

VPLIV ELEMENTOV ZDRAVLJENJA NA RAVEN SAMOSPOŠTOVANJA BOLNIKOV, ODVISNIH OD ALKOHOLA

THE INFLUENCE OF SOME ELEMENTS OF TREATMENT PROGRAMME ON THE
LEVEL OF SELF-ESTEEM OF ALCOHOL DEPENDENT PATIENTS

Marinka Odlazek, Maja Rus Makovec

UDK/UDC 616.89-008.441.13

DESKRIPTORJI: alkoholizem-zdravljenje; samopodoba

DESCRIPTORS: alcoholism-therapy; self-concept

Izvleček – Osnovni namen raziskave je bil ugotoviti, kako se glede na določene kazalce zdravljenja (s poudarkom na ravni samospoštovanja) med seboj razlikujejo od alkohola odvisni pacienti v zgodnji in v kasnejši časovni fazi zdravljenja. V prvo skupino (zgodnja faza zdravljenja) so bili vključeni bolniki, ki so se hospitalno zdravili na Enoti za zdravljenje odvisnosti od alkohola (n = 48) ljubljanske Psihiatrične klinike od marca 2002 do aprila 2002. V drugi skupini (kasnejša faza zdravljenja) so bili pacienti, ki so bili vsaj eno leto vključeni v Klube zdravljenih alkoholikov (n = 52). Oceno koristnosti določenih elementov programa je podalo tudi strokovno osebje iz omenjene enote (n = 14). Uporabljen je bil vprašalnik s 26 vprašanji, ki so obsegala naslednja področja: demografska vprašanja, Rosenbergovo skalo samospoštovanja in Likertove lestvice za ocenjevanje drugih odvisnih spremenljivk (psihosocialni status pacientov, odnos osebjia do pacientov, program zdravljenja in kakovost bivanja v ustanovi). Rezultati so pokazali, da se raven samospoštovanja povezuje z vsemi pomembnimi medosebnimi odnosi pacientov in da je raven samospoštovanja v skupini pacientov v kasnejši fazi zdravljenja pomembno višja. Ti pacienti so pomembno bolj zadovoljni s svojimi medosebnimi odnosi in z odnosi osebjia do sebe v času preteklega hospitalnega zdravljenja. Rezultati tudi kažejo, da je strokovno osebje nagnjeno k temu, da posamezne elemente programa podcenjuje glede koristnosti za psihosocialno funkcioniranje pacientov.

Abstract – The main problem of the research was to evaluate differences between patients in early phase of alcohol dependency treatment and between patients of after-care phase of dependency treatment. The special interest was paid to the level of self-esteem in both groups of patients. Patients from in-patient treatment at Department for Alcohol Dependency Treatment of University Psychiatric Hospital Ljubljana (March to April 2002) were included in the first group (early phase of treatment) (n = 48). Patients from after-care groups (membership at least one year) were included in the second group (n = 52). The professional staff evaluated some aspects of the treatment programme (n = 14). The questionnaire with 26 questions was applied (demographic data, Rosenberg Self-esteem Scale and Lickert type of questions regarding psychosocial status of patients, stuff relations towards patients, elements of treatment programme and the quality of living conditions in the hospital). Results shows that all patients' personal relations were significantly correlated with their level of self-esteem. The level of self-esteem was significantly higher in patients of after-care groups. Patients from after-care groups were also significantly more satisfied with their personal relations and with stuff relations towards them while they have been included in in-patient treatment. Results shows the stuff tendency to underestimate the usefulness of some elements of the treatment programme for the psychosocial functioning of the patients.

Teoretična izhodišča in uvod

Ljudje, ki so odvisni od alkohola, se osebno med seboj zelo razlikujejo: raziskave kažejo, da se ne da govoriti o neki »tipični odvisniški osebnosti«. Vendarle v različnih raziskavah podobno ugotavljajo, da imajo od alkohola odvisni ljudje probleme s samospoštovanjem (Lowinson et al., 1997). Ena od definicij pravi, da samospoštovanje pomeni splošno oceno vrednosti samega sebe kot sposobne, pomembne in na-

klonjenosti vredne osebe (Bukatko, Daehler, 1995). Gre za pozitivno (visoko samospoštovanje) ali negativno oceno (nizko samospoštovanje) samopodobe, ki se nanaša bodisi na odobravanje bodisi na zavračanje samega sebe. Ne da se vedno jasno razločiti, ali je pri od alkohola odvisnem človeku najprej obstajal (primarni) problem s samospoštovanjem in je zato začel na škodljiv način uživati alkohol, ali se je nizko samospoštovanje razvilo sekundarno – kot realna posledična škoda zaradi odvisnosti od alkohola (Ziherl, 1987). Ta dilema v procesu zdravljenja odvisnosti sama po sebi niti ni tako pomembna; pomembnejše je

zvišati samo raven samospoštovanja pri pacientih. Ljudje, ki se namreč želijo spremeniti, reševati svoje probleme in zaživeti bolj zdravo, potrebujejo dovolj optimizma in dovolj visoko samospoštovanje ter s tem povezano prepričanje, da so s svojo aktivnostjo in trudom sposobni reševati svoje probleme (Kaplan, 1996). Pacientom, odvisnim od alkohola, pomagamo zviševati raven njihovega samospoštovanja med drugim tako, da jih spodbujamo k sprejemanju odgovornosti za njihova ravnanja in k aktivnemu urejanju medsebojnih odnosov.

Ljudem z nizkim samospoštovanjem pa ni tako lahko pomagati in ne zadostuje le, da jim govorimo, da jih spoštujemo. Posameznikovo doživljanje samega sebe se sooblikuje v odnosih z okoljem (Shavelson, Bolus, 1982). Samospoštovanje se začne oblikovati v zgodnjem osebnostnem razvoju v družini, v kateri dobi otrokovo samospoštovanje osnovni ton, nato niha v adolescenci, po adolescenci pa ostane na razmeroma stabilni ravni (Overholser idr., 1995). Zato ravni samospoštovanja ni lahko spreminjati, posebej če je ta problem povezan z odvisnostjo od določene psihoaktivne snovi. V psihoterapevtski obravnavi pacientov, ki so odvisni od alkohola, je med drugimi potrebno zagotoviti dva pogoja: najprej je treba s pacienti vzpostaviti take terapevtske odnose, da bodo lahko dovolj dolgo, dovolj intenzivno in dovolj stabilno izkušali, da se z njimi ravna drugače, kot so vajeni, ter da od njih pričakujemo, da bodo tudi oni drugače ravnali s svojimi bližnjimi. Drugič pa je potrebno ponuditi tako strukturo oziroma vsebino zdravljenja, da jih spodbuja k potrebnim spremembam v njihovem življenju. Ti dejavniki zdravljenja pomagajo odvisniku izoblikovati novo, nestigmatizirano identiteto. S tem si pacienti ojačajo upanje in samospoštovanje – oboje pa pomaga pri vzdrževanju njihove abstinence od alkohola (Graham, Schultz, Wilford, 1998).

S pričujočo študijo smo želeli ugotoviti, kako ta dva pogoja (odnos osebja in vsebina oziroma element programa zdravljenja) vplivajo na raven samospoštovanja in še nekatere druge pomembne kazalce zdravljenja odvisnosti od alkohola v različnih časovnih fazah (v zgodnejši in v kasnejši) zdravljenja. Seveda na sam potek zdravljenja močno vpliva tudi psihosocialna opremeljenost pacientov (NIAAA, 2000), ki smo jih v študiji povzeli z osnovnimi demografske značilnostmi in različnimi samoocenami pacientov.

Metoda

Opremlitev raziskovalnega problema

Zanimalo nas je, kako se glede na kazalce zdravljenja (s poudarkom na ravni samospoštovanja) med seboj razlikujejo pacienti v zgodnji (v času hospitalizacije na Enoti za zdravljenje odvisnosti od alkohola = prva skupina) in v kasnejši fazi zdravljenja odvisnosti (ko so vključeni v ambulantno skupinsko obrav-

navo oziroma v t.i. Klub zdravljenec = druga skupina). Pacienti iz prve skupine so še v akutni fazi zapletov zaradi svoje odvisnosti, pacienti iz druge skupine pa imajo za seboj že leto ali več treznosti in so že dosegli izboljšanje svojega psihosocialnega funkcioniranja.

Spremenljivke in raziskovalne hipoteze

Elemente zdravljenja, ki vplivajo na izid zdravljenja, smo oblikovali v štiri skupine spremenljivk:

- spremenljivke, povezane z bolniki samimi (demografski dejavniki, različne samoocene, raven samospoštovanja, kritičnost do posledic odvisnosti);
- spremenljivke, povezane s programom zdravljenja (ocena koristnosti različnih terapevtskih dejavnosti na oddelku);
- spremenljivke, povezane z odnosom osebja – terapevtov in dežurnih medicinskih sester do bolnikov;
- spremenljivke, povezane s kakovostjo samega bivanja v instituciji.

Vsi naštetih dejavniki so torej odvisne spremenljivke, čas oziroma faza zdravljenja pa je neodvisna spremenljivka. Raven samospoštovanja smo v naši študiji izbrali za centralno odvisno spremenljivko, ker se v njej najbolj prepletajo odnos do samega sebe, odnos do drugih in odnos, ki ga imajo drugi ljudje do nas (v tem primeru profesionalno osebje).

Osnovna hipoteza: zastavljena je kot ničelna hipoteza. Bolniki v bolnišničnem zdravljenju (skupina 1, zgodnja faza) in bolniki, ki so člani KZA (skupina 2, poznejša faza) se med seboj ne razlikujejo pomembno glede različnih ocen, samoocen in ravni samospoštovanja.

Opis vzorca

V raziskavi so sodelovali bolniki, odvisni od alkohola, ki so se zdravili na Psihiatrični kliniki Ljubljana na Enoti za zdravljenje odvisnih od alkohola. V raziskavo je bilo vključenih 100 bolnikov, in sicer dve skupini. V prvi skupini, ki je vključevala bolnike v času trimesečnega zdravljenja, je bilo 48 bolnikov, od tega 15 žensk in 33 moških. Anketiranci iz bolnišničnega zdravljenja so na vprašanja odgovarjali po 14 dneh hospitalizacije. Vključeni so bili vsi sprejeti v obdobju od marca 2002 do aprila 2002. Povprečna starost anketirancev iz prve skupine je bila 44,9 let (SD ± 9,1). Drugo skupino so sestavljali bolniki, ki so bili po bolnišničnem zdravljenju vsaj eno ali več let vključeni v Klub zdravljenih alkoholikov s terapevtom. Anketirancev je bilo 52, od tega 13 žensk in 39 moških. Povprečna starost anketiranih je bila 49,2 let (SD ± 9,2).

Sodelovanje bolnikov je bilo prostovoljno in anonimno. Vsi bolniki so bili seznanjeni z namenom raz-

iskave in s pravico, da odklonijo sodelovanje ter o načelih zaupnosti in varovanju podatkov uporabljernih v raziskavi. V raziskavi je sodelovalo tudi 14 članov strokovnega osebja iz Enote za zdravljenje odvisnosti od alkohola. Ti so ocenjevali koristnost elementov zdravljenja (kratkoročno in dolgoročno) za bolnike z enakim instrumentom kot bolniki sami. Sodelovanja ni odklonil noben od bolnikov in noben terapevt.

Raziskovalno nalogo je odobrila Komisija za Medicinsko etiko pri Ministrstvu za zdravje in je bila opravljena v okviru diplomske naloge na Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani pod mentorstvom doc. dr. Majde Pahor.

Uporabljeni inštrumenti: uporabljen je bil vprašalnik s 26 vprašanji, ki so obsegala naslednja področja:

1. Demografske podatke.
2. Uporabljena Rosenbergova skala samospoštovanja obsega 10 vprašanj z ocenami od 1–5. Višji sumarni skor (sklepni seštevek vseh doseženih točk) pomeni višjo raven samospoštovanja, nižji seštevek pa nižjo raven samospoštovanja (Rosenberg, 1965).
3. Nadaljnja vprašanja so bila oblikovana v obliki Likertove lestvice (ocene od 1–5): 1 pomeni nezadostno, 2 je zadostno, 3 pomeni dobro, 4 prav dobro in 5 odlično.
 - ocena lastnega duševnega zdravja,
 - ocena lastnega telesnega zdravja,
 - ocena lastnega finančnega stanja,
 - ocena odnosov z bližnjimi,
 - ocena lastnega življenja,
 - posledice na partnerstvu, starševstvu in v službi,
 - finančne posledice,
 - ocena odnosa dežurnih medicinskih sester do pacientov,
 - ocena odnosa ostalega osebja do pacientov,
 - ocena bivanja (hotelski del),
 - ocena teže lastne odvisnosti,
 - ocena hrane,
 - ocena zdravljenja v celoti,
 - ocenjevanje dejavnosti, ki so najbolj pomagale pri zdravljenju (možni rangi od 1–12; nižja številka pomeni višji rang, oziroma višjo oceno koristnosti).

Anketiranje je opravila ena od avtoric študije (Odlazek). Poleg pisnih navodil je dala še ustna navodila za izpolnjevanje vprašalnika. Vsak anketiranec je pisno izpolnil vprašalnik in ji ga vrnil v zaprti kuverti. Podatke je avtorica zbirala od februarja 2002 do maja 2002.

Obdelava podatkov: zbrani podatki so bili obdelani po statističnem programu SPSS. Razdeljenih je bilo 120 vprašalnikov. V obdelavo je bilo vključenih 100 vprašalnikov, 20 vprašalnikov pa je izpadlo, ker niso bili izpolnjeni pravilno.

Rezultati in razprava

Prikazan bo tisti del pridobljenih rezultatov, ki opišejo pomembne razlike med skupinami pacientov, nato tisti, ki se neposredno povezujejo z odvisno spremenljivko »samospoštovanje«, in nazadnje tisti, ki so povezani z oceno dela dežurnih medicinskih sester in ostalega osebja (v spremenljivko »ostalo osebje« so vključeni vsi kadri na enoti, ki izvajajo psihoterapevtski proces zdravljenja zasvojenosti, torej medicinske sestre, profesorice specialne pedagogike, zdravniki, psiholog itn. in jih zato poimenujemo »terapevti«).

Nekateri demografski podatki: V prvi skupini je manj zdravljenec s partnerjem (54,2 %) kot v drugi skupini (77,0 %); več jih živi samih (25,0 %) kot v drugi skupini (11,5 %). Najpogostejša izobrazba v prvi skupini je poklicna šola (35,4 %), v drugi skupini pa dokončana srednja šola ali gimnazija (30,8). V prvi skupini je manjši delež zdravljenec zaposlen poln delovni čas (45,8) kot v drugi skupini (59,6 %). V prvi skupini je drugačno razmerje med vaškim in mestnim slogom življenja v domačem kraju (50 % : 50 %) kot v drugi skupini (34,6 % : 65,4 %). Več preizkušancev iz prve skupine je navedlo kot motiv za zdravljenje ustreči družini (59,6 %) kot v drugi (47,9 %). Prav tako se je več zdravljenec iz prve skupine odločilo za zdravljenje zaradi težkih zdravstvenih zapletov. V KZA sodeluje večji delež partnerjev (59,6 %) kot pri bolnišnični skupini (31,3 %). Torej imajo pacienti iz druge skupine boljše psihosocialne pogoje (ali pa se bolje opremljeni pacienti vključijo v nadaljnjo obravnavo).

V tabeli 1 so prikazane pomembne razlike ($p < 0,05$) med spremenljivkami prve (bolnišnično zdravljenje) in druge (klubi zdravljenih alkoholikov) skupine pacientov.

V bolnišnični skupini so bili preizkušanci pomembno mlajši, nižje so ocenjevali svoje duševno in telesno zdravje. Nižje so ocenjevali tudi odnose z bližnjimi in svoje življenje nasploh. Ocenili so, da imajo težje posledice na partnerskem, službenem in finančnem področju; njihova raven samospoštovanja je bila pomembno nižja. Te ocene lahko opazujemo kot realne glede na začetno stopnjo v procesu zdravljenja. Zdravljenci v KZA so pomembno višje, vendar istosmiselno (v pozitivno smer) ocenjevali odnos strokovnega osebja in dežurnih medicinskih sester do njih kot pacienti iz bolnišnične skupine.

V tabeli 2 so prikazane pomembne ($p < 0,05$) povezanosti med ravno samospoštovanja in drugimi spremenljivkami pri pacientih iz bolnišnične skupine.

Višja ko je bila raven samospoštovanja pri bolnišničnih pacientih, manj težke naj bi bile posledice (na partnerski, službeni in finančni ravni) in obratno. Višja ko je raven samospoštovanja, višja je ocena duševnega, telesnega zdravja in boljše je ocena odnosov z bližnjimi (naj opozorimo, da nižja ocena določene socialne posledice zasvojenosti pomeni manj težke posledice, višja ocena pa težje posledice).

Tab. 1. Pomembne ($p < 0,05$) razlike v srednjih vrednostih spremenljivk skupine pacientov iz bolnišničnega zdravljenja (B) in iz podaljšane obravnave v Klubih zdravljenih alkoholikov (KZA).

Spremenljivka	Skupina	Srednja vrednost(\pm SD)	t (df)	p
Starost	B	44,9 (\pm 9,1)	-2,312 (98)	0,023
	KZA	49,2 (\pm 9,2)		
Ocena duševnega zdravja	B	3,3 (\pm 0,9)	-2,747 (98)	0,007
	KZA	3,8 (\pm 0,9)		
Ocena telesnega zdravja	B	3,2 (\pm 1,05)	-2,025 (97)	0,046
	KZA	3,6 (\pm 0,9)		
Ocena odnosov z bližnjimi	B	3,2 (\pm 1,0)	-3,691 (98)	0,000
	KZA	3,9 (\pm 0,9)		
Ocena življenja	B	3,0 (\pm 1,1)	-2,733 (97)	0,007
	KZA	3,6 (\pm 1,0)		
Posledice partnerstvo	B	2,9 (\pm 1,4)	2,732 (89)	0,008
	KZA	2,3 (\pm 1,1)		
Posledice služba	B	2,5 (\pm 1,3)	2,516 (91)	0,014
	KZA	1,8 (\pm 1,1)		
Posledice finančne	B	2,9 (\pm 1,2)	3,948 (94)	0,000
	KZA	1,9 (\pm 1,2)		
Odnos dežurnih sester	B	3,9 (\pm 0,9)	-2,347 (97)	0,021
	KZA	4,3 (\pm 0,7)		
Ocena ostalega osebja	B	3,7 (\pm 0,9)	-2,828 (97)	0,006
	KZA	4,2 (\pm 0,7)		
Ocena bivanja hotelski del	B	3,2 (\pm 0,8)	-2,389 (97)	0,019
	KZA	3,7 (\pm 0,9)		
Ocena zdravljenja	B	3,7 (\pm 0,8)	-3,656 (97)	0,000
	KZA	4,2 (\pm 0,7)		
Ocena odvisnosti	B	3,2 (\pm 1,1)	0,367 (98)	0,715
	KZA	3,1 (\pm 1,4)		
Posledice starševstvo	B	2,5 (\pm 1,3)	1,197 (82)	0,320
	KZA	2,2 (\pm 1,1)		
Ocena hrane	B	3,3 (\pm 0,9)	-1,841 (97)	0,069
	KZA	3,7 (\pm 0,9)		
Raven samospoštovanja	B	33,0 (\pm 6,1)	-4,134 (97)	0,000
	KZA	38,0 (\pm 5,9)		

Tab. 2. Pomembne ($p < 0,05$) povezanosti med ravno samospoštovanja in drugimi spremenljivkami pri pacientih iz bolnišnične skupine.

Raven samospoštovanja in:	r	p	n
ocena duševnega zdravja	0,43	0,002	47
ocena telesnega zdravja	0,32	0,031	46
ocena odnosov z bližnjimi	0,40	0,005	47
posledice partnerstvo	-0,57	0,000	39
posledice služba	-0,39	0,007	45

V tabeli 3 so prikazane pomembne ($p < 0,05$) povezanosti med ravno samospoštovanja in drugimi spremenljivkami pri pacientih iz KZA skupine.

V skupini KZA se zanimivo pokaže, da se ocena samospoštovanja povezuje z dvainpolkrat številčnejšimi spremenljivkami. Večje kot je bilo število zdravljenj, nižje je bilo samospoštovanje; nižje samospoštovanje se povezuje tudi z oceno težjih posledic v službi in na finančni ravni (in ne na partnerskem ali starševskem odnosu) – in obratno. Višje samospoštovanje se povezuje z boljšo samooceno na vseh pod-

ročjih, z bolj ugodno oceno odnosov osebja, bivanja in zdravljenja v bolnišnici.

V KZA skupini so bile te povezave istosmiselne, a manj izrazite. Nismo pa ugotovili pomembnih povezav med oceno partnerskega odnosa in številom zdravljenj, posledic v službi ter samospoštovanjem. V tej skupini gre verjetno za bolj stabilna partnerstva. V bolnišnični skupini se bolj kritični pacienti nagibajo k strožjem ocenjevanju na vseh pomembnih področjih svojega življenja. Pač pa v obeh skupinah pacienti istosmiselno opisujejo posledice v partnerskem odnosu.

V tabeli 4 so prikazane pomembne povezanosti ($p < 0,05$) med oceno odnosa strokovnega osebja do pacientov s strani pacientov z nekaterimi opazovanimi spremenljivkami.

Pri bolnišnični skupini se višja ocena odnosa ostalega osebja povezuje z večjim številom zdravljenj in z višjo oceno vseh bivanjskih parametrov (oziroma spremenljivk v zvezi z institucijo). V KZA skupini pa je višja ocena odnosa ostalega osebja povezana z višjo oceno ostalih parametrov institucije in z višjim samospoštovanjem.

V tabeli 5 so prikazane pomembne povezanosti ($p < 0,05$) med oceno odnosa strokovnega osebja do pacientov s strani pacientov z nekaterimi opazovanimi spremenljivkami.

Čim večje je bilo število zdravljenj, tem boljše so bolnišnični pacienti ocenjevali delo dežurnih medicinskih sester in odnos ostalega osebja ter zdravljenje v celoti.

Tab. 3. Pomembne ($p < 0,05$) povezanosti med ravno samospoštovanja in drugimi spremenljivkami pri pacientih iz KZA skupine.

Raven samospoštovanja in:	r	p	n
število zdravljenj	-0,30	0,044	44
duševno zdravje	0,45	0,001	52
telesno zdravje	0,35	0,011	52
finančno stanje	0,43	0,001	52
odnosi z bližnjimi	0,54	0,000	52
posledice v službi	-0,34	0,020	47
finančne posledice	-0,37	0,007	50
psihoterapevtske ure	0,36	0,040	33
odnos dežurnih sester	0,28	0,046	51
odnos ostalega osebja	0,31	0,028	51
ocena hrane	0,32	0,020	51
ocena bivanja (hotelski del)	0,31	0,027	51
ocena zdravljenja	0,34	0,014	51

Tab. 4. Pomembne povezanosti ($p < 0,05$) med oceno odnosa ostalega osebja z naslednjimi spremenljivkami.

	Bolnišnična skupina			KZA skupina		
	r	p	n	r	p	n
Število zdravljenj	0,35	0,028	38			
Sprostitutvene tehnike	-0,49	0,025	20			
Ocena sester	0,70	0,000	48	0,75	0,000	51
Ocena hrane	0,29	0,040	48	0,34	0,014	51
Ocena bivanja (hotelski del)	0,32	0,025	48	0,42	0,002	51
Ocena zdravljenja	0,35	0,016	48	0,35	0,000	51
Psihodrama				-0,44	0,025	25
Učne ure				0,40	0,039	26
Samospoštovanje				0,31	0,028	51

Tab. 5. Pomembne povezanosti ($p < 0,05$) med oceno odnosa dežurnih sester do pacientov s strani pacientov z nekaterimi opazovanimi spremenljivkami.

	Bolnišnična skupina			KZA skupina		
	r	p	n	r	p	n
Število zdravljenj	0,32	0,049	38			
Sprostitutvene tehnike	-0,60	0,005	20			
Ocena ostalega osebja	0,70	0,000	48	0,75	0,000	51
Ocena bivanja (hotelski del)	0,31	0,028	48	0,28	0,046	51
Ocena zdravljenja	0,29	0,041	48	0,44	0,001	51
Samospoštovanje	-0,033	0,82	47	0,28	0,046	51
Odnos z bližnjimi				0,29	0,036	51
Oddelčni klub				0,40	0,044	25
Učne ure				0,43	0,025	26
Ocena hrane				0,28	0,047	51

Pri bolnikih iz KZA se boljša ocena dežurnih medicinskih sester povezuje z boljšo oceno ostalega osebja, z oceno bivanja, zdravljenja, odnosov z bližnjimi in z višjo oceno hrane.

V tabeli 6 so prikazane pomembne razlike med rangiranjem določenih elementov programa zdravljenja s strani bolnišničnih pacientov (skupina 1), s strani pacientov iz KZA (skupina 2) ter s strani strokovnega osebja / terapevtov, ki so ocenjevali določen element programa kot kratkoročno koristnega za paciente (skupina 3) in kot dolgoročno koristnega za paciente (skupina 4). V tem primeru nižja ocena pomeni višji rang (da določena dejavnost bolj koristi).

Terapevti se očitno nagibajo k temu, da nižje rangirajo dejavnosti, ki jih imajo za postranske. Razumljivo je, da člani KZA drugače ocenjujejo dejavnosti, ki so potrebne za kratkoročno »preživetje« časa hospitalizacije. Če se usmerimo na oceno pomembnosti pogovorov z dežurno medicinsko sestro, vidimo, da se strokovno osebje (>terapevti<) (ocena iz skupine 3 in 4) kar premalo zaveda, kako pomembna je ta komunikacija za paciente, posebej za tiste iz bolnišnične (ocena 1) in iz KZA skupine (ocena 2). Glede drugih dejavnosti pa med ocenami ni bilo pomembnih razlik (če upoštevamo vse 4 ocene hkrati).

Tab. 6. Pomembne razlike ($p < 0,05$) med rangiranjem določenih elementov programa zdravljenja s strani bolnišničnih pacientov (skupina 1), s strani pacientov iz KZA (skupina 2) ter s strani strokovnega osebja / terapevtov, ki so ocenjevali določen element programa kot kratkoročno koristnega za paciente (skupina 3) in kot dolgoročno koristnega za paciente (skupina 4).

	Skupina	Srednja vrednost	F	p	n
Muzikoterapija	1	3.7 (± 3.2)	7.23	0.000	14
	2	5.4 (± 3.3)			22
	3	8.4 (± 2.8)			13
	4	7.5 (± 1.8)			13
Športne dejavnosti	1	3.7 (± 2.9)	7.89	0.000	21
	2	5.1 (± 3.5)			27
	3	9.1 (± 2.8)			14
	4	6.5 (± 3.7)			15
Učne ure	1	3.5 (± 2.6)	6.13	0.001	29
	2	5.6 (± 3.5)			26
	3	7.7 (± 3.1)			14
	4	6.5 (± 3.8)			15
Pogovor z dežurno medicinsko sestro	1	3.8 (± 2.3)	8.81	0.000	29
	2	4.4 (± 2.8)			27
	3	6.9 (± 2.9)			13
	4	7.6 (± 2.5)			13
Ogledi filmov ob koncu tedna	1	3.8 (± 3.1)	14.61	0.000	30
	2	6.0 (± 3.2)			25
	3	9.6 (± 2.7)			13
	4	9.1 (± 3.3)			14

Sklepna razprava

Obe skupini pacientov se razlikujeta med seboj v nekaterih demografskih značilnostih: pacienti iz bolnišničnega zdravljenja so mlajši, manj jih je v stalnih partnerskih zvezah, so manj izobraženi. Manj jih je zaposlenih, v manjši meri sodelujejo pri zdravljenju svojci. Zavedamo se, da vsi ti dejavniki vplivajo na različne samoocene, ne samo določena faza zdravljenja. Iz drugih evalvacij lahko sklepamo, da članstvo v KZA pomaga ohraniti ali celo na novo vzpostaviti pomembne odnose v življenju pacientov (Gorše Goli, 1997) – torej ne gre le za to, da bi se v podaljšano fazo zdravljenja vključevali samo psihosocialno bolj opremljeni pacienti, ampak da na boljše funkcioniranje pacientov deluje tudi članstvo v KZA.

Skupina iz KZA ima višjo raven samospoštovanja, kar smo tudi pričakovali. Zanimivo pa je, da se samospoštovanje v obeh skupinah povezuje z različnimi dejavniki. V prvi skupini se samospoštovanje povezuje le s petimi dejavniki (spremenljivkami), v drugi skupini pa s trinajstimi. V prvi skupini se nižja ocena samospoštovanja povezuje s slabšo oceno posledic pri partnerstvu (tisti z nižjim samospoštovanjem imajo težje posledice odvisnosti na področju partnerstva in obratno) – te povezave v drugi skupini ni. Res pa imajo pacienti v drugi skupini bolj urejeno partnerstvo. Pred-

vsem pa je razlika v tem, da se glede na naše ugotovitve raven samospoštovanja v začetku procesa zdravljenja povezuje le s tistimi dejavniki, ki so ozko (specifično) povezani s počutjem in življenjsko situacijo pacientov. Zanimivo je, da se raven samospoštovanja v prvi skupini ne povezuje z oceno institucije (osebja, bivanja itn.). Pač pa v skupini KZA pacienti z nižjo ravno samospoštovanja nižje ocenjujejo vse dejavnike institucije (odnos osebja do pacientov, hrana, bivanje...), tisti z višjo ravno samospoštovanja pa vse to ocenjujejo višje. To je v skladu z ugotovitvijo iz literature, da so ljudje z višjim samospoštovanjem nagnjeni k temu, da bolj spoštujejo in višje vrednotijo druge ljudi (Rabin, 1996). Pomembno za osebje in institucijo pa je, da so očitno vplivi institucije same (nega, pogojev hotelskega bivanja...) na raven samospoštovanja pacientov pomembnejši dolgoročno kot kratkoročno. V začetni fazi so, kot je videti, pacienti bolj zazrti v svoje probleme in se še ne ukvarjajo toliko z dojemanjem vplivov neposrednega okolja.

Realno pa se tudi zdi, da se pacienti iz KZA, ki so se večkrat zdravili, manj spoštujejo; verjetno si manj zaupajo zaradi več ponovitev bolezni. Pri pacientih v bolnišnični skupini pa povezave med številom zdravljenj in samospoštovanjem ni. Verjetno se v tem obdobju pacienti še ne ukvarjajo z vsemi razsežnostmi svojega funkcioniranja. Glede na naše rezultate je za dvig samospoštovanja najpomembnejše, da se v času zdravljenja hkrati s pacientovim duševnim in telesnim počutjem ukvarjamo tudi z zapletmi na ravni medosebnih odnosov. Rezultati kažejo, da se vsa skrb osebja in pogojev bivanja pokaže pri pacientih zares šele v daljšem časovnem obdobju po zdravljenju. S tem, ko paciente spodbujamo k aktivnemu razreševanju problemov, krepimo njihov občutek samoučinkovitosti, ki pomembno vpliva na dvig ravni samospoštovanja (Long, Williams, Midgley, Hollin, 2000).

Naši podatki empirično potrjujejo razmišljanja, da problemi s samospoštovanjem pri odvisnikih povzročajo zelo velike probleme v njihovih odnosih (Khantzian, 1990). Tako lahko tudi ugotavljamo, da so pacienti v KZA pomembno bolj opremljeni na ravni samospoštovanja in da so zato tudi sposobni za bolj zadovoljujoče odnose z ljudmi okoli sebe. Pacienti iz KZA tudi bolj cenijo odnos osebja iz časa zdravljenja. Videti je, da prav posebej podaljšano zdravljenje v KZA, ki temelji na skupinskem psihoterapevtskem delu, pomaga od alkohola odvisnim pacientom pri urejanju medsebojnih odnosov in k dvigu ravni samospoštovanja (Polcin, Prindle, Bostrom, 2002).

Zdravljenje odvisnih pacientov zahteva od strokovnega osebja poleg strokovnega znanja tudi določene osebnostne poteze, med drugim tudi to, da osebje zmore prenesti odvisnega pacienta z njegovimi številnimi psihološkimi obrambami, začetno jezo in odklonilnostjo (Ritson, 1998). Ker smo terapevti samo ljudje tudi ob zdravi osebnostni zasnovi za ohranjanje lastnega samospoštovanja občasno potrebujemo določene pozitivne povratne informacije glede našega dela. Zaključimo lahko, da se elementi programa, ki smo jih raziskovali, med seboj prepletajo ter posredno in neposredno vplivajo predvsem na dolgoročnejšo oceno samospoštovanja pacientov. Kar je najpomembnejše tudi za samospoštovanje terapevtov in medicinskih sester s področja zdravljenja odvisnosti, pa je, da glede na rezultate študije naše delo »ne gre v nič«, čeprav v začetni fazi zdravljenja praviloma ne dobivamo neposredne potrditve s strani pacientov. Ta pride šele kasneje.

Literatura

1. Bukatko D, Daehler MW. Child Development (2nd ed.). Boston, Toronto: Houghton Mifflin Company, 1995.
2. Gorše Goli A. Nekatere psihosocialne značilnosti ljudi, odvisnih od alkohola. Diplomsko delo. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, 1997.
3. Graham AW, Schultz TK, Wilford BB eds. Principles of Addiction Medicine (2nd ed.). Chevy Chase 1998; ASAM: 295–341.
4. Kaplan HB. Psychosocial Stress. Perspectives on structure, theory, life-course, and methods. San Diego: Academic Press, 1996.
5. Long CG, Williams M, Midgley M, Hollin CR. Within-program factors as predictors of drinking outcome following cognitive-behavioral treatment. *Addict Behav* 2000; 25 (4): 573–8.
6. Lowinson JH et al. Substance Abuse. A Comprehensive Textbook (3rd ed.). Baltimore: Williams Wilkins, 1997.
7. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Research Refines Alcoholism Treatment Options. *Alcohol Research & Health* 2000; 24 (1): 53–61.
8. Overholser JC, Adams DM, Lehnert KL, Brinkman DC. Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 919–28.
9. Polcin DL, Prindle SD, Bostrom A. Integrating social model principles into broad-based treatment: results of a program evaluation. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2002 Nov; 28 (4): 585–99.
10. Rabin C. Equal Partners Good Friends. Empowering couples through therapy. London and New York: Routledge, 1996.
11. Ritson B. Psychologic treatment of substance abuse. *Current Opinion in Psychiatry* 1998; 11: 285–8.
12. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Boston: Princeton University Press, 1965.
13. Shavelson RJ, Bolus R. The interplay of theory and methods. *Journal for Educational Psychology* 1982; 74: 3–17.
14. Zihelr S. Samospoštovanje alkoholikov in njegova vloga v razvoju sindroma odvisnosti od alkohola. Doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1987.