem musi być znacząco związana, zarówno ze zmienną niezależną, jak i zmienną zależną, redukując istotnie, na etapie ostatniego kroku równania regresji liniowej, siłę związku pomiędzy zmienną niezależną i zmienną zależną (41).
Hipotezy badawcze

1. Długość abstynencji pośredniczy pomiędzy zaangażowaniem we wspólnotę Anonimowych Alkoholików a poczuciem jakości życia.
2. Długość pobytu w grupie samopomocy pośredniczy pomiędzy zaangażowaniem we wspólnotę Anonimowych Alkoholików a poczuciem jakości życia.

MATERIAŁ I METODA

W badaniach wzięło udział dziewięćdziesięciu trzech członków kilkunastu poznańskich grup Anonimowych Alkoholików, dobranych w sposób losowy. Wszystkie badane osoby wyraziły zgodę na uczestnictwo w projekcie badawczym. Kwestionariusze były rozdawane przez studenta psychologii i wypełniane przez respondentów indywidualnie w domu.

Mężczyźni stanowili 76,3%, a kobiety 23,7%. 6,5% osób było w wieku 20–30 lat, 11,8% w wieku 30–40 lat, 30,1% w wieku 40–50 lat, 44,1% w wieku 50–60 lat oraz 7,5% w wieku powyżej 60 lat. Ponadto, w skład tej grupy weszło 3,2% pańien, 11,8% kawalerów, 8,6% mężatek, 44,1% żonaty, 20,4% rozwodników, 7,5% owdowiałych oraz 4,3% będących w separacji.

Abstynencję krótszą niż jeden rok utrzymywało 24,73% badanych, od roku do pięciu lat – 32,25%, natomiast 43,01% nie piło alkoholu od pięciu lat i więcej. Będący w ruchu samopomocy poniżej jednego roku stanowili 11,82%, pobyt od roku do pięciu lat deklarowało 30,10%, natomiast 58,06% uczęszczało na spotkania wspólnoty AA od pięciu lat i więcej. Z porad psychologa korzystało 60,21% osób uzależnionych. Słabo zaangażowanych we wspólnotę Anonimowych Alkoholików było 11,82%, przeciętnie zaangażowanych – 50,53%, natomiast silnie zaangażowanych – 37,64%.

W projekcie badawczym zastosowano sześć miar. Były to: Skala Poczucia Beznadziejności Becka, Drabinka Cantrila, Skala Zaangażowania w Ruch Anonimowych Alkoholików oraz 3 skale składające się z jednej pozycji, zastosowane w celu pomiaru długości pobytu w ruchu Anonimowych Alkoholików, długości abstinencji oraz oceny szczęścia dotyczącej kilku dni poprzedzających badanie.

Zmienna poczucia jakości życia została zoperacjonalizowana za pomocą trzech następujących wskaźników: poczucia beznadziejności, ogólnego zadowolenia z teraźniejszego życia oraz szczęścia odnoszącego się do oceny ostatnich kilku dni.

Skala Poczucia Beznadziejności Becka jest narzędziem badawczym dość powszechnie używanym jako jedna z negatywnych miar do badania jakości życia (42–48). Odnosi się ona bezpośrednio do trzeciego elementu depresyjnej triady poznawczej – negatywnej i pesymistycznej oceny przyszłości (49). Narzędzie to składa się z dwudziestu twierdzeń, na które respondent odpowiada twierdząco lub przecząco, w zależności od tego, czy zgadza się z przedstawionymi twierdzeniami. Im wyższą liczbę punktów uzyskuje osoba badana, tym większe jest jej poczucie beznadziejności. Rzetelność dla całej skali, w zależności od populacji, na której dokonywano pomiaru oraz zastosowanej metody, kształtuje się w granicach od 0,65 do 0,93 (50–52).

Drabinka Cantrila jest szeroko stosowaną skalą do pomiaru jakości życia (53–64). Jest to miara składająca się z jednego pytania. Respondent w skali od 0 do 10 ocenia swoje ogólne zadowolenie z życia. Jedyne zastrzeżenie dotyczące użycia tej skali dotyczy jej rzetelności. Nie we wszystkich przeprowadzonych z jej użyciem projektach badawczych współczynnik rzetelności okazał się wystarczająco wysoki. W programie „Cebula”, prowadzonym przez Czapińskiego, po dwumiesięcznym odroczeniu uzyskano rzetelność 0,76 (42). W innym projekcie współczynnik stałości po przeprowadzeniu ponownego badania po dwóch latach wyniósł 0,65 (64).

Na Skali Szczęścia badany ocenia swoje poczucie szczęścia w ostatnich dniach przed badaniem, zakreślając jedną z czterech odpowiedzi: 0 – niezbyt szczęśliwy, 1 – dość szczęśliwy, 2 – szczęśliwy, 3 – bardzo szczęśliwy (53).

Do pomiaru zmiennej – zaangażowanie we wspólnotę AA wykorzystano Skalę Zaangażowania w Ruch Anonimowych Alkoholików. Jest to miara składająca się

z dziesięciu pozycji. W przypadku ośmiu z nich respondent udziela odpowiedzi przeczącej lub twierdzącej, w przypadku dwóch – odpowiada wpisując odpowiednią liczbę. Wyniki są obliczane poprzez zsumowanie uzyskanych punktów. Narzędzie to posiada zadowalające wskaźniki psychometryczne. W efekcie badań przeprowadzonych metodą test-retest uzyskano rzetelność $r_{sb} = 0,85$ (65).

Wskaźnikiem długości pobytu we wspólnocie AA oraz długości abstynencji była liczba lat spędzonych w ruchu samopomocy.

WYNIKI

Obliczeń dokonano przy użyciu pakietu statystycznego SPSS PC. Za obowiązujący poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$. Do zweryfikowania roli pośredniczącej wyróżnionych zmiennych zastosowano analizę regresji liniowej w trzech etapach. Na pierwszym etapie analizy do równania wprowadzano zmienną niezależną (zaangażowanie we wspólnotę AA) oraz zmienną pośredniczącą (długość abstynencji lub długość pobytu w ruchu samopomocy). Kolejnym działaniem było umieszczenie w modelu zmiennej niezależnej (zaangażowanie we wspólnotę AA) oraz zmiennej zależnej (jednego ze wskaźników jakości życia: poczucia beznadziejności, satysfakcji z życia, poczucia szczęścia). Na ostatnim etapie analizy do równania wprowadzano zmienną niezależną, zmienną pośredniczącą oraz zmienną zależną. Dla wszystkich trzech wskaźników jakości życia obliczenia zostały dokonane odrębnie. Wyniki analizy nie były ponownie przytaczane w przypadku testowania na pierwszym jej etapie modelu z tą samą zmienną niezależną i tą samą zmienną pośredniczącą, podobnie jak przy użyciu podczas drugiego etapu analizy tej samej zmiennej niezależnej i zmiennej zależnej.

Zanim przystąpiono do analizy regresji liniowej dla wszystkich zmiennych używanych w analizie regresji, obliczono współczynniki korelacji (patrz tab. 1).

Zgodnie z przewidywaniami zanotowano istnienie słabego pozytywnego związku pomiędzy zaangażowaniem we wspólnotę Anonimowych Alkoholików a satysfakcją z życia i poczuciem szczęścia oraz istnienie słabego negatywnego związku pomiędzy zaangażowaniem w ruch samopomocy a poczuciem beznadziejności.

Zależności o podobnej sile i tym samym kierunku wystąpiły również w odniesieniu do relacji pomiędzy trzema wskaźnikami poczucia jakości życia a długością abstynencji i długością pobytu we wspólnocie AA.

Związki pomiędzy zaangażowaniem w ruch AA a długością abstynencji oraz długością pobytu w ruchu samopomocy a długością abstynencji miały również charakter istotny statystycznie, a ich siła była umiarkowana.

Mediacyjna rola długości abstynencji

Okazało się, iż zaangażowanie we wspólnotę Anonimowych Alkoholików jest ważnym predyktorem długości abstynencji i wyjaśnia 29% wariacji tej zmiennej ($\beta = 0,538$; $F = 37,10$; $p < 0,01$). Ta sama zmienna jest czynnikiem predykcyjnym

Tabela 1.

Związki pomiędzy zmiennymi wykorzystanymi w projekcie badawczym $r(n = 93)$
 Correlations between variables $r(n = 93)$

	1	2	3	4	5
1. Zaangażowanie w AA Involvement in AA					
2. Długość pobytu w AA Length of being in AA	0,45**				
3. Długość abstynencji Length of abstinence	0,54**	0,61**			
4. Satysfakcja z życia Life satisfaction	0,26**	0,25**	0,26**		
5. Poczucie beznadziejności The feeling of hopelessness	-0,21*	-0,20*	-0,27**	-0,34**	
6. Poczucie szczęścia The feeling of happiness	0,30**	0,25*	0,21*	0,51**	-0,52**

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników uzyskanych w badaniach do pracy magisterskiej pod tytułem „Poczucie jakości życia członków wspólnoty Anonimowych Alkoholików”.
 Source: personal elaboration based on results from research project titled “The quality of life members of Alcoholics Anonymous community”.

poczucia beznadziejności, wyjaśniając 4,2% jej wariancji ($\beta = -0,206$; $F = 4,91$; $p < 0,05$). Ostatni etap analizy regresji dowiódł, iż długość abstynencji jest istotnym predyktorem poczucia beznadziejności. Zmienna ta wyjaśniała 5,3% wariancji poczucia beznadziejności ($\beta = -0,230$; $F = 5,10$; $p < 0,05$), podczas gdy uzyskana na drugim etapie analizy znacząca statystycznie zależność pomiędzy zaangażowaniem we wspólnotę AA a poczuciem beznadziejności została zredukowana – z poziomu istotnego statystycznie ($\beta = -0,206$) do wartości nieistotnej statystycznie ($\beta = -0,115$; $p = 0,344$). Był to argument na rzecz tego, że długość abstynencji jest prawdopodobnie zmienną pośredniczącą pomiędzy zaangażowaniem we wspólnotę AA a poczuciem beznadziejności (41).

Weryfikacja założenia o pośredniczącej roli długości abstynencji pomiędzy zaangażowaniem we wspólnotę AA a satysfakcją z życia pokazała, iż zaangażowanie w ruch samopomocy jest predyktorem satysfakcji z życia i wyjaśnia 7,4% wariancji tej zmiennej ($\beta = 0,272$; $F = 7,27$; $p < 0,01$). Jak udowodniono na trzecim etapie regresji, długość abstynencji nie jest predyktorem satysfakcji z życia ($\beta = 0,131$; $p = 0,277$). Nie nastąpił również spodziewany spadek siły związku pomiędzy zaangażowaniem w ruch samopomocy a satysfakcją z życia – z poziomu istotnego statystycznie do poziomu nieistotnego ($\beta = 0,272$; $F = 7,27$; $p < 0,01$). Okazało się, że długość abstynencji pełni prawdopodobnie rolę pośredniczącą pomiędzy zaangażowaniem we wspólnotę AA a satysfakcją z życia.

Uzyskane wyniki przyczyniły się do podjęcia decyzji o sprawdzeniu założenia, że to zaangażowanie we wspólnotę AA jest zmienną pośredniczącą pomiędzy dłu-

gością abstynencji a satysfakcją z życia. Zgodnie z przypuszczeniem osiągnięte rezultaty dowiodły prawdziwości założenia. Pierwszy etap analizy pokazał, że długość abstynencji jest czynnikiem predykcyjnym zaangażowania we wspólnotę AA (beta = 0,538; F = 37,10; p < 0,01). Zmienna ta wyjaśniała 29% zaangażowania we wspólnotę AA. Na drugim etapie regresji długość abstynencji okazała się być predyktorem satysfakcji z życia (beta = 0,239; F = 5,52; p < 0,05), wyjaśniając równocześnie 5,7% wariacji tej zmiennej. Na trzecim etapie analizy udowodniono, że zaangażowanie w ruch samopomocy jest predyktorem satysfakcji z życia i wyjaśnia 7,4% wariacji tej zmiennej (beta = 0,272; F = 7,27; p < 0,01). Równocześnie nastąpił spadek siły związku pomiędzy długością abstynencji a satysfakcją z życia – z poziomu istotnego statystycznie (beta = 0,239) do poziomu nieistotnego (beta = 0,131; p = 0,277).

Nie została także potwierdzona pośrednicząca rola długości abstynencji pomiędzy zaangażowaniem we wspólnotę AA a poczuciem szczęścia. Zaangażowanie w ruch samopomocy okazało się być predyktorem poczucia szczęścia (beta = 0,334; F = 11,41; p < 0,01). Wyjaśniało ono 11,1% wariacji tej zmiennej. Po wprowadzeniu na trzecim etapie analizy do równania regresji wszystkich trzech zmiennych okazało się, iż staż abstynencji nie jest predyktorem poczucia szczęścia (beta = 0,050; p = 0,671). Nie nastąpił również oczekiwany spadek siły związku pomiędzy zaangażowaniem we wspólnotę AA a poczuciem szczęścia (beta = 0,334; F = 11,41; p < 0,01).

Podobnie jak w przypadku satysfakcji z życia, zdecydowano się na zbadanie roli zaangażowania we wspólnotę AA jako zmiennej pośredniczącej pomiędzy długością abstynencji a poczuciem szczęścia. Na etapie drugim analizy dowiedziono, iż długość abstynencji jest predyktorem poczucia szczęścia (beta = 0,215; F = 4,42; p < 0,05) i wyjaśnia 4,2% wariacji tej zmiennej. Na trzecim etapie analizy, oprócz predykcyjnej roli zaangażowania w ruch samopomocy dla poczucia szczęścia (beta = 0,334; F = 11,41; p < 0,01), ujawniono redukcję siły związku pomiędzy długością abstynencji a poczuciem szczęścia – z poziomu istotnego statystycznie (beta = 0,215) do poziomu nieistotnego (beta = 0,050; p = 0,671). Przeprowadzone analizy uczyniły prawdopodobnym założenie, że zaangażowanie we wspólnotę AA jest zmienną pośredniczącą pomiędzy długością abstynencji a poczuciem szczęścia.

Mediacyjna rola długości pobytu w ruchu samopomocy

Na pierwszym etapie analizy zaangażowanie we wspólnotę AA okazało się być czynnikiem predykcyjnym długości pobytu w ruchu samopomocy (beta = 0,456; F = 23,89; p < 0,01), wyjaśniając równocześnie niespełna 21% wariacji tej zmiennej. Predykcyjna rola zaangażowania we wspólnotę AA dla poczucia beznadziejności została już wcześniej dowiedziona. Ostatnia część analizy potwierdziła przypuszczenie o pośredniczącej roli długości pobytu w ruchu samopomocy pomiędzy zaangażowaniem we wspólnotę AA a poczuciem beznadziejności. Długość pobytu w ruchu samopomocy wystąpiła w roli czynnika predykcyjnego poczucia

beznadziejności ($\beta = -0,270$; $F = 7,18$; $p < 0,01$), wyjaśniając 7,3% wariacji tej zmiennej, natomiast siła związku pomiędzy zaangażowaniem w ruch samopomocy a poczuciem beznadziejności została zredukowana do wartości nieistotnej statystycznie ($\beta = -0,104$; $p = 0,362$).

Wyniki pierwszych dwóch etapów procesu analizy regresji, który miał zweryfikować rolę pośredniczącą długości pobytu w ruchu samopomocy pomiędzy zaangażowaniem we wspólnotę AA a satysfakcją z życia, zostały zaprezentowane wcześniej. Okazało się, że długość pobytu w ruchu samopomocy nie pośredniczy pomiędzy zaangażowaniem we wspólnotę AA a satysfakcją z życia. Na ostatnim etapie analizy zaangażowanie we wspólnotę AA nadal pozostało w takim samym stopniu predyktorem satysfakcji z życia ($\beta = 0,272$; $F = 7,27$; $p < 0,01$). Jednocześnie predykcyjna rola długości pobytu w ruchu samopomocy wobec satysfakcji z życia nie została potwierdzona ($\beta = 0,138$; $p = 0,226$).

Podobnie jak wcześniej, zdecydowano się na weryfikację założenia o pośredniczącej funkcji zaangażowania w ruch samopomocy pomiędzy długością pobytu we wspólnocie AA a satysfakcją z życia. Wyniki działań, mających miejsce podczas drugiego etapu analizy, ujawniły predykcyjną rolę długości pobytu w ruchu samopomocy wobec satysfakcji z życia ($\beta = 0,233$; $F = 5,23$; $p < 0,05$). Zmienna ta wyjaśniała 5,4% wariacji satysfakcji z życia. Dowiedziono, że zaangażowanie we wspólnotę AA pośredniczy prawdopodobnie pomiędzy długością pobytu we wspólnocie AA a satysfakcją z życia. Na trzecim etapie analizy predyktorem satysfakcji z życia zostało zaangażowanie we wspólnotę AA ($\beta = 0,272$; $F = 7,27$; $p < 0,01$), równocześnie miała miejsce redukcja siły związku pomiędzy długością pobytu we wspólnocie AA a satysfakcją z życia – z poziomu istotnego statystycznie ($\beta = 0,233$) do poziomu nieistotnego ($\beta = 0,138$; $p = 0,226$).

Nie potwierdzono również pośredniczącej roli długości pobytu we wspólnocie AA pomiędzy zaangażowaniem we wspólnotę AA a poczuciem szczęścia. Aby nie przytaczać ponownie rezultatów przeprowadzonych wcześniej analiz, warto tylko zaznaczyć, że zaangażowanie we wspólnotę AA okazało się być predyktorem, zarówno długości pobytu w ruchu samopomocy, jak i poczucia szczęścia. Na trzecim etapie analizy zaangażowanie w ruch samopomocy pozostawało nadal w takim samym stopniu predyktorem poczucia szczęścia ($\beta = 0,334$; $F = 11,41$; $p < 0,01$). Nie nastąpił także spodziewany spadek siły związku pomiędzy długością pobytu w AA a poczuciem szczęścia.

Także i tutaj, tak samo jak we wszystkich analizach z użyciem pozytywnych miar jakości życia, zdecydowano się na zbadanie domniemanej roli pośredniczącej zaangażowania we wspólnotę AA pomiędzy długością pobytu w ruchu samopomocy a poczuciem szczęścia. Drugi etap analizy potwierdził predykcyjną funkcję długości pobytu w ruchu samopomocy wobec poczucia szczęścia ($\beta = 0,268$; $F = 7,04$; $p < 0,01$). Zmienna ta wyjaśniała 7,2% wariacji szczęścia. Na trzecim etapie analizy, oprócz predykcyjnej roli zaangażowania w ruch samopomocy dla poczucia szczęścia ($\beta = 0,334$; $F = 11,41$; $p < 0,01$), ujawniono redukcję pozytywnej zależności pomiędzy długością pobytu w ruchu samopomocy a poczuciem

szczęścia – z poziomu istotnego statystycznie ($\beta = 0,268$) do poziomu nieistotnego ($\beta = 0,146$; $p = 0,190$).

DYSKUSJA

Wyniki badań tylko w pewnym stopniu potwierdziły prawdziwość testowanych hipotez badawczych. Długość abstynencji oraz długość pobytu w ruchu samopomocy okazały się być zmiennymi pośredniczącymi pomiędzy zaangażowaniem we wspólnotę AA a poczuciem jakości życia, tylko i wyłącznie wtedy, gdy jej wskaźnikiem była negatywna miara, czyli poczucie beznadziejności. W przypadku użycia pozytywnych miar jakości życia ujawniła się pośrednicząca rola zaangażowania we wspólnotę AA, zarówno pomiędzy długością abstynencji a poczuciem szczęścia i satysfakcją z życia, jak i długością pobytu we wspólnocie a poczuciem szczęścia i satysfakcją z życia.

Uzyskane na bazie użytej metody rezultaty potwierdzają w pewnej mierze zakładany kierunek relacji przyczynowo-skutkowych otrzymanych związków. Zaangażowanie we wspólnotę AA wpływa pozytywnie na długość abstynencji oraz długość pobytu w ruchu samopomocy. Z kolei te zmienne decydują o zmniejszeniu poczucia beznadziejności u osób korzystających z tej formy wsparcia. Dłuższy pobyt w ruchu samopomocy oraz dłuższa abstynencja wywołuje u członków wspólnoty AA większe zaangażowanie w ruch samopomocy, którego konsekwencją jest poprawa satysfakcji z życia i wzrost poziomu szczęścia.

Mechanizm ten wydaje się odgrywać istotną rolę w procesie powrotu do zdrowia osób uzależnionych. Zgodnie z otrzymanymi wynikami oraz poczynionymi obserwacjami można przypuszczać, że początkowo po zaprzestaniu picia osoby te koncentrują się na utrzymaniu abstynencji, czego konsekwencją wydaje się być redukcja objawów patologicznych oraz spadek poczucia beznadziejności. Zgodnie z twierdzeniami psychologii pozytywnej brak patologicznych symptomów nie jest równoznaczny z odczuwaniem szczęścia. Właśnie w odniesieniu do przytaczanych badań konstatacja ta wydaje się być szczególnie zasadna. Osoby uzależnione, u których nastąpiła redukcja poczucia beznadziejności, po osiągnięciu określonej długości stażu abstynencji oraz pewnego okresu pobytu we wspólnocie AA, angażują się coraz bardziej w tę formę wsparcia, koncentrując się już nie na redukcji stanów patologicznych, lecz na poprawie satysfakcji z życia oraz wzroście poziomu szczęścia. Przypuszczalnym drogowskazem na drodze do osiągnięcia szczęścia oraz główną wytyczną dla dalszego rozwoju duchowego jest dla nich Program Dwunastu Kroków, na którym wzorują się również w Polsce grupy anonimowych narkomanów, hazardzistów i erotomanów.

Istotnym ograniczeniem omawianego projektu badawczego jest model, w jakim został on przeprowadzony. Poprzeczny, a nie podłużny charakter badań, mimo użytej metody, pozwala tylko z dużą dozą prawdopodobieństwa określić przyczynowość badanych zjawisk.

Najważniejszym osiągnięciem przeprowadzonych badań jest odkrycie oraz potwierdzenie mechanizmu osiągania „trzeźwości” przy pomocy grup samopomocy. Uzyskane rezultaty potwierdzają ogromną wartość wspólnoty AA w powrocie do zdrowia osób uzależnionych od alkoholu. Oprócz długości abstynencji oraz długości pobytu we wspólnocie AA, inną zmienną pośredniczącą pomiędzy zaangażowaniem w ruch samopomocy a poczuciem beznadziejności jest sens życia. Rola pośrednicząca tej zmiennej była przedmiotem innego doniesienia autora tego artykułu (40). Dalsze badania w kierunku identyfikacji innych zmiennych pośredniczących pomiędzy zaangażowaniem we wspólnotę AA a poczuciem jakości życia, mogłyby przyczynić się do powstania bardziej rozbudowanego i precyzyjnego modelu powrotu do zdrowia ludzi uzależnionych, związanych z ruchem samopomocy. Mogłyby określić, które z elementów zaangażowania we wspólnotę AA odgrywają w tym modelu najistotniejszą rolę.

Wnioski

1. Redukcja przejawów poczucia beznadziejności u osób uzależnionych od alkoholu i korzystających ze wsparcia ruchu samopomocy następuje prawdopodobnie wraz ze wzrostem długości abstynencji oraz pobytu we wspólnocie AA, co jest konsekwencją zaangażowania we wspólnotę Anonimowych Alkoholików.
2. Wzrost poczucia szczęścia i zadowolenia z życia jest przypuszczalnie wynikiem zaangażowania we wspólnotę AA, spowodowanym długością abstynencji oraz długością pobytu w ruchu samopomocy.

PIŚMIENNICTWO

1. Miller GA, Russo TJ (1997) Alcoholism, spiritual wellbeing and need to transcendence. *Social Psychology*, 140 (5), 565–579.
2. Meyer H, Rumpf HJ, Hapke U, John U (2004) Impact of psychiatric disorder in the general population: satisfaction with life and the influence of comorbidity and disorder duration. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 435–441.
3. Foster JH, Powell JE, Marshall EJ, Peters TJ (1999) Quality of life in alcohol-dependent subject – review. *Quality of Life Research*, 8, 255–261.
4. Foster JH, Marshall EJ, Peters TJ (1997) Comparison of the Quality of Life of cancer patients and alcohol dependents. *Quality of Life Research*, 6, 646 (published abstract).
5. DeHaes J, van Knippenburg F, Neijt J (1990) Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and applications of the Rotterdam Symptom Checklist. *British Journal of Cancer*, 62, 1034–1038.
6. Smith KW, Larson MJ (2004) Quality of life assessment by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29 (2), 323–335.
7. Kairouz S, Dube L (2000) Abstinence and well-being among members of alcoholics anonymous: personal experience and social perceptions. *Journal of Social Psychology*, 140, 565–579.
8. Wnuk M (2005) Poczucie jakości życia anonimowych alkoholików. *Psychologia Jakości Życia*, 4 (2), 1–21.

9. Zwierzyński L (1998) *Uzależnienie od alkoholu: próby podejmowane przez Anonimowych Alkoholików*. Warszawa: Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy.
10. Wallace J (1989) *Alkoholizm. Nowe spojrzenie na chorobę*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości. Studium Pomocy Psychologicznej.
11. Stanik JM (2000) Obraz osobowości alkoholików w różnych fazach leczenia w świetle badań własnych testem SUI. W: Margasiński A, Zajęcka B (red.) *Psychopatologia i psychoprofilaktyka. Przejawy narkomanii, alkoholizmu, przemocy, zaburzeń psychicznych w rodzinie i szkole oraz możliwości przeciwdziałania im*. Kraków: Impuls, 265–276.
12. Zaworska-Nikoniuk D (2001) *Metody pomocy i samopomocy w uzależnieniach*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.
13. Brown S (1990) *Leczenie alkoholików*. Warszawa: PZWL.
14. Cierpiąkowska L (2000) *Alkoholizm. Przyczyny–Leczenie–Profilaktyka*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
15. Timko Ch, Billow R, DeBenedetti A (2006) Determinants of 12-step group affiliation and moderators of the affiliation-abstinence relationship. *Drug and Alcohol Dependence*, 83, 111–121.
16. Crape BL, Latkin CA, Laris AS, Knowlton AR (2002) The effects of sponsorship in 12-step treatment of injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 65, 291–301.
17. Cross GM, Morgan CW, Mooney AJ, Martin CA, Rafter JA (1990) Alcoholism treatment: a ten-year follow-up study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 14, 169–173.
18. Bronowski P (1997) Czynniki związane z utrzymywaniem abstynencji przez pacjentów uzależnionych od alkoholu hospitalizowanych w oddziale psychiatrycznym: 3-letnia katamneza. *Alkoholizm i Narkomania*, 1 (26), 47–60.
19. Fiorentine R (1999) After Drug Treatment: Are 12-Step Programs Effective in Maintaining Abstinence? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25 (1), 93–116.
20. Watson, CHG, Hancock M, Mendez CM, Gearhart LP, Malovrh P, Raden M (1997) A comparative outcome study of frequent, moderate, occasional and nonattenders Alcoholics Anonymous. *Journal of Clinical Psychology*, 53 (3), 209–214.
21. Magura S, Knight EL, Vogel HS, Mahmood D, Laudet AB, Rosenblum A (2003) Mediators of effectiveness in dual-focus self-help groups. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29 (2), 301–322.
22. Cloud RN, Ziegler CH, Blondell MD (2004) What is Alcoholics Anonymous Affiliation? *Substance Use and Misuse*, 39 (7), 1117–1136.
23. Polcin DE, Zemore SE (2004) Psychiatric severity and spirituality, helping, and participation in alcoholics anonymous during recovery. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30 (3), 577–592.
24. Miller NS, Ninouevo F, Hoffman NG, Astrachan BM (1999) Prediction of treatment outcomes: lifetime depression versus the continuum of care. *American Journal on Addictions*, 8, 243–253.
25. Moggi F, Ouimette PC, Moos RH, Finney JW (1999) Dual diagnosis patients in substance abuse treatment: relationship of general coping and substance-specific coping to 1-year outcomes. *Addiction*, 94 (12), 1805–1816.
26. Crape BL, Latkin CA, Laris AS, Knowlton AR (2002) The effects of sponsorship in 12-step treatment of injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 65, 291–301.
27. Witbrodt J, Kaskutas LA (2005) Does diagnosis matter? Differential effects of 12-step participation and social networks on abstinence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31, 685–707.
28. Andre Ch, Jaber-Filho JA, Carvalho M, Jullien C, Hoffman A (2003) Predictors of recovery following involuntary hospitalization of violent substance abuse patients. *American Journal on Addictions*, 12, 84–89.
29. Noda T, Imamichi H, Kawata A, Hirano K, Ando T, Iwata Y, Yoneda H (2001) Long-term outcome in 306 males with alcoholism. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55, 579–586.
30. Zemore SE, Kaskutas LA, Ammon LE (2004) In 12-step group helping helps the helpers. *Society for the Study of Addiction*, 99, 1115–1023.

31. Herringer LG, Johnsen EA (2000) Note on the utilization of common support activities and relapse following substance abuse treatment. *Journal of Psychology*, 127 (1), 73–78.
32. Owen PL, Slaymaker V, Tonigan JS, MacCready BS, Epstein EE, Kaskutas LA, Humphreys K, Miller WR (2003) Participation in Alcoholics Anonymous: Intended and unintended change mechanisms. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 27 (3), 524–532.
33. Tonigan JS, Connors GJ, Miller WR (1998) Special populations in Alcoholics Anonymous. *Alcohol Health and Research World*, 22 (4), 281–285.
34. Kaskutas LA, Ammon L, Delucchi K, Room R, Bond J, Welsner C (2005) Alcoholics Anonymous careers: Patterns of AA involvement five years after treatment entry. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 29 (11), 1983–1990.
35. Longabaugh R, Wirtz PW, Zweben A, Stout RL (1998) Network support for drinking, Alcoholics Anonymous and long-term matching effects. *Addiction*, 93 (9), 1313–1333.
36. Kaskutas LA, Bond J, Humphreys K (2002) Social networks as mediators of the effect of Alcoholics Anonymous. *Society for the Study of Addiction of Alcohol and other Drugs Addiction*, 97 (7), 891–900.
37. De Soto CB, O'Donnel WE, De Soto JL (1989) Long-Term Recovery in Alcoholics. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 13 (5), 693–697.
38. Kraemer KL, Maisto SA, Conigliaro J, McNeil M, Gordon AJ, Kellez ME (2002) Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers is associated with improved quality of life and fewer alcohol-related consequences. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 382–386.
39. Owen P, Marlatt GA (2001) Should Abstinence Be the Goal for Alcohol Treatment? *American Journal on Addictions*, 10, 289–295.
40. Wnuk M (2006) Zaangażowanie w ruch samopomocy a poczucie jakości życia osób uzależnionych od alkoholu. Mediacyjna rola poczucia sensu życia. *Alkoholizm i Narkomania*, 19 (4), 357–378.
41. Chevalier SA (1999) Illustrations of the basic concepts involved in testing for moderator/mediator variable effects. Paper presented at the annual meeting of the Southwest Educational Research Association: San Antonio, January 21–23.
42. Czapiński J (1992) *Psychologia szczęścia: przegląd badań teorii cebulowej*. Warszawa-Poznań: Akademos.
43. Boski P (1992) *Tożsamość a odmienność kulturowa*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
44. Rosenfeld B, Breitbart W, McDonald MV, Passik SD, Thaler H, Partenoy RK (1996) Pain in ambulatory AIDS patients. II: Impact of pain on psychological functioning and quality of life. *International Association for the Study of Pain*, 68 (2–3), 323–328.
45. Derbis R (2000) *Doświadczenie codzienności*. Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
46. Giovagnoli AR, Avanzini G (2000) Quality of life and memory performance in patients with temporal lobe epilepsy. *Acta Neurologica Scandinavica*, 101 (5), 295–300.
47. Swindells S, Mohr J, Justis JC, Berman S, Squier C, Wagener MM, Singh N (1999) Quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection: impact of social support, coping style and hopelessness. *International Journal of STD and AIDS*, 10 (6), 383–391.
48. Schimmer AD, Elliott ME, Abbey SE, Raiz L, Keating A, Beanlands HJ, McCay E, Messner HA, Lipton JH, Devins GM (2001) Illness intrusiveness among survivors of autologous blood and marrow transplantation. *Cancer*, 92 (12), 347–354.
49. Stach R (1991) *Uzależnienie od alkoholu a depresja. Możliwość stosowania psychoterapii poznawczej w leczeniu uzależnienia*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński.
50. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L (1974) The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42 (6), 861–865.
51. Holden RR, Fekken GC (1988) Test–retest reliability of the Hopelessness Scale and its items in university population. *Journal of Clinical Psychology*, 44 (1), 40–43.
52. Durham TW (1982) Norms, reliability, and items analysis of the Hopelessness Scale in general psychiatric, forensic psychiatric, and college populations. *Journal of Clinical Psychology*, 38 (3), 597–600.

53. Spanier GB, Lachman ME (1980) Factors Associated with Adjustment to Marital Separation. *Sociological Focus*, 13 (4), 369–381.
54. Johnson GD, Thomas JS, Matre M (1990) Race, social ties, social support, and subjective well-being: evidence from a community study. *Sociological Focus*, 23 (4), 341–354.
55. Hagedoorn M, Buunk BP, Kuijer RG, Bram P, Wobbles T, Sanderman R (2000) Couples dealing with cancer: role and gender differences regarding psychological distress and quality of life. *Psycho-Oncology*, 9 (3), 232–242.
56. Secrest J, Zeller R (2006) Replication and extension of the continuity and discontinuity of Self Scale (CDSS). *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (2), 154–158.
57. Schaar I, Öjehagen A (2003) Predictors of improvement in quality of life of severely mentally ill substance abusers during 18 months of co-operation between psychiatric and social services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38 (2), 83–87.
58. Pilch I (2005) Machiawelizm a oceny jakości życia. W: Bańka A (red.) *Psychologia jakości życia*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, 165–178.
59. Rosmus R (2005) Struktura osobowości i podświadomy plan życia a ocena jakości życia. W: Bańka A (red.) *Psychologia jakości życia*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, 179–204.
60. Kasprzak E. (2005) Poczucie jakości życia osób bezrobotnych pięć lat temu a obecnie. Badania porównawcze. W: Bańka A (red.) *Psychologia jakości życia* Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, 135–150.
61. Secrest JS, Zeller R (2003) Measuring Continuity and Discontinuity following stroke. *Journal of Nursing Scholarship*, 35 (3), 243–247.
62. Arnold R, Ranchor A, DeJongste MJL, Köeter GH, Hacken NHT, Aalbers R, Sanderman R (2005) The relationship between self-efficacy and self-reported physical functioning in chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure. *Behavioral Medicine*, 31 (3), 107–115.
63. Luttk ML, Jaarsma T, Veeger N, van Veldhuisen DJ (2005) For better and for worse: Quality of life impaired in HF patients as well as in their partners. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4 (1), 11–14.
64. Kivett E, Palmore E (1977) Change in Life Satisfaction: A Longitudinal Study of Persons Aged 46–70. *Journal of Gerontology*, 32 (3), 311–316.
65. Toningan JS, Connors GJ, Miller WR (1996) Alcoholics Anonymous Involvement (AAI) Scale: Reliability and Norms. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2, 75–80.

Marcin Wnuk
ul. Garbary 10/5, 61-687 Poznań
tel. (mobile) 509 919 423
e-mail: marwnuk@wp.pl

otrzymano: 10.11.06
przyjęto do druku: 8.02.07