

Duchowy charakter Programu Dwunastu Kroków a jakość życia Anonimowych Alkoholików

Spiritual character of 12-step Program and quality of life in Alcoholics Anonymous

Marcin Wnuk

Abstract – Introduction. The aim of this study was to examine whether involvement in a 12-step Program results in correlation between spirituality and quality of life, as well as between positive religious coping and quality of life. An additional aim was to verify a positive relationship between spirituality and positive religious coping.

Method. The sample consisted of 70 participants in Alcoholics Anonymous groups from Poznań. The following tools were used: the Cantril Ladder, the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), the Religious Coping Scale (RCOPE), the Daily Spiritual Experiences Scale, and a one-item scale regarding the quantity of accomplished steps from the 12-step Program.

Results. Regression analysis indicated that involvement in a 12-step Program establishes links between spirituality and quality of life, as well as between positive religious coping and quality of life. Furthermore, positive relationship between spirituality and a positive religious coping was noticed.

Key words: quality of life, spirituality, religiosity, 12-step Program, self-help groups, Alcoholics Anonymous

Streszczenie – Wstęp. Celem przeprowadzonego projektu badawczego było zweryfikowanie hipotezy dotyczącej mediacyjnej roli Programu Dwunastu Kroków pomiędzy duchowością a jakością życia oraz pomiędzy korzystaniem z pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie a jakością życia. Chodziło również o sprawdzenie prawdziwości założenia, że istnieje pozytywny związek pomiędzy duchowością a korzystaniem z pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem.

Metoda. Osobami badanymi było 70 uczestników spotkań grup Anonimowych Alkoholików z Poznania. Użyto następujące narzędzia badawcze: Drabinkę Cantrila, Skalę Pozytywnego i Negatywnego Afektu (PANAS), Skalę do mierzenia religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem (RCOPE), Skalę Codziennych Doświadczeń Duchowych oraz jednopytaniową skalę dotyczącą liczby zrealizowanych kroków z Programu Dwunastu Kroków.

Wyniki. Uzyskane wyniki potwierdziły założenia o mediacyjnej roli zaangażowania w realizację Programu Dwunastu Kroków, zarówno w odniesieniu do relacji duchowości i jakości życia, jak i w odniesieniu do korzystania z religijnych form radzenia sobie ze stresem i do jakości życia. Zano-towano również istnienie pozytywnego związku pomiędzy duchowością a korzystaniem z pozytywnych religijnych form radzenia sobie ze stresem.

Słowa kluczowe: jakość życia, duchowość, religijność, Program Dwunastu Kroków, grupy samopomocy, Anonimowi Alkoholicy

Badanie i artykuł finansowane ze środków własnych.

WSTĘP

Sfera duchowa wydaje się odgrywać istotną rolę w osiągnięciu dobrostanu i satysfakcji z życia. Przeprowadzone dotychczas projekty badawcze dowodzą, iż jest ona jednym z najważniejszych predyktorów jakości życia (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11). Duchowe aspekty funkcjonowania jednostek nabierają szczególnego znaczenia w zmaganiach z przewlekłą chorobą, zagrażającą życiu oraz osobistym wartościom, tak jak dzieje się to w przypadku chorób onkologicznych (12, 13). Wyniki badań, przy zastosowaniu różnych miar duchowości oraz jakości życia, w znaczącej mierze potwierdzają istnienie pozytywnej zależności pomiędzy obiema zmiennymi w odniesieniu do populacji pacjentów z różnymi typami nowotworów (14, 15, 16, 17, 18, 19), chorych na HIV (19, 20, 21), pacjentów z chorobami serca (22), ośpieniem (23), jak również chorych przewlekle (24) i terminalnie (25).

Podczas zmagania z chorobą wielu chorych, odwołując się do duchowej oraz religijnej sfery własnej egzystencji, korzysta z religijnych sposobów radzenia sobie z zaistniałą sytuacją. Nie są to wyłącznie sposoby charakterystyczne dla osób z zaburzeniami somatycznymi, ale specyficzne i uniwersalne formy zmagania się z trudnymi sytuacjami. Przeprowadzone dotychczas badania z udziałem różnych populacji osób zdrowych (przy użyciu odmiennych narzędzi badawczych) dowodzą, że korzystanie z negatywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem jest związane z obniżoną jakością życia (26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33), podczas gdy korzystanie z pozytywnych religijnych sposobów sprzyja zdrowiu psychicznemu, zadowoleniu z życia oraz redukcji objawów depresyjnych (26, 28, 29, 30). Zbieżne z przytoczonymi wynikami są rezultaty analogicznych badań przeprowadzonych na grupach osób z różnymi zaburzeniami somatycznymi (34, 35, 36, 37, 38) oraz psychicznymi (39, 40, 41).

Uzależnienie od alkoholu jest uważane za chorobę przewlekłą, postępującą i śmiertelną (42, 43, 44, 45, 46), powodującą znaczące obniżenie jakości życia osób nią dotkniętych (47, 48, 49, 50, 51, 52). Wyniki niektórych badań potwierdzają, iż udziałowi oraz zaangażowaniu we wspólnotę Anonimowych Alkoholików towarzyszy wzrost poczucia jakości życia, którego poziom nie różni się znacząco od poczucia jakości życia osób nieuzależnionych (53, 54).

Przyjęty w Polsce system leczenia alkoholizmu jest oparty na tzw. Modelu Minnesota. Pozwala on na połączenie wiedzy profesjonalistów – psychologów, lekarzy – i pracowników z doświadczeniami ruchu samopomocy (55, 56). Poza tym osoby uzależnione od alkoholu, podejmujące terapię są obligowane do udziału w spotkaniach Anonimowych Alkoholików jako ogniwa komplementarnego wobec oddziaływań psychologów (57).

Oprócz somatycznego (fizycznego) i psychicznego wymiaru uzależnienia od alkoholu można mówić dodatkowo o jego aspekcie duchowym i społecznym (58). Udział w spotkaniach AA opiera się na realizacji Programu Dwunastu Kroków, odnoszącego się przede wszystkim do rozwoju sfery duchowej (59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69). Zawarte w tym Programie odniesienia do Siły Większej

oraz do Boga, jakkolwiek jest on pojmowany, podobnie jak dążenie do spełniania jego woli poprzez modlitwę i medytację (patrz Załącznik), mogą motywować członków grup samopomocy do korzystania z religijnych form radzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych oraz do rozwoju własnej duchowości. A poprzez większe zaangażowanie w realizację Programu Dwunastu Kroków mogą doprowadzić do wzrostu jakości życia.

Wysokiemu poziomowi duchowości w tej grupie badanych będzie prawdopodobnie towarzyszyło częstsze korzystanie z pozytywnych religijnych form radzenia sobie ze stresem. Jak należy przypuszczać, zaangażowanie w Program Dwunastu Kroków będzie pełniło rolę czynnika pośredniczącego pomiędzy duchowością a jakością życia oraz pomiędzy pozytywnymi religijnymi sposobami radzenia sobie a jakością życia.

Hipotezy badawcze

1. Częstsze korzystanie z pozytywnych religijnych form radzenia sobie ze stresem jest pozytywnie związana z wyższym poziomem duchowości.
2. Zaangażowanie w realizację Programu Dwunastu Kroków jest zmienną pośredniczącą pomiędzy duchowością a jakością życia.
3. Zaangażowanie w realizację Programu Dwunastu Kroków jest zmienną pośredniczącą pomiędzy korzystaniem z pozytywnych religijnych form radzenia sobie ze stresem a jakością życia.

MATERIAŁ I METODA

W badaniach wzięło udział siedemdziesiąt osób ze wspólnoty Anonimowych Alkoholików z Poznania, dobranych w sposób losowy. Wszyscy badani wyrazili zgodę na uczestnictwo w projekcie badawczym. Kwestionariusze były rozdawane przez psychologa oraz wypełniane przez respondentów indywidualnie w domu.

Mężczyźni stanowili 73,9% badanych, kobiety – 26,1%. Wykształcenie podstawowe miało 5,8% uczestników projektu, zawodowe – 29%, średnie – 46,4%, wyższe – 18,8%. Średnia wieku badanych wynosiła 46,1 lat ($SD = 11,57$). Średnia długość abstynencji wynosiła 76 miesięcy ($SD = 63,42$), a średnia pobytu w ruchu samopomocy – 102 miesiące ($SD = 71,38$). Z porad psychologa korzystało 62,9% osób.

Użyto następujących narzędzi badawczych: Drabinki Cantrila, Skali Pozytywnego i Negatywnego Afektu (PANAS), Skali do mierzenia religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem (RCOPE), Skali Codziennych Doświadczeń Duchowych oraz jednopytaniowej skali dotyczącej liczby zrealizowanych kroków z Programu Dwunastu Kroków.

Poczucie jakości życia było operacjonalizowane jako ogólna ocena poznawcza życia z perspektywy satysfakcji z niego płynącej oraz liczby pozytywnych i negatywnych stanów emocjonalnych doświadczanych przez respondentów w ciągu

weekendu poprzedzającego badanie. Kognitywnym wskaźnikiem poczucia jakości życia była Drabinka Cantrila, natomiast jego emocjonalny aspekt mierzyła Skala Pozytywnego i Negatywnego Afektu (PANAS).

Drabinka Cantrila jest powszechnie stosowaną miarą jakości życia, składa się z jednego pytania. Respondent w skali od 0 do 10 ocenia ogólnie swoje zadowolenie z życia. W programie „Cebula”, prowadzonym przez Czapińskiego, po dwumiesięcznym odroczeniu uzyskano rzetelność 0,76 (70). W innym projekcie współczynnik rzetelności po przeprowadzeniu ponownego badania po dwóch latach wyniósł 0,65 (71).

Skala Pozytywnego i Negatywnego Afektu (PANAS) składa się z 10 stwierdzeń, które odnoszą się do pozytywnych stanów emocjonalnych oraz 10 do negatywnego afektu. Odpowiedzi udzielane są na pięciostopniowej skali od 1 – odrobinę lub wcale, do 5 – bardzo często. W przytaczanym projekcie respondenci oceniali częstotliwość swoich stanów emocjonalnych w odniesieniu do ostatniego weekendu przed badaniem. Rzetelność skali waha się (w zależności od projektu badawczego) od $\alpha = 0,86$ do $\alpha = 0,89$ dla jej części odnoszącej się do pozytywnych stanów emocjonalnych oraz od $\alpha = 0,84$ do $\alpha = 0,85$ w stosunku do jej części dotyczącej negatywnego afektu (72, 73). Rzetelność tego narzędzia badana metodą test–retest wśród studentów wyniosła 0,39–0,71 (72). W przytaczanym projekcie badawczym jej rzetelność wyniosła odpowiednio $\alpha = 0,90$ dla pozytywnego afektu oraz $\alpha = 0,78$ dla negatywnego afektu.

Skala religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem (RCOPE) składa się z 14 pytań. Połowa z nich odnosi się do korzystania z pozytywnych, religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem, podczas, gdy druga połowa pytań – do negatywnych religijnych form. Na każde z pytań osoba badana odpowiada na 4-stopniowej skali, w zależności od tego w jakim stopniu zgadza się lub nie z danym stwierdzeniem. Rzetelność skali w zależności od badanej populacji wynosi $\alpha = 0,78$ –0,94 (30). W realizowanym projekcie badawczym użyto części skali odnoszącej się do korzystania z pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem. Jej rzetelność wyniosła $\alpha = 0,84$.

Skala Codziennych Doświadczeń Duchowych składa się z 16 pytań. Osoba badana udziela odpowiedzi na 6-stopniowej skali od 1 – nigdy lub prawie nigdy, do 6 – wiele razy w ciągu dnia. Im większą liczbę punktów uzyskuje, z tym większym stopniem duchowości mamy do czynienia. Narzędzie to prezentuje zadowalające właściwości psychometryczne. Jego rzetelność, w zależności od populacji, plasuje się w granicach $\alpha = 0,86$ –0,95 (74). W realizowanym projekcie badawczym rzetelność wyniosła $\alpha = 0,94$.

Zaangażowanie w realizację Programu Dwunastu Kroków mierzono za pomocą pytania na temat subiektywnej oceny odnoszącej się do liczby zrealizowanych kroków spośród 12. Obliczono współczynnik skośności rozkładu tej zmiennej w próbie badawczej. Jego wartość wyniosła $-0,061$. Na bazie wyniku, który potwierdzał przypuszczenie, że rozkład tej zmiennej w próbie w wystarczającym stopniu przypomina rozkład normalny (współczynnik skośności rozkładu normalnego wynosi 0), zdecydowano się na użycie odpowiednich rozwiązań statystycznych.

WYNIKI

Obliczeń dokonano za pomocą pakietu statystycznego SPSS PC. Do zweryfikowania hipotezy o pośredniczącej roli zaangażowania w Program Dwunastu Kroków zastosowano analizę regresji liniowej.

Dana zmienna występuje w roli pośredniczącej wówczas, kiedy jest związana ze zmienną zależną oraz zmienną niezależną. Zmienna zależna musi być również związana ze zmienną niezależną. Po wprowadzeniu wszystkich trzech zmiennych do równania regresji, zmienna będąca mediatorem powinna pozostać predyktorem zmiennej zależnej, podczas gdy uzyskana wcześniej istotna statystycznie zależność pomiędzy zmienną niezależną a zmienną zależną powinna zostać zredukowana do poziomu nieistotnej statystycznie (75).

Współczynniki korelacji pomiędzy zmiennymi zostały zaprezentowane w tabeli 1.

Tabela 1.

Macierz korelacji (n = 70)

Correlation matrix (n = 70)

	1	2	3	4	5
Satysfakcja z życia <i>Life satisfaction</i>					
Afekt pozytywny <i>Positive affect</i>	0,11				
Afekt negatywny <i>Negative affect</i>	-0,32**	-0,15			
Duchowość <i>Spirituality</i>	0,34**	0,22	-0,37**		
Pozytywne religijne formy radzenie sobie ze stresem <i>Positive religious coping</i>	0,28*	0,22	-0,19	0,67**	
Zaangażowanie w realizację Programu 12 Kroków <i>Involvement in a 12-step Program</i>	0,53**	0,21	-0,46**	0,50**	0,41**

* p≤0,05, ** p≤0,01

Zgodnie z założeniami związek pomiędzy duchowością a korzystaniem z pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem miał charakter istotny statystycznie, a jego siła była umiarkowana.

Zanotowano istnienie związków o umiarkowanej sile pomiędzy duchowością a zaangażowaniem w realizację Programu Dwunastu Kroków oraz korzystaniem z pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem a zaangażowaniem w realizację Programu. Zależności pomiędzy duchowością i zaangażowaniem w Program Dwunastu Kroków a satysfakcją z życia i afektem negatywnym okazały się również istotne statystycznie. Zanotowano także istnienie związków pomiędzy korzystaniem z pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie a satysfakcją z życia.

Nie stwierdzono natomiast istotnego statystycznie związku pomiędzy afektem pozytywnym a duchowością, korzystaniem z pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem a zaangażowaniem w realizację Programu Dwunastu Kroków. Zależność pomiędzy afektem negatywnym a korzystaniem z pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem okazała się również nieistotna statystycznie.

W oparciu o postawione hipotezy użyto analizę regresji wielokrotnej. Do równania regresji wprowadzono równocześnie po 3 zmienne (zmienna niezależna, potencjalna zmienna pośrednicząca oraz zmienna zależna), których wzajemne związki zweryfikowano na wcześniejszym etapie opracowania, bazując na obliczonych współczynnikach korelacji parami (patrz tab. 1). Ze względu na brak związków pomiędzy pozytywnym afektem a duchowością, korzystaniem z pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem oraz zaangażowaniem w realizację Programu Dwunastu Kroków, ta miara zmiennej zależnej została wykluczona z dalszej analizy.

Ostatecznie przeprowadzono 3 analizy regresji. W pierwszym wypadku do równania regresji wprowadzono duchowość jako zmienną niezależną, satysfakcję z życia jako zmienną zależną oraz zaangażowanie w Program Dwunastu Kroków jako potencjalną zmienną pośredniczącą. Okazało się, iż zaangażowanie w realizację Programu Dwunastu Kroków występuje nadal w charakterze predyktora satysfakcji z życia ($\beta = 0,535$; $F = 18,39$; $p < 0,01$), podczas gdy siła związku pomiędzy duchowością a satysfakcją z życia (patrz tab. 1) została zredukowana do poziomu nieistotnego statystycznie ($\beta = 0,219$; $p = 0,128$).

Kolejny wariant zakładał umieszczenie w równaniu regresji duchowości jako zmiennej niezależnej, negatywnego afektu jako zmiennej zależnej oraz zaangażowania w Program Dwunastu Kroków jako domniemanej zmiennej pośredniczącej. Predykcijną rolę w stosunku do negatywnego afektu ujawniła zmienna „zaangażowanie w Program Dwunastu Kroków” ($\beta = 0,466$; $F = 13,60$; $p < 0,01$). Siła związku pomiędzy duchowością a negatywnym afektem (patrz tab. 1) uległa obniżeniu do poziomu nieistotnego statystycznie ($\beta = 0,008$; $p = 0,959$).

W ostatniej analizie regresji jako zmienną niezależną użyto korzystanie z pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem, jako zmienna zależna została zastosowana satysfakcja z życia, natomiast zaangażowanie w Program Dwunastu Kroków jako zakładany czynnik pośredniczący. Predyktorem satysfakcji z życia pozostaje liczba zrealizowanych kroków ($\beta = 0,523$; $F = 16,90$; $p < 0,01$), natomiast siła związku pomiędzy korzystaniem z pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem a satysfakcją z życia (patrz tab. 1) zmalała do poziomu nieistotnego statystycznie ($\beta = 0,229$; $p = 0,098$).

We wszystkich trzech przytoczonych wariantach zaangażowanie w realizację Programu Dwunastu Kroków okazało się być czynnikiem pośredniczącym, zarówno pomiędzy duchowością i dwoma wskaźnikami jakości życia, jak i pomiędzy korzystaniem z pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem a satysfakcją z życia.

DYSKUSJA

Hipoteza mówiąca o istnieniu pozytywnego związku pomiędzy duchowością a korzystaniem z pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem została potwierdzona. Wzrostowi duchowości osób uzależnionych od alkoholu, uczestniczących w spotkaniach grup samopomocy, towarzyszy na ogół większa częstotliwość korzystania z pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem.

Religijna sfera funkcjonowania jest silnie związana z duchowością człowieka. W literaturze przedmiotu można spotkać się z zamiennym stosowaniem obu terminów, gdzie religijność, szczególnie w wymiarze osobistym, jest utożsamiana z duchowością i ma odzwierciedlenie na przykład w modlitwie (76, 77). Dla innych badaczy duchowość stanowi odrębną sferę człowieka (7, 78, 79, 80, 81, 82, 83), a jeszcze inni traktują religijność jako jedną ze składowych duchowości (84). Zagadnienie to wydaje się być szczególnie istotne w odniesieniu do Anonimowych Alkoholików, którzy podkreślają, iż Program Dwunastu Kroków ma charakter duchowy, a nie religijny. Dlatego prawdopodobnie, znajdujące się tam odniesienia do Boga są obwarowane zastrzeżeniem, że może być on przez każdego indywidualnie rozumiany i spostrzegany (patrz Załącznik). Przyjęcie takiego założenia przez twórców Programu Dwunastu Kroków było, jak się wydaje, rozwiązaniem przemyślanym i racjonalnym. Instytucjonalne formy religijności, będące odzwierciedleniem różnych wyznaniowych członków ruchu samopomocy, mogłyby w perspektywie spowodować zamknięcie się tego ruchu na osoby prezentujące różne wierzenia religijne, przez co straciłby on swój główny atut – uniwersalność. Mimo tych uzasadnionych różnic, wyniki przeprowadzonych badań podkreślają, że korzystaniu z pozytywnych religijnych form radzenia sobie ze stresem sprzyja rozwój sfery duchowej oraz realizacja Programu Dwunastu Kroków.

Hipoteza druga została w znacznej mierze potwierdzona. Zaangażowanie w realizację Programu Dwunastu Kroków pełni rolę pośredniczącą pomiędzy duchowością a satysfakcją z życia i negatywnym afektem. Hipoteza trzecia zyskała częściowe potwierdzenie, ponieważ mediacyjna rola zaangażowania w Program Dwunastu Kroków pomiędzy duchowością a jakością życia, ujawniła się wyłącznie w odniesieniu do jednego z jej 3 wskaźników, a mianowicie do satysfakcji z życia.

W świetle wyników analizy regresji wielokrotnej można mówić o znaczącej roli realizacji Programu Dwunastu Kroków w powrocie do zdrowia osób uzależnionych od alkoholu, uczestniczących w spotkaniach grup samopomocy. Uzyskane wyniki potwierdzają znaczenie duchowości oraz korzystania z pozytywnych religijnych form radzenia sobie ze stresem dla zaangażowania w realizację Programu Dwunastu Kroków.

Główną zaletą przeprowadzonego projektu jest odkrycie mechanizmu powodującego poprawę jakości życia badanej populacji. Jest dalece prawdopodobne, że wzrost duchowości oraz częstotliwości korzystania z pozytywnych religijnych form radzenia sobie ze stresem stymuluje badanych do większego zaangażowania w realizację Programu Dwunastu Kroków, co z kolei owocuje poprawą satysfakcji z życia. Wzrost satysfakcji z życia osób uzależnionych można niewątpliwie

potraktować jako wskaźnik powrotu do zdrowia. Odkrycie tego mechanizmu nie-
nie ze sobą daleko idące implikacje, zarówno teoretyczne, jak i praktyczne.

Otrzymane wyniki są potwierdzeniem słuszności przyjętego w Polsce modelu
leczenia, który na osoby uzależnione od alkoholu nakłada obowiązek uczestnicze-
nia w spotkaniach AA, gdzie mają okazję rozwijać się w sferze duchowej oraz
realizować Program Dwunastu Kroków. Oddziaływania psychologiczne są wów-
czas uzupełniane o rozwój sfery duchowej, dzięki czemu stosowane leczenie ma
bardziej integralny charakter. Osiągane rezultaty świadczą o słuszności wyko-
rzystywania w leczeniu uzależnień elementów Programu Dwunastu Kroków.
Oczywiście, należy pamiętać, iż stosowanie w terapii psychologicznej Programu
Dwunastu Kroków niekoniecznie musi prowadzić do tych samych efektów, co
udział w mityngach AA. Może to wynikać ze specyfiki obu tych form pomocy,
tym bardziej, że fenomen ozdrowieńczego wpływu uczestnictwa w spotkaniach
grup samopomocy nie został jeszcze w pełni odkryty.

Innym ważnym wnioskiem wynikającym z badań jest to, iż oddziaływania
terapeutyczne mogą również dotyczyć sfery duchowej pacjentów poradni uzale-
żnień. Dotychczasowa aktywność pracujących tam psychologów i lekarzy kon-
centruje się raczej wyłącznie na poprawie psychicznego i fizycznego funkcyjono-
wania osób uzależnionych od alkoholu, a zagadnienia związane ze sferą duchową
odsuwane są na margines.

Jedynym ważnym ograniczeniem przeprowadzonych badań jest ich poprzeczny
charakter, co nie pozwala na wyciąganie wniosków o charakterze przyczynowo-
skutkowym. Użyty do testowania mediacyjnej roli model w pewnej mierze upraw-
nia do identyfikacji kierunku uzyskanych zależności.

Niniejsze badania mają w Polsce pionierski charakter. Istnieje potrzeba dalsze-
go poszukiwania predyktorów jakości życia członków grup samopomocowych,
szczególnie w obszarze zaangażowania w tę formę pomocy. Realizacja Programu
Dwunastu Kroków jest jednym z nich. Identyfikacja innych składowych zaangażo-
wania w ruch samopomocy, predyktorów jakości życia w tej grupie badanych,
będzie przedmiotem następnego doniesienia.

WNIOSKI

1. Wyższemu poziomowi duchowości Anonimowych Alkoholików towarzyszy na
ogół większa częstotliwość korzystania z pozytywnych religijnych sposobów
radzenia sobie ze stresem
2. W przypadku Anonimowych Alkoholików, wyższy poziom duchowości przy-
puszczalnie sprzyja realizacji Programu Dwunastu Kroków, co z kolei prawdopod-
podobnie prowadzi do wzrostu satysfakcji z życia oraz redukcji negatywnego
afektu.
3. W przypadku Anonimowych Alkoholików, większa częstotliwość korzystania
z pozytywnych religijnych form radzenia sobie ze stresem przypuszczalnie
sprzyja realizacji Programu Dwunastu Kroków, co z kolei prawdopodobnie pro-
wadzi do redukcji negatywnego afektu.

PIŚMIENICTWO

1. Fabricote AN, Fenzel LM (2000) Personal Spirituality as a moderator of the relationship between stressors and subjective well-being. *Journal of Psychology and Theology*, 28 (3), 221–228.
2. Genia V, Cooke BA (1998) Women at midlife: spiritual maturity and life satisfaction. *Journal of Religion and Health*, 37 (2), 115–123.
3. O'Connell KA, Skevington SM (2005) The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health-related quality of life: themes from focus groups in Britain. *British Journal of Health Psychology*, 10, 379–398.
4. Perrone KM, Webb LK, Wright SL, Jackson ZV, Ksiazak TM (2006) Relationship of spirituality to work and family roles and life satisfaction among gifted adults. *Journal of Mental Health Counseling*, 28 (3), 253–268.
5. Sawatzky R, Ratner PA, Chiu L (2005) A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Social Indicators Research*, 72, 153–188.
6. Fry PS (2000) Religious involvement, spirituality and personal meaning for life: existential predictors of psychological wellbeing in community-residing and institutional care elders. *Aging and Mental Health*, 4 (4), 375–387.
7. Starks SA, Hughey AW (2003) African American women at midlife: the relationship between spirituality and life satisfaction. *Affilia*, 18 (2), 133–147.
8. Daaleman TP, Frey BB (2004) The Spirituality Index of Well-Being: a new instrument for health-related quality-of-life research. *Annals of Family Medicine*, 2 (5), 499–503.
9. Underwood LG, Teresi IA (2002) The Daily Spiritual Experience Scale. Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health related data. *Annals of Behavioral Medicine*, 24 (1), 22–33.
10. Popkers-Vawter S, Yoder E, Gajewski B (2005) The role of spirituality in holistic weight management. *Clinical Nursing Research*, 14 (2), 158–174
11. Cohen AB (2002) The importance of spirituality in well-being for Jews and Christians. *Journal of Happiness Studies*, 3, 287–310.
12. Mytko JJ, Knight SJ (1999) Body mind and spirit: toward the integration of religiosity in cancer quality of life research. *Psycho-Oncology*, 8, 439–450.
13. Stefanek M, McDonald PG, Hess SA (2004) Religion, spirituality and cancer: current status and methodological challenges. *Psycho-Oncology*, 14, 450–463.
14. Daugherty CHK, Fitchet G, Murphy PE, Peterman AH, Banik DM, Hlubocky F, Tartaro J (2005) Trusting god and medicine: spirituality in advanced cancer patients volunteering for clinical trials of experimental agents. *Psycho-Oncology*, 14, 135–146.
15. Wyatt GK, Friedman LL, Given CW, Given BA, Backrow KC (1999) Complementary therapy use among older cancer patients. *Cancer Practice*, 7 (3), 136–144.
16. Levine EG, Targ E (2002) Spiritual correlates of functional well-being in women with breast cancer. *Integrative Cancer Therapy*, 1 (2), 166–174.
17. Laubmeier KK, Zakowski SG, Bair JP (2002) The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: a test of transactional model of stress and coping. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11 (1), 48–55.
18. Krupski TL, Kwan L, Fink A, Sonn GA, Malisky F, Litwin MS (2006) Spirituality influences health related quality of life in men with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 121–131.
19. Peterman AH, Fitchet G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D (2002) Measuring spiritual wellbeing in people breast cancer: the functional assessment of chronic illness therapy – Spiritual Well-being Scale (Facit-sp). *Annals of Behavioral Medicine*, 24 (1), 49–58.
20. Crimsley LP (2006) Spirituality and quality of life in HIV-positive persons. *Journal of Cultural Diversity*, 13 (2), 113–118.
21. Tuck I, McCain LN, Elswick RK (2001) Spirituality and psychosocial factors living with HIV. *Methodological Issues and Nursing Research*, 33 (6), 776–783.

22. Beery TA, Baas LS, Fowler Ch, Allen G (2002) Spirituality in persons with heart failure. *Journal of Holistic Nursing*, 20 (1), 5–25.
23. Katsuno T (2003) Personal spirituality of persons with early-stage dementia. Is it related to perceived quality of life? *Dementia*, 2 (3), 315–335.
24. Riley BB, Perna, R, Tate DG, Forchheimer M, Anderson CH, Luera G (1998) Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: their relation to various forms of quality of life. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 258–264.
25. Tang W, Aronson SL, Forbes SA (2004) Quality of life in hospice patients with terminal illness. *Western Journal of Nursing Research*, 26 (1), 113–128.
26. Pargament KI, Tarakeshwar N (2001) Religious coping in families of children with autism. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities*, 16 (4), 247–260.
27. Pargament KI, Magyar GM, Benore E, Mahoney A (2005) Sacrilege: a study of sacred loss and desecration and their implications for health and well-being in a community sample. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 44 (1), 59–78.
28. Pargament KI, Tarakeshwar N, Ellison CG, Wulff KM (2001) Religious coping among the religious: The relationship between religious coping and well-being in the national sample of presbyterian clergy, elders and members. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40 (3), 497–513.
29. Pargament KI, Zinnbauer BJ, Scott AB, Butter EM, Zerowin J, Stanik P (1998) Red flags and religious coping: identifying some religious warning signs among people in crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (1), 77–89.
30. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM (2000) The many methods of religious coping: development and initial validation of RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (4), 519–543.
31. Phillips RE, Pargament KI, Lynn QK, Crossley CD (2004) Self-directing religious coping: a deistic God, abandoning God, or no God at all? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 43 (3), 409–418.
32. Tarakeshwar S, Pargament KI, Mahoney A (2003) Initial development of a measure of religious coping among Hindus. *Journal of Community Psychology*, 31 (6), 607–628.
33. Nooney J, Woodrum E (2002) Religious coping and church-based social support effects on mental health. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41 (2), 359–368.
34. Boscaglia N, Clarke DM, Jobling TW, Quinn MA (2005) The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*, 15, 755–761.
35. Sherman AC, Simonton S, Latif U, Spohn R, Trico G (2005) Religious struggle and religious comfort in response to illness: health outcomes among stem cell transplant patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 28 (4), 359–367.
36. Hills J, Paice JA, Cameron JE, Shott S (2005) Spirituality and distress in palliative care consultation. *Journal of Palliative Medicine*, 8 (4), 782–788.
37. Tarakeshwar N, Vanderwerker LC, Paulkm E, Pearce MJ, Kasl SV, Prigerson HG (2006) Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (3), 646–657.
38. Sears SF Jr, Rodrigue JR, Greene AF, Fauerbach P, Mills RM Jr (1997) Religious coping and heart transplantation: from threat to health. *Journal of Religion and Health*, 36 (4), 345–351.
39. Pieper ZT (2004) Religious coping in highly religious psychiatric inpatients. *Mental Health, Religion and Culture*, 7 (4), 349–363.
40. Rammohan A, Rao K, Subbakrishna DK (2002) Religious coping and psychological wellbeing in carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 352–363.
41. Yangarber-Hicks N (2004) Religious coping styles and recovery from serious mental illnesses. *Journal of Psychology and Theology*, 32 (4), 305–317.
42. Johnson EV (1992) *Od jutra nie piję: praktyczne uwagi na temat leczenia uzależnień*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

43. Olszewska E (1994) *Niepewność w pojmowaniu siebie. Terapia na gruncie ruchu Anonimowych Alkoholików jako szansa zmiany w obszarze samowiedzy człowieka*. Prace naukowe nauk ekonomiczno-społecznych Politechniki Wrocławskiej, 1, 73–88.
44. Woronowicz BT (1998) *Alkoholizm jest chorobą*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
45. Kinney J, Leaton G (1996) *Zrozumieć alkohol*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
46. Vaillant GE, Hiller-Strurmhöfel S (2000). Picie alkoholu w różnych okresach życia. W: Durda R (red.) *Alkohol a zdrowie*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 35–50.
47. Miller GA, Russo TJ (1997) Alcoholism, spiritual wellbeing and need to transcendence. *Social Psychology*, 140 (5), 565–579.
48. 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.
49. Foster JH, Powell JE, Marshall EJ, Peters TJ (1999) Quality of life in alcohol-dependent subject – review. *Quality of Life Research*, 8, 255–261.
50. 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).
51. DeHaes J, van Knnipenburg 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.
52. Smith KW, Larson MJ (2004) Quality of life assessment by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29 (2), 323–335.
53. 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.
54. Wnuk M (2006) Poczucie jakości życia anonimowych alkoholików. *Psychologia Jakości Życia*, 5 (1), 49–62.
55. Woronowicz BT (2001) *Bez tajemnic – o uzależnieniach i ich leczeniu*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
56. Bukowski S, Bukowska B, Ilnicki S (1999) Ocena efektywności ambulatoryjnej terapii alkoholików wzorowanej na Modelu Minnesota. *Alkoholizm i Narkomania*, 2, 237–245.
57. Woronowicz BT, Lenard W (1996) Próba skuteczności leczenia uzależnienia od alkoholu w oparciu o długość abstynencji. *Alkoholizm i Narkomania*, 2, 225–232.
58. Wallace J (1989) *Alkoholizm. Nowe spojrzenie na chorobę*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości. Studium Pomocy Psychologicznej.
59. Jackson P, Cook CH (2005) Introduction of a spirituality group in a community service for people with drinking problems. *Journal of Substance Use*, 10 (6), 375–383.
60. McGee EM (2000) Alcoholics Anonymous and nursing. Lessons in holism and spiritual care. *Journal of Holistic Nursing*, 18 (1), 11–26.
61. Ronel N (2000) From self-help to professional care. An enhanced application of the 12-Step Program. *Journal of Applied Behavioral Science*, 36 (1), 108–122.
62. Weegmann M (2004) Alcoholics Anonymous: A group-analytic view of fellowship organizations. *The Group-Analytic Society*, 37 (2), 243–258.
63. Brown AE, Whitney SN, Schneider MA, Vega CP (2006) Alcohol recovery and spirituality: strangers, friends, or partners? *Southern Medical Journal*, 99 (6), 654–657.
64. Swora MG (2004) The rhetoric of transformation in the healing of alcoholism: The twelve steps of Alcoholics Anonymous. *Mental Health, Religion and Culture*, 7 (3), 187–209.
65. Zylstra RE (2006) The use of spirituality in alcohol recovery. *Southern Medical Journal*, 99 (6), 643.

66. Morjaria A, Orford J (2002) The role of religion and spirituality in recovery from drink problem: A qualitative study of Alcoholics Anonymous members and South Asian men. *Addiction Research and Theory*, 10 (3), 225–256.
67. Vaillant GE (2005) Alcoholics Anonymous: cult or cure? *Australian and New Zealand Journal of Psychotherapy*, 39, 431–436.
68. Keane H (2000) Setting yourself free: techniques of recovery. *Health*, 4 (3), 324–346.
69. Chen G (2006) Social support, spiritual program, and addiction recovery. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50 (6), 303–326.
70. Czapiński J (1992) *Psychologia szczęścia: przegląd badań teorii cebulowej*. Warszawa–Poznań: „Akademos”.
71. Kivett E, Palmore E (1977) Change in Life Satisfaction: A Longitudinal Study of Persons Aged 46–70. *Journal of Gerontology*, 32 (3), 311–316.
72. Trawka K, Derbis R (2006) Samoocena, afekt i nastrój jako wyznaczniki jakości życia. *Psychologia Jakości Życia*, 5 (1), 1–22.
73. Crawford JR, Henry JD (2004) The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 245–265.
74. Loustalot F, Wyatt SB, Boss B, May W, McDyess T (2006) Psychometric Examination of the Daily Spiritual Experiences Scale. *Journal of Cultural Diversity*, 13 (3), 162–167.
75. 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.
76. Maraviglia MG (2004) The effects of spirituality on well-being of people with lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31 (1), 89–94.
77. Maraviglia MG (2006) The effects of spirituality in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 33 (1), 147–160.
78. Emmons RA, Paloutzian RF (2003) The psychology of religion. *Annual Review of Psychology*, 54, 377–402.
79. Gullate M (2006) The Influence of Spirituality and Religiosity on Breast Cancer Screening Delay in African American Women: Application of the Theory of Reasoned Action and Planned Behavior (TRA/TPB). *ABNF Journal*, 17 (2), 89–94.
80. Rippentrop AE, Altmaier EM, Burns CP (2006) The Relationship of Religiosity and Spirituality to Quality of Life Among Cancer Patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13 (1), 31–37.
81. Seybold KS, Hill PC (2001) The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Current Directions in Psychological Science*, 10 (1), 21–24.
82. Abe-Kim J, Gong F, Takeuchi D (2004) Religiosity, spirituality, and help-seeking among Filipino Americans: Religious clergy or mental health professionals? *Journal of Community Psychology*, 32 (6), 675–689.
83. Dowling EM, Gestsdottir E, Anderson PM, von Eye A, Almerigi J, Lerner LM (2004) Structural relations among spirituality, religiosity and thriving in adolescence. *Applied Developmental Sciences*, 8 (1), 7–16.
84. Cohen AB, Koenig HG (2003) Religion, religiosity and spirituality in the biopsychosocial model of health and ageing. *Ageing International*, Summer, 28 (3), 215–241.

Marcin Wnuk

ul. Garbary 10 m. 5, 61-687 Poznań

tel. (mobile) 509 919 423, e-mail: marwnuk@wp.pl

otrzymano 15.01.07

przyjęto do druku 22.05.07

ZAŁĄCZNIK

Dwanaście Kroków Anonimowych Alkoholików*

1. Przyznaliśmy, że jesteśmy bezsilni wobec alkoholu, że przestaliśmy kierować własnym życiem.
2. Uwierzyliśmy, że Siła Większa od nas samych może przywrócić nam zdrowie.
3. Postanowiliśmy powierzyć naszą wolę i nasze życie opiece Boga, jakkolwiek Go pojmujemy.
4. Zrobiliśmy gruntowny i odważny obrachunek moralny.
5. Wyznaliśmy Bogu, sobie i drugiemu człowiekowi istotę naszych błędów.
6. Staliśmy się całkowicie gotowi, aby Bóg uwolnił nas od wszystkich wad charakteru.
7. Zwróciliśmy się do Niego w pokorze, aby usunął nasze braki.
8. Zrobiliśmy listę osób, które skrzywdziliśmy i staliśmy się gotowi zadośćuczynić im wszystkim.
9. Zadośćuczyniliśmy osobiście wszystkim, wobec których było to możliwe, z wyjątkiem tych przypadków gdy zraniłoby to ich lub innych.
10. Prowadziliśmy nadal obrachunek moralny, z miejsca przyznając się do popełnianych błędów.
11. Dążyliśmy przez modlitwę i medytację do coraz doskonalszej więzi z Bogiem, jakkolwiek Go pojmujemy, prosząc jedynie o poznanie Jego woli wobec nas oraz o siłę do jej spełnienia.
12. Przebudzeni duchowo w rezultacie tych Kroków, staraliśmy się nieść posłanie innym alkoholikom i stosować te zasady we wszystkich naszych poczynaniach.

* *Dwanaście Kroków i Dwanaście Tradycji* – Fundacja Biura Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, Warszawa 1986