

Ocena jakości życia alkoholików przed i po terapii odwykowej Co zmienia się w czasie leczenia?

Evaluation of quality of life among patients before and after alcohol dependence treatment
What changes take place during treatment?

Jan Chodkiewicz

Uniwersytet Łódzki, Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Zdrowia

Abstract – Introduction. The study assesses the level of quality of life among alcoholics when starting alcohol dependence therapy and the changes taking place during the process of treatment.

Method. 420 patients were evaluated upon treatment admission. 239 patients of this group, who completed their therapy, have been reassessed by administering the Short Form-36 Health Survey Questionnaire (SF-36) by Ware et al and The Life Satisfaction Scale (*Fragebogen zur Lebenszufriedenheit, FLZ*) by Fahrenberg et al.

Results. At the beginning of the alcohol-dependency therapy patients reached significantly lower results in all subscales of the SF-36 except for the PF (Physical Functioning) subscale, compared with standardized normal reference scores. Significantly lower scores on the overall assessment of Mental Component Summary (MCS) were also observed. With regard to the respondents' life satisfaction, patients had significantly lower overall satisfaction across all dimensions. During therapy the level of all SF-36 subscales (except for PF) and an overall assessment of physical and mental health increased. An increase in the number of life's satisfaction dimensions was also noticed. Satisfaction with work, relationships with children, marriage and sex did not change during the treatment. Despite the many positive changes occurring during therapy, alcoholics who complete therapy continue to show lower scores of quality of life and of life satisfaction across most dimensions.

Conclusions. Results point out the importance of a diagnostic approach, which includes a broader sense of life's quality and paying attention to the changes taking place during alcohol dependence treatment in order to improve treatment planning.

Key words: alcohol dependence, quality of life, life satisfaction, therapy

Streszczenie – Wprowadzenie. Celem przeprowadzonych badań była odpowiedź na pytanie o poziom jakości życia alkoholików rozpoczynających terapię odwykową oraz o zmiany w tej dziedzinie zachodzące w trakcie leczenia.

Materiał i metoda. Badaniom poddano 420 osób rozpoczynających terapię. Z tej grupy 239 osób ukończyło leczenie i zostało zbadanych ponownie przy jego końcu. Zastosowano Kwestionariusz SF-36 (The

Badania przeprowadzono w ramach grantu uniwersyteckiego – 505/464 „Wyznaczniki jakości życia osób uzależnionych od alkoholu”.

Short Form-36 Health Survey Questionnaire) Ware` a i wsp. oraz Kwestionariusz Zadowolenia z Życia (*Fragebogen zur Lebenszufriedenheit, FLZ*) Fahrenberga i wsp.

Wyniki. Osoby uzależnione od alkoholu osiągnęły na początku terapii istotnie niższe, w porównaniu z grupą normalizacyjną, wyniki we wszystkich podskalach SF-36, poza podskalą PF badającą sprawność fizyczną. Istotnie niższe były także wyniki dotyczące ogólnej oceny zdrowia psychicznego (MCS). Badani pacjenci charakteryzowali się istotnie niższym ogólnym zadowoleniem z życia oraz dotyczącym wszystkich jego wymiarów. W trakcie terapii wzrósł poziom wszystkich, poza PF, podskal kwestionariusza SF-36 oraz ogólna ocena zdrowia fizycznego i psychicznego. Zanotowano także wzrost niektórych wymiarów zadowolenia z życia. W czasie leczenia nie zmieniło się natomiast zadowolenie z pracy, z relacji z dziećmi, małżeństwa oraz seksu. Pomimo wielu pozytywnych zmian zachodzących w czasie leczenia, osoby uzależnione kończąc terapię nadal charakteryzują się istotnie obniżoną jakością życia i niskim zadowoleniem w obrębie większości analizowanych sfer.

Wnioski. Otrzymane wyniki wskazują na potrzebę diagnozowania pacjentów w dziedzinie szeroko rozumianej jakości życia oraz zwracania uwagi na zmiany, jakie zachodzą w tym wymiarze w trakcie leczenia uzależnień, także w aspekcie planowania terapii.

Słowa kluczowe: uzależnienie od alkoholu, jakość życia, zadowolenie z życia, terapia

WSTĘP

Problematyka związana z jakością życia (*Quality of Life – QOL*) budzi nieustannie duże zainteresowanie przedstawicieli wielu dziedzin nauki, w tym medycyny i psychologii. Wśród przyczyn jej popularności w medycynie wymienić należy przede wszystkim zmianę w podejściu do zdrowia ujmowanego obecnie, zgodnie z definicją WHO, jako dobrostan biopsychospołeczny, a nie tylko jako brak choroby (1). Zmiana ta przyczyniła się do ugruntowania przekonania, że dla zrozumienia samopoczucia i funkcjonowania osób chorych nie wystarczają wyłącznie medyczne wskaźniki (1, 2, 3, 4, 5, 6). Nie bez znaczenia była również wzrastająca liczba osób cierpiących na choroby przewlekłe, których nie da się wyleczyć, ale których przebieg i ich wpływ na pacjentów można kontrolować. Istotne okazały się także rosnące koszty opieki zdrowotnej i związane z tym wymagania udowodnienia skuteczności stosowanych środków leczniczych (7). Cel leczenia zaczęto widzieć nie tylko w doprowadzeniu do ustąpienia objawów choroby, ale także w poprawie dobrostanu pacjentów, dlatego naturalne stało się podejmowanie wysiłków w kierunku konceptualizacji i operacjonalizacji pojęcia „jakość życia” (4, 8). W odniesieniu do zdrowia psychicznego podejście takie jest zgodne z trójczłonowym modelem zdrowia psychicznego i zmiany w terapii autorstwa Struppa i Handley (9, 10, 11). W modelu tym przyjęto trzy perspektywy oceny zdrowia psychicznego: społeczną (przystosowanie jednostki i wypełnianie przez nią ról życiowych), pacjenta (odczuwany przez niego dobrostan) oraz perspektywę specjalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego (posługujących się modelami „zdrowej” lub prawidłowej osobowości). Odwołując się do tego modelu, Strupp (10, 11) twierdzi, że ocena wyników terapii wymaga, podobnie jak ocena zdrowia psychicznego, uwzględnienia wszystkich trzech perspektyw, gdyż pojedyncze miary mogą znacząco się różnić. Autor zdaje sobie sprawę z trudności, jakie niesie za sobą taki postulat, uważa go jednak za wyzwanie dla przyszłych badań nad efektywnością psychoterapii.

Z kolei w psychologii, która jakością życia interesuje się od dawna, zwiększenie nacisku na tę problematykę należy wiązać z powstaniem i rozwojem psychologii pozytywnej; uwarunkowania dobrostanu psychicznego oraz możliwości rozwoju i pomnażania tego atrybutu leżą w zakresie jej zainteresowań (12, 13, 14). Warto zauważyć, że wysiłki dotyczące konceptualizacji i operacjonalizacji jakości życia napotykają nadal szereg trudności, czego przykładem jest między innymi wielość definicji, liczne metody badania oraz zamiennie używanie w literaturze przedmiotu terminów: zadowolenie, satysfakcja, dobrostan, szczęście, jakość życia.

Na tle badań dotyczących analizowanej zmiennej, prowadzonych na różnych grupach chorych, problematyka jakości życia osób uzależnionych od alkoholu nie doczekała się dotąd należytej uwagi. Liczba badań jest znacznie mniejsza niż w przypadku innych, przewlekłych i nieuleczalnych chorób, do chwili obecnej nie stworzono również swoistej metody badania jakości życia osób uzależnionych, tak jak to ma miejsce w przypadku innych chorób (3, 6, 15, 16, 17, 18).

Dokonując przeglądu piśmiennictwa można zauważyć, że analizy jakości życia alkoholików prowadzone były dotąd z reguły przy użyciu metod badających jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia (*Health Related Quality of Life – HRQOL*), takich jak *SF-12*, *SF-36*, *Nottingham Health Profile* oraz *Rotterdam Symptom Checklist*. Skupiały się one na porównywaniu poziomu tej zmiennej z wynikami uzyskanymi w populacji generalnej i u osób chorych na inne, przewlekłe choroby, a także na opisie zmian zachodzących w trakcie leczenia uzależnień.

Smith i Larson porównywali poziom jakości życia alkoholików z innymi grupami w obszernych badaniach na próbie losowej osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków po detoksykacji, pochodzących z kilku ośrodków terapeutycznych w USA (19). Autorzy wykazali, że jakość życia osób uzależnionych była w wymiarze zdrowia fizycznego i psychicznego istotnie niższa niż w populacji generalnej, w wymiarze fizycznym osiągała wartości zbliżone do uzyskanych przez chorych na inne przewlekłe choroby somatyczne, natomiast w wymiarze psychicznym była istotnie niższa niż u chorych somatycznie i porównywalna w przypadku pacjentów z kliniczną depresją. Szczególnie znaczące różnice między osobami uzależnionymi a chorymi na choroby somatyczne dotyczyły wszystkich skal funkcjonowania psychicznego. Osoby uzależnione z podwójną diagnozą charakteryzowały się jeszcze większym obniżeniem poziomu jakości życia. Na funkcjonowanie psychiczne – jako wymiar jakości życia szczególnie obniżony u alkoholików w porównaniu z populacją generalną – zwracają uwagę również Daepfen i wsp. (20). Volk i wsp. (21) badali pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej i po wyodrębnieniu grupy osób spełniających kryteria uzależnienia od alkoholu, osób pijących szkodliwie oraz nie mających problemów z alkoholem, zauważyli, że osoby uzależnione, w porównaniu z pozostałymi, charakteryzowały się istotnie niższą jakością życia. Wyniki badań polskich, w których analizowano jakość życia żołnierzy zawodowych uzależnionych od alkoholu, pokazują, że jest ona we wszystkich wymiarach niższa niż w grupie żołnierzy nie mających problemów alkoholowych, a największe różnice dotyczą skal funkcjonowania społecznego i emocjonalnego (22). Niższe, niż w populacji ogólnej oraz wśród osób chorych na choroby nowotworowe, wyniki dotyczące jakości życia u osób uzależnionych od alkoholu wykazali również

Foster i wsp. (23, 24, 25). Podsumowując ten przegląd, należy zwrócić uwagę na dokonaną przez Donovana i wsp. (15) analizę publikacji z lat 1993–2004 poświęconych jakości życia osób uzależnionych, która wskazuje na obniżony poziom tej zmiennej u nie leczących się lub rozpoczynających leczenie alkoholików, w porównaniu z populacją ogólną i osobami chorymi na inne, przewlekłe choroby.

Z kolei analizy zmian dotyczących jakości życia, występujących w trakcie leczenia odwykowego, wskazują na istotny statystycznie wzrost jej poziomu – niezależnie od rodzaju terapii, sposobu jej prowadzenia, intensywności i długości (15, 26, 27, 28). Jako przykład można tu wymienić badania Lahmeka i wsp. (28), którzy odnotowali wzrost jakości życia alkoholików ($n = 414$) już w trakcie krótkiego leczenia szpitalnego. Na początku terapii pacjenci uzyskali istotnie niższe wyniki we wszystkich wymiarach mierzonych kwestionariuszem SF-36, w porównaniu z populacją generalną; w czasie terapii nastąpił wzrost poziomu jakości życia pacjentów (we wszystkich wymiarach) do poziomu zbliżonego dla tej populacji. Poprawę jakości życia odnotowano również w trakcie psychoterapii osób uzależnionych połączonej z farmakoterapią z zastosowaniem akamprosatu (29). Warto zauważyć, że nie we wszystkich badaniach uzyskano tak znaczący wzrost poziomu jakości życia w trakcie terapii: przytaczani już Foster i wsp. (25) wykazali, że utrzymywanie abstynencji przez 3 miesiące poprawia istotnie jakość życia osób uzależnionych, ale jedynie do poziomu jakości życia chorych na nowotwory. Z kolei w badaniach przeprowadzonych przez Chodkiewicza (30, 31) odnotowano wzrost satysfakcji z życia (mierzonej Skalą Dienera i wsp.) w trakcie terapii ambulatoryjnej, lecz tylko u osób, które utrzymywały abstynencję po terapii.

Analizując literaturę przedmiotu poświęconą omawianej problematyce, można zauważyć, iż w naszym kraju budzi ona małe zainteresowanie, czego dowodem jest przeprowadzenie w ostatnich latach jedynie kilku badań dotyczących problemu jakości życia osób uzależnionych od alkoholu (22, 30, 31, 32). Ponadto, badania tego obszaru problemowego w różnych krajach prowadzone są najczęściej przy użyciu metod dotyczących jakości życia w kontekście stanu zdrowia, w których kładzie się nacisk na spowodowane chorobą ograniczenia w różnych dziedzinach życia pacjentów. Takie ujęcie jest – zdaniem niektórych autorów – niewystarczające, może bowiem pomijać ważne aspekty życia i potrzeby osób uzależnionych, konieczne dla zrozumienia ich zachowań, a także dla planowania terapii (3, 18).

Biorąc pod uwagę przedstawione powyżej wyniki oraz refleksje dotyczące dalszych poszukiwań, postanowiono przeprowadzić badanie jakości życia osób uzależnionych od alkoholu. Zdaniem Heszen i Sęk (1) oraz Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego (33) jakość życia składa się z komponentu poznawczego i emocjonalnego. W prezentowanym badaniu skoncentrowano się na aspekcie poznawczym, badając dokonaną przez pacjenta ocenę zdrowia fizycznego i psychicznego (jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia) oraz ocenę różnych aspektów własnego życia (zadowolenie z życia). Celem była odpowiedź na następujące pytania:

- Jaki jest poziom jakości życia (uwarunkowanej stanem zdrowia i zadowolenia z życia) u alkoholików rozpoczynających i kończących terapię odwykową?
- Czy poziom jakości życia zmienia się w trakcie leczenia uzależnienia i w jakich wymiarach się to dokonuje?

MATERIAŁ I METODA

Badania zostały przeprowadzone w latach 2006–2010 w Miejskim Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łodzi. Ośrodek stosuje kompleksową terapię uzależnienia w ujęciu strategiczno-strukturalnym w formie ambulatoryjnej i stacjonarnej. Terapia ambulatoryjna – najpopularniejsza forma leczenia – prowadzona jest 2–3 razy w tygodniu przez około 5–6 miesięcy. Terapia stacjonarna prowadzona jest codziennie przez około 6–7 tygodni. Badanie miało charakter dobrowolny i udział brali w nim jedynie pacjenci uczestniczący w terapii ambulatoryjnej. Zostali oni zbadani po raz pierwszy na początku leczenia, tj. w pierwszym tygodniu w terapii. Wszyscy spełniali kryteria uzależnienia od alkoholu według ICD-10, co potwierdzone zostało badaniem psychiatrycznym. Badanie lekarskie wykluczyło również występowanie u pacjentów objawów alkoholowego zespołu abstynencyjnego. Z badań wykluczono osoby uzależnione krzyżowo, tj. zarówno od alkoholu, jak i narkotyków lub hazardu oraz osoby ze zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym.

W pierwszym etapie badaniom poddano 420 osób, po usunięciu niekompletnie wypełnionych kwestionariuszy do analizy zakwalifikowano 397 osób. Osoby, które terapię ukończyły ($n = 239$), zbadano ponownie przed jej zakończeniem (w ostatnim tygodniu pobytu w placówce). Charakterystykę badanej dwukrotnie grupy przedstawia tabela 1.

Wśród badanych większość stanowili mężczyźni, osoby z wykształceniem średnim, zamieszkujące wraz z rodziną, posiadające dzieci i podejmujące terapię pierwszy raz. Ponad 60% osób podawało, że jedno z rodziców lub obydwoje było uzależnionych od alkoholu. Większość badanych nie zgłaszała występowania poważnych chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych.

Narzędzia zastosowane w badaniach

1. Kwestionariusz SF-36 (*The Short Form-36 Health Survey Questionnaire*) Ware'a, Kosinskiego i Deweya (34) do badania jakości życia związanej ze zdrowiem. Metoda składa się z 36 pozycji testowych, wchodzących w skład ośmiu podskal:

- sprawność fizyczna (PF, *Physical Functioning*) – wykonywanie czynności wymagających wysiłku o różnej intensywności, np. spacer, wchodzenie po schodach, ubieranie się;
- funkcjonowanie związane ze stanem fizycznym (RP, *Role Physical*) – wpływ zdrowia fizycznego na codzienną aktywność i wykonywaną pracę;
- ból (BP, *Bodily Pain*) – obecność bólu, jego natężenie oraz wpływ na codzienną pracę;
- zdrowie ogólne (GH, *General Health*) – ocena własnego stanu zdrowia w porównaniu do innych osób i stanu sprzed roku;
- funkcjonowanie społeczne (SF, *Social Functioning*) – wpływ stanu zdrowia fizycznego i emocjonalnego na kontakty z otoczeniem;
- żywotność (VIT, *Vitality*) – posiadanie energii, czucie się szczęśliwym, wyczerpanie i zmęczenie;

Tabela 1.
Charakterystyka badanej grupy
Characteristics of the study group

	N = 239	%
Płeć <i>Sex</i>		
Kobiety <i>Female</i>	78	32,64
Mężczyźni <i>Male</i>	161	67,36
Wykształcenie <i>Education</i>		
Podstawowe/zawodowe <i>Elementary/vocational</i>	94	36,33
Średnie <i>Secondary</i>	105	43,93
Wyższe <i>University</i>	40	16,74
Zamieszkanie <i>Living circumstances</i>		
Sam <i>alone</i>	82	34,30
Z bliskimi <i>with relatives</i>	157	65,70
Posiadanie dzieci <i>Children</i>		
Tak <i>yes</i>	187	78,24
Nie <i>no</i>	52	21,76
Uzależnienie od alkoholu rodziców <i>Alcohol dependent parents</i>		
Tak <i>yes</i>	146	61,09
Nie <i>no</i>	93	39,91
Terapia <i>Treatment experience</i>		
Pierwszy raz <i>The first time</i>	173	72,39
Kolejny raz <i>Again</i>	66	27,61
Choroby somatyczne <i>Somatic diseases</i>		
Tak <i>yes</i>	70	29,29
Nie <i>no</i>	169	70,71
Zaburzenia psychiczne <i>Mental disorders</i>		
Tak <i>yes</i>	99	41,43
Nie <i>no</i>	140	58,57

- zdrowie psychiczne (MH, *Mental Health*) – występowanie zdenerwowania, przygnębienia, smutku;
- funkcjonowanie związane ze stanem psychicznym (RE, *Role Emotional*) – wpływ problemów emocjonalnych na wykonywanie codziennych czynności i pracy.

Sposób odpowiadania na poszczególne pytania jest zróżnicowany: składa się z trzech, pięciu lub sześciu możliwych odpowiedzi. Wyniki oblicza się zgodnie z kluczem dla każdej podskali oddzielnie (wyniki surowe niektórych pozycji muszą zostać zdekodowane), a następnie przelicza, zgodnie z podanymi wzorami na wyniki standardowe w skali 0–100 lub 0–50. Im wyższy uzyskany wynik, tym wyższa jakość życia.

Oblicza się również dwa główne wymiary jakości życia: wymiar zdrowia fizycznego (*Physical Component Summary* – PCS) i psychicznego (*Mental Component Summary* – MCS). PCS i MCS stanowią sumę iloczynów kolejnych podskal i podanych w instrukcji współczynników. Na wartość PCS wpływ mają podskale PF, RP, BP, GH, zaś na wartość MCS – VT, SF, RE, MH. Polską adaptację metody zarówno na grupie osób zdrowych, jak i chorych opracowali Żołnierczyk-Zreda i wsp. (35). Okazało się, że struktura czynnikowa polskiej wersji odbiega od wersji oryginalnej, zdecydowano

się jednak na pozostawienie oryginalnych podskal ze względu na możliwość porównywania polskich wyników z danymi zagranicznymi. Rzetelność podskal kwestionariusza mierzona współczynnikiem alfa-Cronbacha była (poza skalą MH) w pełni zadowalająca (0,73–0,94). Trafność kryterialną obliczono dokonując korelacji SF-36 z *The Nottingham Health Profile* (NHP) – rezultaty były zadowalające.

2. Kwestionariusz Zadowolenia z Życia (*Fragebogen zur Lebenszufriedenheit* – FLZ) Fahrenberga, Myrtek, Schumacher i Brähler, zaadaptowany do polskich warunków przez Chodkiewicza (36). Kwestionariusz składa się z 10 podskal mierzących zadowolenie z takich aspektów życia jak: zdrowie, praca i zawód, sytuacja finansowa, czas wolny, małżeństwo/związek partnerski, relacje z dziećmi, własna osoba, przyjaciele/znajomi, mieszkanie, seksualność. Każda podskala zawiera 7 pozycji testowych. Odpowiedzi oceniane są na skali 7-stopniowej, od 1 (bardzo niezadowolony) do 7 (bardzo zadowolony). Oblicza się również wskaźnik ogólnego zadowolenia z życia poprzez dodanie wyników surowych siedmiu skal. W wyznaczaniu ogólnego zadowolenia z życia nie bierze się pod uwagę wyników skal: praca i zawód, małżeństwo/związek partnerski oraz relacje z własnymi dziećmi, ponieważ skale te nie są wypełniane przez wszystkie badane osoby. Im wyższy uzyskany wynik, tym większe zadowolenie z życia. Polska wersja kwestionariusza ma dobre właściwości psychometryczne. Współczynniki rzetelności alfa Cronbacha wynoszą od 0,80 (własna osoba) do 0,96 (zdrowie). W badaniu za pomocą procedury test–retest (z zachowaniem miesięcznego odstępu) otrzymano współczynniki korelacji od 0,61 (własna osoba) do 0,97 (satysfakcja ze związku). Trafność oceniono porównując wyniki uzyskane w kwestionariuszu FLZ z wynikami Skali Satysfakcji Życiowej Dienera i wsp., kwestionariusza SF-36 Ware’a i wsp. i drabiny Cantrilla.

W analizach statystycznych wykorzystano test *t* Studenta dla prób niezależnych oraz zależnych. Obliczeń dokonano przy użyciu pakietu SPSS.

WYNIKI

Analizę rozpoczęto od odpowiedzi na pytanie dotyczące występowania różnic w poziomie jakości życia między grupą osób zdrowych i uzależnionych od alkoholu, rozpoczynających leczenie. W odniesieniu do kwestionariusza SF-36 skorzystano z norm dla całej grupy normalizacyjnej, zamieszczonych w podręczniku opisującym polską adaptację metody (35). Jak podają autorzy podręcznika, po transformacji wyników podskal kwestionariusza na skalę 0–50, w której każda składowa ma wartość równą 50 i odchylenie standardowe równie 10, można łatwo porównywać otrzymane wyniki (procedura taka stosowana jest również w wersji oryginalnej oraz licznych adaptacjach metody). Tabela 2 pokazuje różnice między grupami osób zdrowych i alkoholików biorących udział w badaniu w odniesieniu do wszystkich podskal SF-36. Zamieszczono w niej również wyniki dotyczące wymiarów głównych zdrowia fizycznego (MCS) oraz psychicznego (PCS), w których autorzy adaptacji podają dokładne średnie dla polskiej próby.

Tabela 2.

Poziom jakości życia, mierzonej SF-36, w grupie normalizacyjnej i grupie osób uzależnionych od alkoholu rozpoczynających leczenie

Quality of life level, measured by SF-36, in standardization group and among alcohol dependent persons at start of therapy

SF-36	Grupa normalizacyjna <i>Standardization group</i> n = 823		Uzależnieni od alkoholu na początku terapii <i>Alcohol dependent persons at start of therapy</i> n = 397		t	p<
	M	SD	M	SD		
PF – sprawność fizyczna <i>Physical Functioning</i>	50	10	51,34	8,42	-2,30	0,05
RP – funkcjonowanie związane ze stanem fizycznym <i>Role Physical</i>	50	10	43,01	8,64	11,92	0,001
BP – ból <i>Bodily Pain</i>	50	10	47,48	11,00	4,00	0,001
GH – ogólny stan zdrowia <i>General Health</i>	50	10	42,71	8,83	12,41	0,001
VIT – żywotność <i>Vitality</i>	50	10	45,43	9,92	7,54	0,001
SF – funkcjonowanie społeczne <i>Social Functioning</i>	50	10	38,59	10,97	18,10	0,001
RE – funkcjonowanie związane ze stanem psychicznym <i>Role Emotional</i>	50	10	38,80	10,90	17,80	0,001
MH – zdrowie psychiczne <i>Mental Health</i>	50	10	37,57	11,61	19,34	0,001
PCS – ogólna ocena zdrowia fizycznego <i>Physical Component Summary</i>	49,55	9,80	48,53	8,91	0,94	n.i
MCS – ogólna ocena zdrowia psychicznego <i>Mental Component Summary</i>	49,30	11,30	36,18	12,31	19,92	0,001

Z danych przedstawionych w tabeli 2 wynika, że osoby uzależnione od alkoholu osiągnęły istotnie niższe, w porównaniu z grupą normalizacyjną, wyniki w siedmiu z ośmiu podskal SF-36. Oznacza to, że rozpoczynający terapię alkoholicy znacząco gorzej, w porównaniu z osobami zdrowymi, oceniają wpływ zdrowia fizycznego na własną aktywność (RP), częściej odczuwają ból fizyczny i mają poczucie, że wpływa on ujemnie na ich funkcjonowanie (BP), gorzej oceniają swoje zdrowie w porównaniu z ubiegłym rokiem i innymi ludźmi (GH), czują mniej energii, są bardziej wyczerpani i zmęczeni (VIT), w większym stopniu uważają, że ich stan zdrowia negatywnie wpływa na relacje społeczne (SF), bardziej zauważają ujemny wpływ doświadczanych problemów emocjonalnych na wykonywanie codziennych czynności (RE) i częściej występują u nich objawy smutku, napięcia i przygnębienia (MH). Jednocześnie jednak osoby uzależnione uzyskały nieznacznie, aczkolwiek istotnie

statystycznie, wyższe wyniki w skali dotyczącej oceny własnej sprawności fizycznej (PF). Porównanie głównych wymiarów jakości życia wskazuje natomiast na brak różnic między grupami w obrębie zdrowia fizycznego (PCS) i na znacząco gorsze wyniki uzyskane przez alkoholików w odniesieniu do zdrowia psychicznego (MCS). Najniższe wyniki (poniżej 40 punktów) uzyskali badani w trzech skalach związanych z funkcjonowaniem psychicznym i społecznym (SF, RE, MH) oraz w ogólnej ocenie zdrowia psychicznego (MCS).

Dane uzyskane za pośrednictwem Kwestionariusza Zadowolenia z Życia (FLZ) porównano z wynikami pochodzącymi z badań dotyczących polskiej adaptacji metody (36). Tabela 3 pokazuje te rezultaty.

Osoby uzależnione od alkoholu, w porównaniu z grupą normalizacyjną, charakteryzują się istotnie niższym poziomem zadowolenia ze wszystkich aspektów życia, mierzonych kwestionariuszem FLZ. Alkoholicy są mniej zadowoleni z ogólnego

Tabela 3.

Zadowolenie z życia, mierzone FLZ, w grupie normalizacyjnej i grupie osób uzależnionych od alkoholu rozpoczynających leczenie

Life satisfaction, measured by FLZ, in standardization group and among alcohol dependent persons at start of therapy

Zadowolenie z życia – FLZ <i>Life satisfaction – FLZ</i>	Grupa normalizacyjna <i>Standardization group</i> n = (616)		Uzależnieni od alkoholu na początku terapii <i>Alcohol dependent persons at start of therapy</i> n = (397)		t	p<
	M	SD	M	SD		
Zdrowie <i>Health</i>	34,62	7,09	28,62	7,80	13,03	0,001
Praca i zawód <i>Work and profession</i>	34,80	7,41	32,43	8,12	4,81	0,001
Finanse <i>Financial status</i>	31,23	7,95	27,21	9,57	7,49	0,001
Czas wolny <i>Leisure time</i>	34,19	7,57	30,71	8,53	7,02	0,001
Dzieci <i>Children</i>	38,84	7,32	34,54	8,77	6,68	0,001
Własna osoba <i>Own person</i>	35,55	6,15	28,27	7,07	17,89	0,001
Przyjaciele/znajomi <i>Friends</i>	35,90	5,92	32,02	6,56	10,06	0,001
Mieszkanie <i>Living conditions/housing</i>	36,01	6,41	32,80	7,99	7,32	0,001
Małżeństwo/związek <i>Marriage/partnership</i>	37,95	8,27	32,28	10,52	8,26	0,001
Seks <i>Sexual relationships</i>	35,34	8,23	30,83	10,09	8,05	0,001
Ogólne zadowolenie z życia <i>General satisfaction with life</i>	242,82	30,34	210,49	38,04	15,50	0,001

stanu swego zdrowia, kondycji psychicznej i fizycznej (zdrowie), pozycji zawodowej i sukcesów w pracy (praca i zawód), standardu własnego życia i dochodów (finanse), urlopu, wypoczynku, sposobu spędzania wolnego czasu (czas wolny), z relacji z własnymi dziećmi (dzieci), własnych wyborów życiowych, charakteru, dotychczasowego życia (własna osoba), relacji ze znajomymi i przyjaciółmi, sąsiadami (przyjaciele/znajomi), wielkości, stanu i położenia własnego mieszkania (mieszkanie), bliskich relacji z małżonkiem lub partnerem życiowym (małżeństwo), własnej aktywności i kontaktów seksualnych (seks). Również wskaźnik ogólnego zadowolenia z życia jest u osób uzależnionych istotnie niższy. Jednocześnie okazuje się, że najniższe (poniżej 30 punktów) wyniki osoby uzależnione uzyskiwały w skalach zadowolenia ze zdrowia, finansów i własnej osoby.

Aby odpowiedzieć na pytanie badawcze dotyczące występowania zmian w jakości życia w trakcie leczenia odwykowego, zastosowano test *t*-Studenta dla prób zależnych. Poniżej zaprezentowano otrzymane wyniki dla wyróżnionych obszarów jakości życia. Tabela 4 pokazuje zmiany, jakie zaszły w grupie osób, które ukończyły terapię

Tabela 4.

Jakość życia związana ze zdrowiem – wartości badanych zmiennych na początku i końcu terapii
Health related quality of life – at start of and after therapy

SF-36	Rozpoczęcie terapii <i>Start of therapy</i>		Zakończenie terapii <i>End of therapy</i>		t	p<
	M	SD	M	SD		
PF – sprawność fizyczna <i>Physical Functioning</i>	51,35	8,78	50,59	7,63	1,63	n.i
RP – funkcjonowanie związane ze stanem fizycznym <i>Role Physical</i>	43,04	8,68	46,41	8,05	-5,95	0,001
BP – ból <i>Bodily Pain</i>	47,18	11,05	50,16	10,08	-3,50	0,001
GH – ogólny stan zdrowia <i>General Health</i>	42,59	9,26	46,50	8,57	-5,37	0,001
VIT – żywotność <i>Vitality</i>	44,33	10,48	51,10	8,94	-9,08	0,001
SF – funkcjonowanie społeczne <i>Social Functioning</i>	37,99	10,95	45,11	9,72	-8,45	0,001
RE – funkcjonowanie związane ze stanem psychicznym <i>Role Emotional</i>	37,96	11,07	45,17	9,14	-8,09	0,001
MH – zdrowie psychiczne <i>Mental Health</i>	36,12	12,14	45,49	9,57	-11,16	0,001
PCS – ogólna ocena zdrowia fizycznego <i>Physical Component Summary</i>	48,53	9,01	50,45	8,92	-3,49	0,001
MCS – ogólna ocena zdrowia psychicznego <i>Mental Component Summary</i>	34,77	12,69	45,00	10,41	-11,92	0,001

Tabela 5.

Zadowolenie z życia – wartości badanych zmiennych na początku i końcu terapii
Life satisfaction – at start of and after therapy

Zadowolenie z życia – FLZ <i>Life satisfaction – FLZ</i>	Rozpoczęcie terapii <i>Start of therapy</i>		Zakończenie terapii <i>End of therapy</i>		t	p<
	M	SD	M	SD		
Zdrowie <i>Health</i>	28,49	6,96	31,49	6,94	-7,12	0,001
Praca i zawód <i>Work and profession</i>	31,54	8,41	31,84	7,44	-0,63	n.i
Finanse <i>Financial status</i>	26,82	9,52	28,42	8,04	-3,40	0,001
Czas wolny <i>Leisure time</i>	29,71	8,25	31,84	6,80	-3,75	0,001
Dzieci <i>Children</i>	33,47	9,54	33,62	8,99	-0,24	n.i
Własna osoba <i>Own person</i>	27,70	7,30	29,35	6,28	-3,27	0,01
Przyjaciele/znajomi <i>Friends</i>	31,59	5,85	33,01	6,19	-3,52	0,001
Mieszkanie <i>Living conditions/housing</i>	32,50	7,92	33,36	7,73	-2,20	0,05
Małżeństwo/związek <i>Marriage/partnership</i>	33,77	9,47	33,68	9,46	0,18	n.i
Seks <i>Sexual relationships</i>	31,62	9,45	31,56	9,53	0,12	n.i
Ogólne zadowolenie z życia <i>General satisfaction with life</i>	208,45	35,81	219,04	33,02	-5,76	0,001

(n = 239) w odniesieniu do jakości życia związanej ze zdrowiem w okresie pomiędzy rozpoczęciem leczenia a jego zakończeniem, to jest w czasie 4–5 miesięcy.

Tabela 4 pokazuje, że w czasie leczenia istotnie wzrósł poziom siedmiu z ośmiu wyodrębnionych w kwestionariuszu SF-36 podskal oraz obydwu wymiarów głównych, tj. ogólnej oceny zdrowia fizycznego i psychicznego (PCS, MCS). Jedynie deklarowana sprawność fizyczna (PF) pozostała na końcu terapii na poziomie zbliżonym do wartości osiągniętych na jej początku. Warto zauważyć, że tylko wynik osiągnięty w tej podskali przez alkoholików rozpoczynających terapię był wyższy niż w populacji generalnej. Ponieważ wartości pozostałych skal badających zdrowie fizyczne istotnie wzrosły, można stwierdzić, że jakość życia związana ze zdrowiem – zarówno fizycznym, jak i psychicznym – zdecydowanie poprawiła się u alkoholików w czasie leczenia. Jednocześnie na początku i końcu terapii najniższe wartości zanotowano w skalach badających funkcjonowanie psychiczne i społeczne (SF, RE, MH, MCS).

Analogiczne, jak w przypadku jakości życia związanej ze zdrowiem, przeprowadzono porównanie w odniesieniu do zadowolenia z życia, co obrazuje tabela 5.

Analizując uzyskane wyniki można zauważyć, że okres leczenia wiązał się u alkoholików z korzystnymi zmianami co do zadowolenia z wielu dziedzin życia. Szczególnie znacząca poprawa nastąpiła w zadowoleniu z własnego zdrowia i ogólnym zadowoleniu z życia. Jednocześnie w czasie terapii nie zmieniło się zadowolenie z pracy, relacji z dziećmi, małżeństwa lub bliskiego związku oraz z funkcjonowania seksualnego.

Końcowym etapem analiz była odpowiedź na pytanie o występowanie różnic między osobami uzależnionymi kończącymi terapię odwykową a zdrowymi. Wyniki przedstawione są w tabelach 6 i 7.

Jak pokazują tabele, pomimo zachodzących w trakcie leczenia korzystnych zmian w jakości życia związanych ze zdrowiem i w zadowoleniu z życia, poziom większości wymiarów tych zmiennych na końcu terapii nadal jest istotnie niższy niż u osób zdro-

Tabela 6.

Poziom jakości życia, mierzonej SF-36, w grupie normalizacyjnej i grupie osób uzależnionych od alkoholu na końcu terapii

Quality of Life level, measured by SF-36, in standardization group and among alcohol dependent persons by the end of therapy

SF-36	Grupa normalizacyjna <i>Standardization group</i> n = 823		Uzależnieni od alkoholu na końcu terapii <i>Alcohol dependent persons by the end of therapy</i> n = 239		t	p<
	M	SD	M	SD		
PF – sprawność fizyczna <i>Physical Functioning</i>	50	10	50,59	7,63	-0,84	n.i
RP – funkcjonowanie związane ze stanem fizycznym <i>Role Physical</i>	50	10	46,41	8,05	5,09	0,001
BP – ból <i>Bodily Pain</i>	50	10	50,16	10,08	-0,22	n.i
GH – ogólny stan zdrowia <i>General Health</i>	50	10	46,50	8,57	4,91	0,001
VIT – żywotność <i>Vitality</i>	50	10	51,10	8,94	-1,53	n.i
SF – funkcjonowanie społeczne <i>Social Functioning</i>	50	10	45,11	9,72	6,71	0,001
RE – funkcjonowanie związane ze stanem psychicznym <i>Role Emotional</i>	50	10	45,17	9,14	6,70	0,001
MH – zdrowie psychiczne <i>Mental Health</i>	50	10	45,49	9,57	6,20	0,001
PCS – ogólna ocena zdrowia fizycznego <i>Physical Component Summary</i>	49,55	9,80	50,45	8,92	-1,54	n.i
MCS – ogólna ocena zdrowia psychicznego <i>Mental Component Summary</i>	49,30	11,30	45,00	10,41	5,27	0,001

Tabela 7.

Zadowolenie z życia, mierzone FLZ, w grupie normalizacyjnej i grupie osób uzależnionych od alkoholu na końcu terapii

Life satisfaction, measured by FLZ, in standardization group and among alcohol dependent persons by the end of therapy

Zadowolenie z życia – FLZ <i>Life satisfaction – FLZ</i>	Grupa normalizacyjna <i>Standardization group</i> n = (616)		Uzależnieni od alkoholu na końcu terapii <i>Alcohol dependent persons by the end of therapy</i> n = (239)		t	p<
	M	SD	M	SD		
Zdrowie <i>Health</i>	34,62	7,09	31,49	6,94	6,04	0,001
Praca i zawód <i>Work and profession</i>	34,80	7,41	31,84	7,44	2,95	0,001
Finanse <i>Financial status</i>	31,23	7,95	28,42	8,04	3,44	0,001
Czas wolny <i>Leisure time</i>	34,19	7,57	31,84	6,80	3,24	0,001
Dzieci <i>Children</i>	38,84	7,32	33,62	8,99	8,12	0,001
Własna osoba <i>Own person</i>	35,55	6,15	29,35	6,28	13,22	0,001
Przyjaciele/znajomi <i>Friends</i>	35,90	5,92	33,01	6,19	6,14	0,001
Mieszkanie <i>Living conditions/housing</i>	36,01	6,41	33,36	7,73	4,32	0,001
Małżeństwo/związek <i>Marriage/partnership</i>	37,95	8,27	33,68	9,46	4,26	0,001
Seks <i>Sexual relationships</i>	35,34	8,23	31,56	9,53	7,01	0,001
Ogólne zadowolenie z życia <i>General satisfaction with life</i>	242,82	30,34	219,04	33,02	10,70	0,001

wych. W przypadku kwestionariusza SF-36 dotyczy to zwłaszcza głównego wymiaru zdrowia psychicznego i podskal wchodzących w jego skład (SF, RE, MH). Z kolei w odniesieniu do zadowolenia z życia, alkoholicy kończąc terapię są, w porównaniu z grupą normalizacyjną, mniej zadowoleni ze wszystkich wyróżnionych w kwestionariuszu FLZ jego aspektów (różnice $p < 0,001$).

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Przeprowadzone badanie wskazuje, że w odniesieniu do jakości życia związanej ze zdrowiem, mierzonej SF-36, alkoholicy rozpoczynający terapię odwykową, w porównaniu z osobami zdrowymi, istotnie gorzej oceniają większość aspektów swego zdrowia fizycznego i zdrowie psychiczne. Otrzymany wynik w znacznym stop-

niu potwierdza doniesienia zagraniczne, w których – przy użyciu różnych metod pomiaru jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (także SF-36) – wykazano istotnie obniżoną jakość życia alkoholików we wszystkich wymiarach tej zmiennej, w porównaniu z osobami zdrowymi (15, 19, 20, 23, 24, 26, 28, 29). Również rezultat wskazujący na największe deficyty występujące w badanej grupie pacjentów w zakresie zdrowia psychicznego, mierzonego SF-36, znajduje potwierdzenie w badaniach zagranicznych (19, 20, 29).

Niezgodne z oczekiwaniami i wynikami innych badań okazały się natomiast: lepsza u badanych alkoholików ocena własnej sprawności fizycznej (PF) i brak różnic w stosunku do grupy normalizacyjnej w zakresie poziomu ogólnego zdrowia fizycznego (PCS). Biorąc pod uwagę fakt, że pytania skali PF dotyczą wpływu stanu zdrowia na takie codzienne czynności, jak wchodzenie po schodach, mycie się i ubieranie, a większość pacjentów deklarowało brak somatycznych chorób towarzyszących, można założyć, iż w badanej grupie rzeczywiście nie występują istotne deficyty w tej dziedzinie. Możliwym wytłumaczeniem tego stanu rzeczy może być również to, że pacjenci podejmujący terapię ambulatoryjną, w porównaniu z pacjentami stacjonarnymi, charakteryzują się prawdopodobnie lepszym ogólnym stanem zdrowia, a w przytaczanych powyżej badaniach zagranicznych analizowano głównie wyniki osób leczonych szpitalnie. Wynik w skali PF można też tłumaczyć występowaniem u alkoholików mechanizmów obronnych, które uniemożliwiają zobaczenie rzeczywistych szkód spowodowanych piciem (37). Jeśli ostatecznie wyjaśnienie jest słuszne, to nie wiemy dlaczego alkoholicy zadeklarowali wyższą jakość życia akurat w tym, a nie innym wymiarze. Zjawisko to wymaga więc dalszych badań, także z udziałem alkoholików leczących się stacjonarnie i – w miarę możliwości – nie leczących się wcale, gdyż dopiero takie badania dałyby pełny obraz jakości życia związanej ze zdrowiem.

Zgodny z oczekiwaniami okazał się wynik wskazujący na różnice w zadowoleniu z życia – jest ono we wszystkich aspektach istotnie niższe u alkoholików, w porównaniu z osobami zdrowymi. Podobny rezultat uzyskano w polskich badaniach normalizacyjnych kwestionariusza FLZ, w których, obok osób zdrowych, zbadano chorych na różne choroby, w tym uzależnionych od alkoholu (36).

Uzyskane przy użyciu obu narzędzi pomiaru wyniki potwierdzają fakt, że alkoholizm oddziałuje destrukcyjnie na wszystkie istotne obszary funkcjonowania człowieka, przyczyniając się do bardzo niskiego poziomu jakości życia osób rozpoczynających leczenie. W aspekcie praktycznym wyniki te przemawiają za koniecznością dokładnego diagnozowania pacjentów w celu określenia szczególnie deficytowych obszarów ich funkcjonowania i możliwego wpływu tych deficytów na przebieg terapii.

Otrzymane wyniki wskazują, że w trakcie terapii istotnie wzrasta poziom jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia – i to zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym. Zmiany odnotowano w trzech skalach (z czterech) oceniających zdrowie fizyczne, we wszystkich skalach dotyczących oceny zdrowia psychicznego oraz w obu wymiarach głównych – ogólnej ocenie zdrowia fizycznego i psychicznego. Znaczącą poprawę jakości życia w trakcie terapii odwykowej zanotowano również w badaniach zagranicznych, w których stosowano kwestionariusz SF-36 (28, 29). Istotną poprawę

poziomu analizowanej zmiennej w trakcie terapii zaobserwowano w badaniach, w których używane były inne narzędzia pomiaru jakości życia (15, 25, 26).

Na podstawie uzyskanych w prezentowanym badaniu wyników można więc stwierdzić, iż terapia odwykowa to czas korzystnych zmian w funkcjonowaniu fizycznym i psychicznym alkoholików. Należy jednak zauważyć, że na końcu terapii, podobnie jak na początku, najniższe wyniki uzyskali badani w skalach oceniających funkcjonowanie psychiczne (ogólna ocena zdrowia psychicznego, funkcjonowanie społeczne).

Przeprowadzone analizy dały odpowiedź na pytanie o zmiany w zadowoleniu z życia zachodzące w trakcie leczenia. Odnotowano znaczącą poprawę ogólnego zadowolenia z życia oraz z takich jego wymiarów, jak zdrowie, finanse, czas wolny, relacje z przyjaciółmi. Pacjenci oceniają również lepiej samych siebie oraz własną sytuację mieszkaniową. W odniesieniu do zadowolenia z mieszkania mamy do czynienia z ciekawą i wartą dalszych poszukiwań zależnością. Otóż przyjmując, że sytuacja mieszkaniowa większości lub wszystkich pacjentów w trakcie leczenia nie zmieniła się, poprawa zadowolenia może tu wynikać z zachodzących w trakcie terapii korzystnych zmian w percepcji pewnych aspektów życia, pomimo braku faktycznych zmian.

Jednocześnie zadowolenie z pracy, relacji z własnymi dziećmi, relacji w małżeństwie (bliższym związku) oraz seksu nie uległo zmianie. Biorąc pod uwagę specyfikę rozwoju uzależnienia od alkoholu oraz mechanizmy zaangażowane w ten rozwój, otrzymany wynik wydaje się być zrozumiały. Przede wszystkim długotrwałe picie alkoholu ma wieloraki i niezwykle destrukcyjny wpływ na funkcjonowanie społeczne i rodzinne (37, 38, 39, 40). Lindenmeyer (41) wśród przyczyn tego stanu rzeczy wymienia między innymi brak wiarygodności i nieprzewidywalność zachowania alkoholików, zaniedbywanie obowiązków, agresywność i stosowanie przemocy, przyczynianie się do problemów finansowych i pogorszenia bytu całej rodziny. Jednocześnie istota uzależnienia od alkoholu wymaga, aby w terapii (zwłaszcza w ujęciu strategiczno-strukturalnym) skoncentrować się początkowo na destrukcji alkoholowej, mechanizmach obronnych, radzeniu sobie z głodem, a przede wszystkim na uznaniu faktu bycia alkoholikiem i wynikających z tego konsekwencji. Warto zauważyć, że ze względu na powyżej opisane zjawiska, w początkowej fazie zdrowienia alkoholików nie stosuje się na przykład terapii rodzinnej lub małżeńskiej (38). Tak więc w zasadzie nie ma podstaw, by zadowolenie z tych aspektów życia, w których destrukcja jest z reguły największa, wzrosło w pierwszych miesiącach terapii i abstynencji. Uzyskane wyniki wskazują zatem na potrzebę dalszych badań o charakterze podłużnym dotyczących zmian w zadowoleniu z tych obszarów życia w dłuższym czasie.

Z praktycznego punktu widzenia uzyskany rezultat potwierdza konieczność zwrócenia uwagi na oczekiwania pacjentów co do zmian, jakie wiążą się z uczestnictwem w terapii i utrzymywaniem abstynencji. Warto informować pacjentów, że podjęcie abstynencji i udział w terapii może nie zmienić sytuacji w wielu ważnych dziedzinach życia – do tego potrzeba znacznie więcej czasu lub w niektórych przypadkach – specjalistycznego leczenia.

Kończąc terapię osoby uzależnione nadal charakteryzują się istotnie obniżoną jakością życia i niskim zadowoleniem w większości analizowanych sfer. Wynik ten

nie potwierdza badań Lahmeka i wsp. (28), którzy (badając pacjentów kwestionariuszem SF-36) na końcu terapii uzyskali wyniki zbliżone do wyników dla populacji generalnej. Dalsze badania powinny dać odpowiedź na pytanie, czy poziom jakości życia i zadowolenia jest u alkoholików kończących terapię podobny do poziomu osób chorych na choroby somatyczne, jak wykazali to Foster i wsp. (25) czy też występują w tym obszarze różnice. Względy praktyczne zdecydowanie przemawiają za koniecznością objęcia kończących terapię alkoholików dalszym wsparciem terapeutycznym.

Prezentowane badania są głosem w dyskusji dotyczącej badania jakości życia osób uzależnionych. Na ich podstawie wydaje się, że aby zrozumieć pacjentów rozpoczynających terapię, a zwłaszcza ich funkcjonowanie w jej trakcie i po zakończeniu, należy stosować różne narzędzia pomiaru, uwzględniające możliwie szeroki zakres doświadczeń związanych z jakością życia.

Ograniczeniem tych badań jest nieuwzględnienie zmiennych, które mogłyby różnicować otrzymane rezultaty ze względu na płeć, wykształcenie czy pozostawanie w stałym związku. Z kolei wyniki dotyczące porównania osób uzależnionych z grupą normalizacyjną należy traktować z pewną ostrożnością, gdyż grupy te mogą różnić się profilem demograficznym i społecznym. W dalszych badaniach należy również uwzględnić, obok poznawczego, emocjonalny komponent jakości życia.

Wnioski

1. Osoby uzależnione od alkoholu rozpoczynając terapię charakteryzują się istotnie niższym poziomem większości wymiarów jakości życia dotyczących zdrowia fizycznego oraz niższym poziomem w odniesieniu do zdrowia psychicznego.
2. Na początku terapii u osób uzależnionych występuje istotnie obniżony poziom ogólnego zadowolenia z życia oraz zadowolenia ze wszystkich jego aspektów.
3. W trakcie leczenia wzrasta poziom jakości życia w obrębie zdrowia fizycznego i psychicznego oraz poziom niektórych wymiarów zadowolenia z życia, a także zadowolenie ogólne.
4. Zadowolenie z pracy, relacji z dziećmi, małżeństwa lub związku oraz życia seksualnego nie ulega zmianie w czasie terapii.
5. Kończąc terapię osoby uzależnione nadal charakteryzują się istotnie obniżoną jakością życia i niskim zadowoleniem w większości analizowanych sfer.

PIŚMIENNICTWO

1. Heszen I, Sęk H (2007) *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
2. Watkins KW, Connell CM (2004) Measurement of health-related quality of life in diabetes mellitus. *Pharmacoeconomics*, 22 (17), 1109–1126.
3. Laudet A, Becker JB, White WL (2009) Don't wanna go through that madness no more: quality of life satisfaction as predictor of sustained remission from illicit drug misuse. *Substance Use and Misuse*, 44, 2, 227–252.

4. Gladis MM, Gosch EA, Dishuk NM, Crits-Christoph P (1999) Quality of Life Expanding the Scope of Clinical Significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 3, 320–331.
5. Aaronson NK (1990) Quality of life research in cancer clinical trials: a need for common rules and language. *Oncology*, 4 (5), 59–66.
6. Habrat B, Baran H, Steinbarth-Chmielewska K, Woronowicz B (2000) Jakość życia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. *Alkoholizm i Narkomania*, 13, 3, 322–335.
7. Chodkiewicz J (2005) *Psychologia zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Łódź: WSHE.
8. Kendall P, Grove W (1998) Normative comparisons in therapy outcome. *Behavioral Assessment*, 10, 147–158.
9. Strupp H (1996) The tripartite model and the Consumer Reports study. *American Psychologist*, 51, 10, 1017–1024.
10. Strupp H, Hadley S (1977) A Tripartite Model of Mental Health and Therapeutic Outcomes. *American Psychologist*, 3, 187–196.
11. Cierpiałkowska L, Czabała Cz (2005) Psychoterapia indywidualna i grupowa. W: Sęk H (red.) *Psychologia kliniczna, t 1*. Warszawa: PWN, 269–298.
12. Sheldon K, Kasser T (2001) Goals, congruence and positive well-being: New empirical support for humanistic theories. *Journal of Humanistic Psychology*, 1, 30–50.
13. Trzebińska E (2008) *Psychologia pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
14. Diener E, Lucas E, Oishi S (2004) Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia. W: Czapiński J (red.) *Psychologia pozytywna*. Warszawa: PWN, 33–51.
15. Donovan D, Mattson M, Cisler R, Longabaugh R, Zweben A (2005) Quality of life as an outcome measurement in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol*, 15, 119–139.
16. Foster JH, Powell JE, Marshall EJ, Peters TJ (1999) Quality of life in alcohol-dependent subjects – a review. *Quality of Life Research*, 8, 3, 255–261.
17. Habrat B, Baran H, Steinbarth-Chmielewska K, Woronowicz B (2000) Jakość życia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. *Alkoholizm i Narkomania*, 3, 322–335.
18. Zubaran C, Foresti K (2009) Quality of life and substance use: concepts and recent tendencies. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 3, 281–286.
19. Smith KW, Larson MJ (2003) Quality of Life Assessments by Adult Substance Abusers Receiving Publicly Funded Treatment in Massachusetts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 2, 323–335.
20. Daepfen JB, Krieg MA, Burnand B, Yersin B (1998) MOS-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24, 4, 685–694.
21. Volk RJ, Cantor SB, Steinbauer JR, Cass AR (1997) Alcohol use disorders, consumption patterns, and health-related quality of life of primary care patients. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 21, 5, 899–905.
22. Polak K (2001) Ocena jakości życia żołnierzy zawodowych z rozpoznaniem zespołu zależności alkoholowej. *Psychiatria Polska*, 6, 1057–1070.
23. Foster JH, Marshall EJ, Hooper R, Peters TJ (1998) Quality of life measures in alcohol dependent subjects and changes with abstinence and continued heavy drinking. *Addiction Biology*, 3, 321–332.
24. 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.
25. Foster JH, Marshall EJ, Hooper R, Peters TJ (2000). Measurement of Quality of Life in alcohol-dependent subjects by a cancer symptoms checklist. *Alcohol*, 20, 2, 105–110.
26. Ginieri-Coccosis M, Liappas IA, Tzavellas E, Triantafillou E, Soldatos C (2007) Detecting changes in quality of life and psychiatric symptomatology following an in-patient detoxification programme for alcohol-dependent individuals: The use of WHOQOL-100. *In Vivo*, 21, 1, 99–106.
27. Berglund K, Berggren U, Bokström K, Eriksson M, Fahlke M, Karlsson M, Balldin J (2004) Changes in mental well-being during Minnesota treatment. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 5, 383–388.

28. Lahmek P, Berlin I, Michel L, Berghout Ch, Meunier N, Aubin HJ (2009) Determinants of improvement in quality of life of alcohol-dependent patients during an inpatient withdrawal programme. *International Journal of Medical Sciences*, 6, 160–167.
29. Morgan MY, Landron F, Leher P (2004) Improvement in quality of life after treatment for alcohol dependence with acamprosate and psychosocial support. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 28, 64–77.
30. Chodkiewicz J (2001) Rola zasobów osobistych w utrzymaniu abstynencji przez mężczyzn uzależnionych od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 2, 14, 277–289.
31. Chodkiewicz J (2002) *Predyktory efektywności terapii mężczyzn uzależnionych od alkoholu*. Niepublikowana praca doktorska. Lublin: Katolicki Uniwersytet Lubelski.
32. Wnuk M (2007) Zaangażowanie w ruch samopomocy a poczucie jakości życia osób uzależnionych od alkoholu. Mediacyjna rola długości abstynencji i długości pobytu we wspólnocie AA. *Alkoholizm i Narkomania*, 20, 1, 31–43.
33. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z (2008) *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa: Difin.
34. Ware JE, Kosinski M, Dewey JE (2000). *How to score Version 2 of the SF-36 Health Survey*. Lincoln: Quality Metric Incorporated.
35. Żołnierczyk-Zreda D, Wrześniewski K, Bugajska J, Jędryka-Góral A (2009) *Polska wersja Kwestionariusza SF36v2 do badania jakości życia*. Warszawa: Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy.
36. Chodkiewicz J (2009) Adaptacja polska Kwestionariusza Zadovolenia z Życia (FLZ). *Studia Psychologiczne*, 47, 3, 5–21.
37. Mellibruda J, Sobolewska-Mellibruda Z (2006) *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
38. Cierpiałkowska L (1997) *Alkoholizm – małżeństwa w procesie zdrowienia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
39. Cierpiałkowska L, Ziarko M (2010) *Psychologia uzależnień: alkoholizm*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
40. Lindenmeyer J (2007) *Ile możesz wypić*. Gdańsk: GWP.
41. Lindenmeyer J (2005) *Alkoholabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe.

Adres do korespondencji

Jan Chodkiewicz

Zakład Psychologii Zdrowia

Instytut Psychologii UŁ

ul. Smugowa 10/12, 91-433 Łódź

tel. 605 346 935

email: janchodkiewicz@poczta.onet.pl

Otrzymano: 9.12.2011

Przyjęto do druku: 8.03.2012