

Prace poglądowe i monografie

**JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD
SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH**

**Bogusław Habrat, Helena Baran, Karina Steinbarth-Chmielewska,
Bohdan T. Woronowicz**

Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

ALCOHOL AND OTHER DRUG DEPENDENCE AND THE QUALITY OF LIFE

ABSTRACT – Research on the quality of life (QoL) of alcohol and other drugs (AOD) dependent persons is sparse but interest in this issue is increasing.

Most studies revealed a link between alcohol dependence and low quality of life, and a negative correlation between dependence intensity and life quality. Alcohol abuse, however, seems to have little effect upon the QoL. Maintenance of abstinence, or even moderate drinking, by alcohol dependent persons contribute to an improvement of life quality. Relationship between alcohol dependence and the QoL is still not clear, and requires more research specifically directed towards this issue. There are no studies on the effect of pharmacotherapy of alcoholism upon the QoL.

Studies on the QoL of persons dependent on other drugs are even more scarce. Few such studies indicated relationships similar to those observed in alcohol dependence. Evaluation of the effectiveness of methadone substitution programs from the viewpoint of changes in the QoL seems particularly promising, because of the wide spectrum of somatic, psychological, psychopathological, social, economic and other problems linked to drug use and dependence, which clearly seem to improve as the result of participation in drug substitution programs.

Among many tools for the assessment of the QoL the SF-36 questionnaire stands out because aside from having good psychometric parameters it has proved itself in many studies of AOD dependent persons, and the frequency of its use makes the result comparisons much easier.

Key words: Quality of life, AOD dependence

WSTĘP

Jakość życia (ang.: Quality of Life, QoL) jest pojęciem wieloznacznym. Mimo że nauka stara się tworzyć definicje precyzyjne i jednoznaczne, pojęcie to zawiera odmienne treści, w zależności, czy używane jest np. w socjologii, psychologii, ekonomii, filozofii lub medycynie. W odniesieniu do tej ostatniej, dla odróżnienia od innych definicji, nierzadko używa się terminu: „jakość życia zależna od zdrowia” (ang.: *Health-Related Quality of Life, HRQoL*) (np. 9, 40, 42, 44, 48, 49), choć używanie skróconej wersji (QoL) jest powszechniejsze. W medycynie i dziedzinach jej pokrewnych konceptualizacja badań nad jakością życia doprowadziła do stworzenia

szeregu definicji QoL. Za jedną z bardziej uniwersalnych uważana jest definicja zespołu powołanego przez Światową Organizację Zdrowia: World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL). Nawiązuje ona do WHO-wskiego rozumienia zdrowia „nie tylko jako braku choroby, ale i dobrostanu somatycznego, psychicznego i społecznego”. Wg WHOQOL, jakość życia definiowana jest jako: „grupowe lub indywidualne postrzeganie swojej pozycji w życiu w kontekście systemów kulturowych i hierarchii wartości, w których żyją, i w relacji do ich celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań” (55). Jarema i wsp. (24) przytaczają kilka innych definicji: „sposób, w jaki ktoś się czuje i daje sobie radę z codzienną aktywnością”, „poczucie satysfakcji z życia i codziennej aktywności, oparte na indywidualnej ocenie”, „globalna koncepcja, do której należy włączyć psychiczne i społeczne działania oraz czynności fizyczne i korzystne aspekty dobrego samopoczucia, jak również negatywne, spowodowane chorobą lub niesprawnością”. Do potrzeb badań nad alkoholizmem zmodyfikowano definicję amerykańskiego Narodowego Instytutu Zdrowia (33) i nadało jej brzmienie: „Jakość życia może być postrzegana jako całość parametrów charakteryzujących osoby lub grupy, ze szczególnym uwzględnieniem (I) stanu klinicznego związanego z przyjmowaniem substancji psychoaktywnej, (II) problemów specyficznych dla zaburzenia i (III) ogólnych parametrów zdrowia dotyczących ogólnego funkcjonowania i postrzegania zdrowia, zwykle ocenianych niezależnie od wieku i stanu zdrowia badanego” (26).

Narzędzia do oceny jakości życia i ich zawartość

W większym stopniu niż z natury ogólnikowe definicje ważna jest zawartość narzędzi (kwestionariuszy i skal) do opisu lub pomiaru QoL. Rosnące zapotrzebowanie na ocenę jakości życia i operacjonalizacja badań doprowadziła do powstania kilkudziesięciu narzędzi badających QoL.

Narzędzia te są znacznie zróżnicowane m.in. pod względem zakresu pojęcia QoL, objętości, uniwersalności, celu badań itp., jednak w najbardziej ogólnym podziale wymiarów QoL mówi się o aspektach: psychologicznym, społecznym i somatycznym (45).

W projekcie MATCH (26) przyjęto trzy obszary badań: stan kliniczny, problemy niemedyczne związane z piciem alkoholu i ogólne funkcjonowanie, przy czym na to ostatnie składało się funkcjonowanie somatyczne i psychiczne, a także funkcjonowanie związane z interakcjami między organizmem a otoczeniem. W tym celu posłużono się baterią ok. 30 testów.

W jednym z bardziej popularnych narzędzi do pomiaru QoL: SF-36 (50) występują 3 obszary zawierające 8 podskal. Pierwszy obszar (Funkcjonowanie) zawiera: funkcjonowanie somatyczne, funkcjonowanie społeczne, dysfunkcje spowodowane problemami somatycznymi i dysfunkcje spowodowane problemami emocjonalnymi. W pojęciu Dobrostanu zawierają się podskale: zdrowie psychiczne, żywotność i ból. Trzecim obszarem jest Ogólna ocena zdrowia, oceniana jedną podskalą o tej samej nazwie.

Skala Medical Outcome Study (MOS) w swej 20 punktowej wersji (SF-20) składa się z podskal: stan somatyczny, bóle somatyczne, funkcjonowanie w różnych rolach, zdrowie ogólne, funkcjonowanie społeczne i zdrowie psychiczne (25, 44).

Dość powszechnie uważa się, że w badaniach jakości życia powinno uwzględniać się subiektywne odczucia pacjenta, w co najmniej takim samym stopniu jak ocenę „obiektywną”, opartą na parametrach klinicznych (35, 43).

Jarema i wsp. (24) wymieniają następujące najczęściej uwzględniane sfery funkcjonowania uwzględniane w konstruowaniu skal: warunki bytowe, stosunki rodzinne i społeczne, praca i nauka, sytuacja finansowa, zdrowie, bezpieczeństwo, religia, spędzanie wolnego czasu. Niektórzy za istotne parametry uważają kontrolowanie środowiska i kierowanie swym losem, a także życie seksualne (11).

Do głównych cech, których oczekuje się od skal do pomiaru QoL w uzależnieniach należą m.in.: specyficzność polegającą na możliwości różnicowania osób z problemami spowodowanymi substancjami psychoaktywnymi od zdrowych lub chorych na inne zaburzenia psychiczne lub somatyczne, czułość pozwalająca wykazać zmiany np. w wyniku terapii, powszechność stosowania umożliwiającą porównywalność wyników.

Przy pomiarze QoL stosuje się dwie strategie. Pierwsza z nich opiera się na konstruowaniu skal specjalnie do tego celu. Wyniki w całej skali są ogólną miarą QoL, ale ponieważ niezwykle trudno wyważyć wartość wyników w poszczególnych podskalach, wyniki „ogólne” mają na ogół mniejszą wartość niż wyniki podskal, które są głównym przedmiotem analizy.

Wg drugiej koncepcji, wystarczające jest stosowanie baterii wypróbowanych testów skonstruowanych do innych celów, które składają się na opis QoL. Np. Metzger i wsp. (31) uważają, że dla oceny QoL osób nadużywających lub uzależnionych od substancji psychoaktywnych wystarczające jest używanie czterech popularnych narzędzi: Addiction Severity Index, Beck Depression Inventory, Symptom Checklist-90-R i Brief Symptom Inventory. Znacznie dalej poszli badacze z projektu MATCH (26), którzy chcieli jak najbardziej dokładnie ocenić wpływ różnych terapii na wyniki leczenia alkoholizmu. Nie silili się na opracowywanie i walidyzowanie specjalnej skali do pomiaru QoL, ale wybrali ok. 30 opracowanych wcześniej skal i kwestionariuszy, które mierzyły lub opisywały różne aspekty QoL. Tak skonstruowane baterie testów mają to do siebie, że nie dają ogólnego, „sumarycznego” wyniku, ale opisują pacjenta lub grupy pacjentów w różnych wymiarach. Można w ten sposób stwierdzać np. zróżnicowany wpływ terapii na różne dziedziny składające się na QoL.

Innym zagadnieniem jest zagadnienie uniwersalności i specyficzności narzędzi. Z jednej strony konstruuje się skale uniwersalne, dzięki którym można byłoby oceniać np. duże populacje w aspekcie „ogólnego zdrowia”, bądź porównywać wpływ różnych chorób na QoL. Skalą taką jest np. WHOQOL i jej odmiany: WHOQOL-100, WHOQOL-BREF (55). Do badań klinicznych bardziej przydatne są natomiast skale bardziej specyficzne, uwzględniające bardziej szczegółowo typowe dla wybranej choroby, lub grupy chorób, składowe QoL, które najczęściej lub najbardziej ulegają upośledzeniu w wyniku tych chorób. Np. w chorobach psychicznych bardzo istotne

jest funkcjonowanie społeczne, w otepieniach: możliwość samodzielnego funkcjonowania i wsparcie społeczne, w chorobach nowotworowych: dolegliwości bólowe i możliwość samoobsługi itp.

W badaniach nad QoL w uzależnieniach używane są oba rodzaje skal z różnym skutkiem. Nie ma narzędzi skonstruowanych specjalnie do pomiaru QoL w uzależnieniach, choć pewne cechy takiej skali ma Addiction Severity Index (31). W baterii testów stosowanych w projekcie MATCH, większość narzędzi była skonstruowana głównie dla oceny osób z alkoholizmem (26). Jednak częściej używane są skale, których użyteczność w badaniach nad oceną zaburzeń psychicznych została potwierdzona, np. SF-36 (1, 5, 9, 13, 24, 29, 30, 34, 40, 48, 49, 50). Poza tym wykazano użyteczność niektórych skal QoL stosowanych w innych zaburzeniach. Np. Foster i wsp. (14, 15, 16, 17, 8) wykazali, że skonstruowana do oceny QoL pacjentów z chorobami nowotworowymi skala Rotterdam Symptoms Checklist (RSCL), z powodzeniem może służyć do oceny jakości życia uzależnionych od alkoholu. Natomiast Powell i Crome (38) stwierdziły, że inna skala: Schedule of Evaluation of Individual Quality of Live (SEIQoL), wcześniej stosowana u osób po implantacji stawów biodrowych, jest mało użyteczna do badań nad alkoholizmem i postulowały opracowanie skali QoL specyficznej dla zaburzeń spowodowanych alkoholem. W badaniach Foster i wsp. (14) również stwierdzono, że uniwersalna skala, jaką jest Nottingham Health Profile (NHP), była zbyt mało czuła, żeby różnicować poprawę jakości życia w wyniku utrzymywania abstynencji, podczas gdy LSS, BDI i niektóre podskale RSCL taką różnicę wychwytywały.

Inne skale używane w badaniach nad QoL u osób uzależnionych to m.in.: Life Situation Survey (LSS) (14, 15, 16, 17, 18, 36, 54), General Health Questionnaire (GHQ-12) (15), Purpose in Life Questionnaire (PLQ) (1), Life Situations Scale (LSS) (1), Schedule of Evaluation of Indywidual Quality of Live (SEIQoL) (38).

Przyczyny badań nad QoL

Badania nad jakością życia coraz częściej stanowią standard w badaniach medycznych m.in. nad stanem QoL w różnych chorobach i populacjach oraz nad efektywnością procedur leczniczych. Rocznie indeksowanych jest ok. 1000 prac dotyczących różnych aspektów QoL w medycynie (32).

Przyczyny zwiększonego zainteresowania oceną QoL są różnorodne, a najważniejsze zostaną omówione poniżej.

Zauważono, że czasami występują poważne rozbieżności w ocenie wyników procedur leczniczych między personelem medycznym a pacjentami (35, 43). Ci pierwsi na ogół oceniają je lepiej, biorąc pod uwagę głównie parametry medyczne, kliniczne. Pacjenci natomiast większą wagę przywiązują do wpływu leczenia na swe funkcjonowanie w różnych rolach, subiektywne samopoczucie i relacje efektów terapii w stosunku do oczekiwań, a ogólna ocena jest zazwyczaj gorsza niż ocena leczących. Z tego względu coraz częściej konstatuje się, że poprawa parametrów medycznych w wyniku leczenia nie jest celem samym w sobie, ale jedynie środkiem dla poprawy

QoL. W nowym modelu leczenia środek ciężkości przesuwa się z „obiektywnych” celów medycznych na subiektywne potrzeby pacjenta, a pacjent z przedmiotu procedur medycznych staje się podmiotem decydującym o celach i skutkach oddziaływań.

Nowoczesne rozumienie pojęcia zdrowia jest znacznie szersze niż tylko brak choroby.

W przypadku chorób przewlekłych, a szczególnie przewlekłe postępujących, w stosunku do których współczesna medycyna nie zna radykalnego, skutecznego leczenia, tradycyjne oceny efektywności leczenia oparte na parametrach medycznych są mało użyteczne, podczas gdy ocena QoL może być pomocna w różnicowaniu procedur bardziej lub mniej skutecznych.

Wprowadzenie nowych, zazwyczaj droższych leków, które mają skuteczność zbliżoną do leków starszych i tańszych, ale powodują znacznie mniej powikłań i objawów niepożądanych, powoduje zazwyczaj konflikty instytucji ordynujących leki z instytucjami refundującymi ich koszty. Ocena QoL bywa istotnym argumentem za preferowaniem leków nowszej generacji.

W przypadku zaburzeń psychicznych w szczególności wyraźnie widać, że ocena podstawowych parametrów: obrazu psychopatologicznego i przebiegu, jest zazwyczaj niewystarczająca do oceny nasilenia choroby, a ocenę bardziej trafną i czułą można uzyskać przez opis lub pomiar funkcjonowania społecznego, ogólnego samopoczucia itp. (24).

BADANIA NAD JAKOŚCIĄ ŻYCIA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

Badania nad QoL u osób z problemami alkoholowymi są relatywnie nieliczne i Foster i wsp. (19) w bazach danych z piśmiennictwem medycznym z lat 1982-1997 znaleźli zaledwie 23 takie prace, a w ostatnich 2 latach pojawiło się zaledwie kilka następnich (15, 38, 40, 42), w tym dwie polskie (5, 13).

QoL osób uzależnionych od alkoholu w porównaniu z innymi populacjami

Niewystarczająca jest liczba badań dotycząca jakości życia alkoholików w porównaniu z populacją ogólną (19). M.in. Welsh i wsp. (54) używając skali Life Situation Survey (LSS) stwierdzili gorszą jakość życia alkoholików. Tej samej skali oraz Nottingham Health Profile (NHP) używali Foster i wsp. (14), którzy stwierdzili, że 80% alkoholików miało w tych skalach wyniki poniżej normy dla populacji generalnej. W innej pracy tych autorów (15) dysfunkcyjne objawy psychologiczne u alkoholików mierzone skalą Rotterdam Symptom Checklist (RSCL), (której wyniki przekształconą na skalę 0-100), było ponad 3-krotnie gorsze niż w populacji ogólnej (54,3 vs 17,0 pkt.), a objawy somatyczne 4-krotnie gorsze (39,6 vs 9,9 pkt.). Utrzymywanie abstynencji przez 3 miesiące wiązało się z poprawą QoL, głównie w odniesieniu do objawów somatycznych (21,4 → 12,9 vs 9,9 pkt), choć różnica w nasileniu objawów psychologicznych była nadal znaczna (54,3 → 34,1 vs 17,0 pkt.). Osoby, którym nie

udało się zaprzestać picia, pogarszały swoją jakość życia do 64,2 pkt (objawy psychologiczne) i 41,8 pkt (objawy somatyczne).

Bury i Jarema (5) stwierdzili obniżenie QoL podobne w grupach uzależnionych od alkoholu i u detoksykowanych z powodu uzależnienia od opiatów.

Foster i wsp. (16) w dwóch pracach porównywali jakość życia osób uzależnionych od alkoholu z pacjentami z nowotworami, stosując Rotterdam Symptom Checklist (RSCL). W pierwszej z nich (16) stwierdzili, że uzależnieni mieli gorszą QoL niż osoby z nowotworami przed operacją, jeśli idzie zarówno o stan somatyczny, jak i psychiczny. W drugiej (15) wykazali, że osoby uzależnione przed leczeniem miały znacząco gorszą jakość życia niż pacjenci z różnymi typami nowotworów, a utrzymywanie abstynencji przez 3 miesiące poprawiało ich QoL zaledwie do poziomu zbliżonego do stwierdzanego u osób z chorobami nowotworowymi.

Powell i Crome (38) stwierdziły, że nadużywający alkoholu mieli gorszą QoL (mierzoną Schedule of Evaluation of Individual Quality of Live – SEIQoL) w porównaniu z osobami z protezami stawu biodrowego i populacją generalną.

W badaniach Fostera i wsp. (18) wykazano różnice w jakości życia alkoholików w zależności od płci. W skali LSS uzależnieni od alkoholu mężczyźni mieli wyniki gorsze od uzależnionych, natomiast kobiety były bardziej depresyjne (skala BDI) i miały więcej objawów psychopatologicznych (General Health Questionnaire - GHQ).

Wykazano także gorszą QoL u alkoholików ze wsi w porównaniu z alkoholikami z miasta, ale nie uwzględniono, że takie różnice mogą występować także w populacji ogólnej (37).

Zależność między QoL a nasileniem problemów alkoholowych

Patience i wsp. (34) wykazali, że im nasilenie problemów alkoholowych większe, tym gorsza QoL. Podobną zależność stwierdzili Bury i Jarema (ASI i SF-36) (5) oraz Foster i wsp. (14). Osoby uzależnione osiągały gorsze wyniki we wszystkich podskalach SF-36 w porównaniu z osobami nadużywającymi alkoholu (30, 34, 49).

Podobnych zależności nie stwierdzono w badaniach Florkowskiego i wsp. (13), wg których pogorszenie QoL (SF-36) związane jest raczej z samym faktem uzależnienia, a nie z jego nasileniem (mierzonym Michigan Alcoholism Screening Test).

QoL po zaprzestaniu lub zmniejszeniu ilości wypijanego alkoholu przez osoby uzależnione

W kilku pracach wykazano, że zaprzestanie lub zmniejszenie picia alkoholu przez osoby uzależnione sprzyja poprawie QoL (4, 15, 17, 20, 28, 39, 52, 53).

Foster i wsp. (15, 17) stwierdzili, że już po 12-tygodniowej abstynencji można zaobserwować poprawę QoL u osób uzależnionych od alkoholu w skalach: LSS, BDI i podskalach RSCL: objawy somatyczne (39,6 → 12,9 pkt) i psychopatologiczne (54,3 → 34,1 pkt). QoL alkoholików utrzymujących abstynencję jest także większa w porównaniu z osobami, które miały nawroty (15). Braucht i wsp. (4) badali 6-

miesięczne wyniki leczenia bezdomnych osób uzależnionych (głównie od alkoholu) stwierdzili wolną stopniową poprawę QoL, jednak później ten proces ulega spowolnieniu, a jakość życia nie osiąga stwierdzonej w populacji ogólnej. Podobną poprawę QoL stwierdzono u osób uzależnionych, które utrzymywały abstynencję ponad 4 lata (28). Podobne zjawisko u kobiet potwierdziły badania Gillet i wsp. (20) którzy stwierdzili, że utrzymywanie abstynencji lub picie umiarkowane znacząco poprawiło ich QoL. W innych badaniach potwierdzono, że całkowita abstynencja podobnie sprzyja poprawie QoL jak picie umiarkowane: m.in. w badaniach Watsona i wsp. (52, 53) stwierdzono, że uczestniczący w programach AA, którzy pili w sposób kontrolowany, nie mieli znamiennej gorszej QoL niż osoby z tego Ruchu utrzymujące całkowitą abstynencję.

W kilku badaniach wykazano, że poprawa QoL w wyniku abstynencji lub zmniejszenia ilości wypijanego alkoholu cechuje się zmienną dynamiką (7) i jest największa w początkowym okresie leczenia (4). Nie dotyczy to okresu bezpośrednio po zaprzestaniu picia, ponieważ w tym okresie mogą ujawniać się różne problemy, które były „zalecane” alkoholem (14). Wykazano też, że utrzymywanie abstynencji powoduje, że poprawa QoL (LSS, Purpose in Life Questionnaire – PLQ) ma charakter trwały (1). W innych pracach wykazano, że choć abstynencja lub picie kontrolowane poprawia QoL w grupach osób uzależnionych od alkoholu, to jest to wpływ dość zróżnicowany w zależności m.in. od podgrup pacjentów i rodzaju placówek leczniczych (52, 53).

Relacje między uzależnieniem od alkoholu a QoL

Intuicyjnie uważa się, że picie alkoholu, a w szczególności uzależnienie od alkoholu powoduje pogorszenie QoL. Korelacja między obniżoną QoL i występowaniem uzależnienia nie świadczy jednak o prostym związku przyczynowo-skutkowym. Część badaczy rozważa, czy przynajmniej w części przypadków nie zachodzi odwrotna zależność: niska QoL może być przyczyną sięgania po alkohol, co w konsekwencji może prowadzić do uzależnienia (13, 22, 23). Hornquist i Akerlind (22) analizując wyniki badań nad bezdomnymi snuli rozważania o tym, że sam fakt bycia bezdomnym wpływa na niską samoocenę, powoduje pesymistyczne nastawienie do całego życia i może sprzyjać nadużywaniu alkoholu. Lundberg i Passik (27) rozważają, czy to nie niska jakość życia powoduje m.in. upośledzone odżywienie i zaburzenia psychiczne.

Aby zminimalizować wpływ czynników środowiskowych na QoL True i wsp. (48) porównywał pary bliźniąt, z których jedno było uzależnione od alkoholu, a drugie nie miało problemów alkoholowych. Po zabiegach statystycznych eliminujących wpływ innych czynników, stwierdzili, że właściwości różnicujące alkoholików od niealkoholików miały tylko dwie podskale: ogólne zdrowie i dolegliwości bólowe.

Częściej jednak można spotkać się z opinią, że istotnym czynnikiem pośredniczącym między uzależnieniem a obniżoną QoL mogą być inne zaburzenia psychiczne.

W szczególności dużą wagę przywiązuje się do szeroko rozumianych zaburzeń afektywnych, częstych u osób uzależnionych (9, 10, 51). Analiza czynnikowa wykazała, że to raczej zaburzenia depresyjne u alkoholików, a nie sam alkoholizm wpływają na obniżoną jakość życia (9).

Drugim zaburzeniem, często współwystępującym z alkoholizmem, jest zespół stresu pourazowego. Z części badań wynika, że to właśnie tego typu zaburzenia przyczyniają się do obniżenia QoL bardziej niż sam alkoholizm (8, 51).

Inni przypuszczają, że u alkoholików zmienną pośredniczącą w obniżeniu jakości życia mogą być czynniki społeczne. Beattie i wsp. (3) stwierdzili, że wsparcie społeczne ma istotny wpływ zarówno na podjęcie leczenia, jak i na jego wyniki mierzone m.in. subiektywnym dobrostanem. Hornquist i Elton (23) stwierdzili, że poprawa sytuacji społecznej osób uzależnionych wiąże się ze zmniejszeniem spożycia alkoholu. Natomiast fakt bycia bezdomnym generuje pesymistyczne podejście do życia i skutkuje niską jakością życia (22).

BADANIA NAD JAKOŚCIĄ ŻYCIA W ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH SPOWODOWANYCH INNYMI NIŻ ALKOHOL SUBSTANCJAMI PSYCHOAKTYWNYMI

Jeszcze mniej badań dotyczy QoL u osób uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych (5, 6, 12, 41, 46, 47, 42). Co prawda, w badaniach osób uzależnionych dość powszechnie stosuje się Addiction Severity Index, za pomocą którego można ocenić wiele elementów mieszczących się w pojęciu QoL, ale narzędzie to stosowane jest głównie w celu opisanego parametrów określających nasilenie uzależnienia, w mniejszym zaś stopniu do oceny QoL.

Stosunkowo najwięcej prac dotyczyło QoL u osób uzależnionych od opiatów, uczestniczących w programach metadonowych.

Ryan i White (41) za pomocą General Health Questionnaire SF-36 opisali stan zdrowia pacjentów uzależnionych od opiatów, zakwalifikowanych do programu metadonowego. Wykazali, że uzależnieni osiągnęli gorsze wyniki niż osoby z populacji generalnej zarówno w skali ogólnej, jak i we wszystkich ośmiu podskalach SF-36. Gorszą jakość życia mieli nie tylko w porównaniu z osobami „przewlekłe chorymi, ale bez klinicznych powikłań” (znacząco gorsze wyniki w 6 z 7 podskal SF-36 - poza ograniczeniami wynikającymi z niesprawności fizycznej), ale także w porównaniu z osobami z poważnymi chorobami przewlekłymi (znacząco gorsze wyniki w podskalach: zdrowie psychiczne, emocjonalne wywiązywanie się z ról i funkcjonowanie społeczne) oraz z pacjentami z depresją (znacząco gorsze wyniki w podskalach: ogólne zdrowie i funkcjonowanie społeczne). Mimo oczekiwań, dotychczas nie ukazały się badania porównujące QoL u tych pacjentów przed i po pewnym czasie uczestniczenia w programie.

Takie badania nad dynamiką jakości życia przeprowadzili Torrens i wsp. (1993 i 1997), którzy w 2 badaniach opisali zmiany QoL (mierzone m.in. za pomocą Nottingham Health Profile) w wyniku programów metadonowych. W pierwszej z nich po półrocznym uczestniczeniu w programie metadonowym obserwowano redukcję liczb

by zakazanych zachowań i zmniejszenie przyjmowania heroiny, a 80% pacjentów w skali samooceny QoL deklarowało średnią albo dużą poprawę (46). W drugiej z prac oceniano wyniki rocznego leczenia. Wykazano znaczącą poprawę we wszystkich 6 podskalach NHP, a w odniesieniu do dwóch podskal (ból, sprawność fizyczna) nawet do poziomu stwierdzanego w populacji generalnej (47). Autorzy konkludowali, że badanie jakości życia jest wartościowym narzędziem do wykazania skuteczności substytucyjnego leczenia metadonem.

Bury i Jarema (5) porównywali QoL (SF-36, ASI) u osób leczących się odwykowo z powodu uzależnienia od alkoholu z QoL osób detoksykownych z powodu uzależnienia od opiatów. W obu grupach obniżenie QoL w skali ogólnej SF-36 było podobne, mimo że narkomani byli znacznie młodsi (25 vs 42 lata) i krócej uzależnieni (6 vs 18 lat). Wykazano korelację między QoL a długością uzależnienia, występowaniem problemów somatycznych, społecznych, relacjami społeczno-rodzinnymi i społecznymi.

Część prac pośrednio dotyczy QoL osób używających substancji psychoaktywnych.

Carratero i wsp. (6) badając osoby aplikujące sobie dożylnie substancje psychoaktywne i zainfekowane HIV, stwierdzili, że ci, u których stwierdzano bardziej nasilone formy uzależnienia, mieli gorszą jakość życia.

W innej pracy (42) opisano QoL (mierzone m.in. kwestionariuszem RAND-36 Health Status Inventory) u osób zainfekowanych HIV, wśród których ok. połowa nadużywała substancje psychoaktywne lub była od nich uzależniona. Nie stwierdzono różnic w QoL między intensywnie pijącymi alkohol a pozostałymi. Także u palących marihuanę QoL była podobna jak u osób bez problemów z substancjami psychoaktywnymi. Natomiast osoby, które przyjmowały inne substancje psychoaktywne, ale nie były od nich uzależnione, uzyskały znacząco gorsze wyniki w podskalach dotyczących zdrowia psychicznego i funkcjonowania społecznego. Osoby, które paliły marihuanę lub przyjmowały substancje psychoaktywne, ale nie były uzależnione, miały lepsze wyniki od osób uzależnionych w podskalach: zdrowie psychiczne, funkcjonowanie społeczne, energia.

STRESZCZENIE

Badania nad jakością życia u osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych są nieliczne, ale obserwuje się zwiększenie zainteresowania tą tematyką.

Większość badań wykazuje związek między uzależnieniem od alkoholu a niską jakością życia oraz ujemną korelację między nasileniem uzależnienia a jakością życia, natomiast nadużywanie alkoholu nie ma prawdopodobnie większego wpływu na QoL. Utrzymywanie abstynencji lub nawet picie umiarkowane przez osoby uzależnione przyczynia się do poprawy jakości życia. Powiązania między uzależnieniem od alkoholu a QoL są obecnie niejasne i wymagają specjalnych badań. Brak jest badań nad wpływem farmakoterapii alkoholizmu na QoL.

Jeszcze rzadziej można spotkać badania nad QoL u osób uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych. W pojedynczych badaniach wykazano niektóre zależ-

ności jak w odniesieniu do uzależnienia od alkoholu i QoL. Ocena efektywności programów metadonowych za pomocą badań nad QoL wydaje się szczególnie obiecująca ze względu na szerokie spektrum problemów somatycznych, psychicznych i psychopatologicznych, społecznych, ekonomicznych i in., które powstają w wyniku przyjmowania substancji psychoaktywnych i uzależnienia od nich, a które ulegają wyraźnej poprawie w wyniku uczestniczenia w programach z użyciem substytucji narkotyków.

Wśród licznych narzędzi do pomiaru QoL wyróżnia się kwestionariusz SF-36, który oprócz posiadania dobrych parametrów psychometrycznych, sprawdził się w wielu badaniach osób uzależnionych a częstość jego używania sprzyja porównywalności wyników.

Słowa kluczowe: jakość życia, uzależnienie od alkoholu, uzależnienie od substancji psychoaktywnych

PIŚMIENNICTWO

1. Amodeo M., Kutz N., Cutter H.: *Abstinence, reasons for not drinking and life satisfaction*. Int. J. Addict. 1992, 27, 707-716.
2. Ayuso-Mateos J.L., Vázquez-Barquero J.L., Oviedo A., Díez-Manrique J.F.: *Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity in Spanish version of SF-36*. Acta Psychiatr. Scand. 1999, 99, 26-32
3. Beattie M., Longabaugh R., Elliot G., Stout R., Fava J., Noel N.: *Effect of social environment on alcohol involvement and subjective well-being prior to alcoholism treatment*. J. Stud. Alcohol. 1993, 54, 283-296.
4. Braucht G., Reichardt C., Geissler L., Kwiatkowski C., Kirby M.: *Effective services for homeless substance abusers*. J. Addict. Dis. 1995, 14, 87-109.
5. Bury L., Jarema M.: *Ocena jakości życia pacjentów z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu i środków psychoaktywnych*. (maszynopis).
6. Carretero M.D., Burgess A.P., Soler P., Soler M., Catalan J.: *Reliability and validity of an HIV-specific health-related quality-of-life measure for use with injecting drug users*. AIDS. 1996, 10, 1699-1705.
7. Chaturvedi S., Kirthana R., Desai M.: *Quality of Life and alcoholism: what aspects are perceived as important*. Qual. Life Res. 1997, 3, 632-632.
8. Clark D., Kirisci L.: *Posttraumatic stress disorder, depression, alcohol use disorders and quality of life of adolescents*. Anxiety, 1996, 2, 226-233.
9. Daepfen J., Kreig M., Burnard B., Yersin B.: *Health related quality of life in alcoholic patients measured with 36-item Short-Form Health Survey*. Qual. Life Res. 1995, 4, 413-413.
10. Driessen M., Veltrup C., Weber J., Ulrich J., Wetterlink T., Dilling H.: *Psychiatric comorbidity, suicidal behaviour and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment*. Addiction. 1998, 93, 889-894.
11. Durrance P., Newman S.: *Quality of life in patients with HIV infection and AIDS*. Spectrum. 1993, 33, 44-48.

12. Eklund C., Melin L., Hiltunen A., Borg S.: *Detoxification from methadone maintenance treatment in Sweden: Long-term outcome and effects on quality of life and life situation*. Int. J. Addiction. 1994, 29, 627-645.
13. Florkowski A., Polak K., Sarna D., Gądek I.: *Jakość życia żołnierzy zawodowych z problemem alkoholowym*. Probl. Alk. 2000, 47, nr 1 (508), 17-18.
14. Foster J.H., Marshall E.J., Hooper R.L., Peters T.J.: *Quality of Life measures in alcohol dependent subjects and changes with abstinence and continued heavy drinking*. Addict. Biol. 1998, 3, 321-332.
15. Foster J.H., Marshall E.J., Hooper R.L., Peters T.J.: *Measurement of Quality of Life in alcohol-dependent subjects by a cancer symptoms checklist*. Alcohol. 2000, 20, 105-1110.
16. Foster J.H., Marshall E.J., Peters T.J.: *Comparison of the Quality of Life of cancer patients and alcohol dependents*. Qual. Life Res. 1997, 6, 646-646.
17. Foster J.H., Marshall E.J., Peters T.J.: *Predictors of relapse to heavy drinking in alcohol dependent subjects following alcohol detoxification - the role of quality of life measures, ethnicity, social class, cigarette and drug use*. Addict. Biol. 1998, 3, 333-343.
18. Foster J.H., Marshall E.J., Peters T.J.: *The Quality of Life differences between male and female alcohol dependent subjects*. Addict. Biol. 1998, 3, 357-357.
19. Foster J.H., Powell J.E., Marshall E.J., Peters T.J.: *Quality of Life in alcohol dependent subjects – a review*. Qual. Life. Res. 1999, 8, 255-261.
20. Gillet C., Paille F., Wahl D., Aubin H., Pirollet P., Prime T.: *Outcome of treatment in alcoholic women*. Drug. Alc. Depend. 1991, 29, 189-194.
21. Holmes W.C., Box B., Meritz M., Turner J., Hutelmyer C.: *Human immunodeficiency virus (HIV) infection and quality of life: the potential impact of axis I psychiatric disorders in a sample of 95 seropositive men*. Psychosom. Med. 1997, 59, 187-192.
22. Hornquist J., Akerlind I.: *Loneliness correlates in advanced alcohol abusers. II. Clinical and psychological factors*. Scand. J. Soc. Med. 1987, 15, 225-232.
23. Hornquist J., Elton M.: *A prospective longitudinal study of abusers of alcohol granted disability pension*. Scand. J. Soc. Med. 1983, 11, 91-96.
24. Jarema M., Koniecznyńska Z., Głowczak M., Szaniawska A., Meder J., Jakubiak A.: *Próba analizy subiektywnej oceny jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji*. Psychiatr. Pol. 1995, 29, 641-654.
25. Linzer M., Spitzer R., Kroenke K.: *Gender quality of life in primare care: Results from the PRIME-MD study*. Am. J. Med. 1996, 101, 526-533.
26. Longabaugh R., Mattson M.E., Connors G.J., Cooney N.L.: *Quality of life as an outcome variable in alcoholism treatment research*. J. Stud. Alcohol, 1994, suppl. 12, 119-129.
27. Lundberg J., Passik A.: *Alcohol and cancer: a review for psycho-oncologists*. Psycho-oncology. 1997, 6, 253-266.
28. Mann K., Morlock P., Metzner A.: *Quality of Life and drinking status in alcoholics 6 year after treatment*. Qual. Life Res. 1997, 6, 688-688.
29. McCabe C.J., Thomas K.J., Brazier J.E., Coleman P.: *Measuring the mental health status of a population: a comparison of the QHQ-12 and the SF-36 (MHI-5)*. Brit. J. Psychiatry. 1996, 169, 517-521.

30. McKenna M., Chick J., Buxton M., Howlett H., Patience D., Ritson B.: *I. The costs and consequences of alcoholism*. Alcohol & Alcoholism. 1966, 31, 565-576.
31. Metzger D.S., Davis R.F., O'Brien C.P.: *Substance abuse disorders*. W: Spiker B. (red.): Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Lippincott-Raven Publ. Philadelphia 1996, 831-837.
32. Muldoon M., Barger S., Flory J., Manuck S.: *What are quality of life measurements measuring?* Brit. Med. J. 1998, 316, 542-545.
33. National Institute of Health: *Quality of Life Assessment: Practice, Problems and Promise. Proceedings of a Workshop*. NIH, Bethesda 1990.
34. Patience D., Buxton M., Chick J., Howlett H., McKenna M., Ritson B.: *The SECCAT Survey: II. The Alcohol Related Problems Questionnaire as a proxy for resource costs and quality of life in alcoholism treatment*. Alcohol & Alcoholism. 1997, 32, 79-84.
35. Pearlman R., Uhlmann R.: *Patient and physician perceptions of patient's quality of life across chronic diseases*. J. Gerontol. 1988, 43, 25-30.
36. Peters T.J., Foster J.: *Sleep disturbance in alcohol misuse: a predictor of relapse*. Alc. Clin. Exp. Res. 1998, 22, supl. 183A-183A.
37. Popovic V., Popovic I., Lilic V., Tosic S., Zlatanovic L., Vukic D.: *Some aspects of Quality of Life of alcoholics*. Qual. Life Res. 1997, 6, 700-700.
38. Powell J., Crome I.B.: *Quality of Life (QoL) treatment outcome instruments in alcohol misusers demonstrating the effect of treatment?* Addict. Biol. 1994, 4, 240-241.
39. Rather B., Sherman M.: *Relationship between alcohol expectancies and length of abstinence among Alcoholic Anonymous members*. Addict. Behav. 1989, 14, 531-536.
40. Romeis J.C., Waterman B., Scherrer J.F., Goldberg J., Eisen S.A., Heath A.C., Bucholz K.K., Slutske W.S., Lyons M.J., Tsuang M.T., True W.R.: *The impact of sociodemographics, comorbidity and symptom recency on health-related quality of life in alcoholics*. J. Stud. Alcohol. 1999, 653-662.
41. Ryan C.F., White J.M.: *Health status at entry to methadone maintenance treatment using the SF-36 health survey questionnaire*. Addiction. 1996, 91, 39-46.
42. Sherbourne C.D., Hays R.D., Fleishman J.A., Vitiello B., Magruder K.M., Bing E.G., McCaffray D., Burnam A., Longshore D., Eggan F., Bozzette S.A., Shapiro M.F.: *Impact of psychiatric conditions on health-related quality of life in persons with HIV infection*. Am. J. Psychiatry, 2000, 157, 248-254.
43. Slevin M., Plant H., Lynch D., Drinkwater J., Gregory W.M.: *Who should measure quality of life: the doctor or the patients?* Brit. J. Cancer. 1988, 57, 109-112.
44. Spitzer R., Kroenke K., Linzer M.: *Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD study*. JAMA, 1995, 274, 1511-1517.
45. Testa M., Simonson D.: *Assessment of Quality of Life outcomes*. N. Engl. J. Med. 1996, 334, 835-840.
46. Torrens M., San L., Garrel E., Castillo C., Martinez A., Dominggo A.: *Quality of life in a methadone maintenance program*. Europ. Neuropsychopharmacol. 1993, 3, 411-411.
47. Torrens M., San L., Martinez A., Castillo C., Dominggo-Salvany A., Alonso J.: *Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment*. Addiction. 1997, 92, 707-716.

48. True R., Romeis B., Waterman J.: *Alcoholism and health related quality of life*. Alc. Clin. Exp. Res. 1997, 21, supl. 116A-116A.
49. Volk R., Cantor S., Steinbauer J., Cass A.: *Alcohol use disorders, consumption patterns, and health-related quality of life of primary care patients*. Alc. Clin. Exp. Res. 1997, 21, 899-905.
50. Ware J., Sherbourne C.: *The MOS 36-item short form health survey (SF-36)*. Med. Care. 1992, 30, 473-483.
51. Warshaw M., Fierman M., Pratt L.: *Quality of life and dissociation in anxiety disorder patients with histories of trauma and or PTSD*. Am. J. Psychiatry. 1993, 150, 1512-1516.
52. Watson C., Hancock M., Gearhart L., Mendez C., Malovrh P., Raden M.: *A comparative outcome study of frequent, moderate, occasional and nonattenders of Alcoholics Anonymous*. J. Clin. Psychol. 1997, 53, 209-214.
53. Watson C., Hancock M., Malovrh P., Gearhart L., Raden M.: *A 48-week natural history follow-up of alcoholics who do and do not engage in limited drinking after treatment*. J. Nerv. Ment. Dis. 1996, 184, 623-627.
54. Welsh J., Buchsbaum D., Kaplan C.: *Quality of Life of alcoholics and non- alcoholics: does excessive drinking make a difference in an urban setting*. Qual. Life Res. 1993, 2, 335-340.
55. *The WHOQOL Group: Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment*. Psychol. Med. 1998, 28, 551-558.