

Izvirni znanstveni članek / Original article

ZADOVOLJSTVO Z ŽIVLJENJEM PRI OSEBAH, ODVISNIH OD ALKOHOLA

SATISFACTION WITH LIFE IN ALCOHOL DEPENDENT PEOPLE

Klavdija Čuček Trifkovič, Alenka Kobolt, Blanka Kores Plesničar

Glavne besede: odvisnost od alkohola, kakovost življenja, počutje, prostotčasne aktivnosti, telesno zdravje, socialni odnosi

Key words: Alcohol dependency, quality of life, well being, leisure activities, physical health, social relations

IZVLEČEK

Izhodišča: Odvisnost od alkohola je najpogostejša bolezen odvisnosti, ki prizadene posameznika na zdravstvenem, ekonomskem in socialnem področju. Prispevek opisuje zadovoljstvo z življenjem kot enega izmed dejavnikov kakovosti življenja oseb, odvisnih od alkohola, pred in po zdravljenju odvisnosti ter zadovoljstvo z življenjem pri osebah, ki od alkohola niso odvisne.

Metode: V raziskavi je bila uporabljena deskriptivna metoda z zbiranjem kvantitativnih podatkov na osnovi standardiziranega vprašalnika o stopnji uživanja in zadovoljstva z življenjem (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction). Sodelovalo je 210 oseb, starih od 20 do 66 let, odvisnih in neodvisnih od alkohola, iz severovzhodne in jugozahodne Slovenije. Testiranje je potekalo prostovoljno in anonimno.

Rezultati: Rezultati so pokazali, da se je pri ocenjevanju parametrov zadovoljstva z življenjem pojavila statistično pomembna razlika pri subjektivnem ocenjevanju počutja in izvajanja aktivnosti v prostem času, ne pa pri ostalih dejavnikih zadovoljstva z življenjem, kot so telesno zdravje, socialni odnosi in splošne aktivnosti.

Diskusija in zaključki: Kakovost življenja je kompleksen dejavnik, ki temelji na posameznikovem subjektivnem doživljanju. Bolezni odvisnosti močno vplivajo na posameznikovo družbeno delovanje in zdravje in s tem tudi na kakovost življenja, ki je (kot kažejo številne raziskave v svetu in pri nas) bistveno nižje od kakovosti življenja tistih, ki od alkohola niso odvisni.

ABSTRACT

Introduction: Alcohol dependency is the most common dependency disorder which affects individuals at health-related, economic and social levels. The article discusses satisfaction with one's life - one of the key factors of quality of life - in alcohol dependant individuals prior to and after treatment of their dependency as well as their social reintegration.

Methods: The descriptive method was used to analyse quantitative data collected through a Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q). The sample consisted of 210 alcohol dependant and non-dependant participants from north-eastern and south-western Slovenia, aged between 20 and 66. Their participation was voluntary and anonymous.

Results: The study shows that when evaluating parameters of satisfaction with life a statistically significant difference was only revealed for the subjective evaluation of participants' own well being and their own evaluation of their leisure activities. For all other factors of satisfaction with life, such as physical health, social relations and general activities, the difference was found to be insignificant.

Discussion and conclusion: Quality of life is a complex factor which is based on people's subjective experiencing of their lives. Given that dependency disorders highly influence people's health as well as their functioning in their social surroundings, they consequently also affect their quality of life, which is, as shown by many domestic and foreign studies, significantly lower in alcohol dependant people than in non-dependant ones.

Uvod

Odvisnost od alkohola je nedvomno pomemben družbeni problem, saj se posledice prekomernega uživanja alkohola kažejo tako na zdravstvenem kot na

ekonomskem in socialnem področju (Čuček Trifkovič, 2008). Svetovna zdravstvena organizacija je odvisnost od alkohola opredelila kot sindrom in kot bolezen, ki povzroča psihično in telesno odvisnost in ima hkrati

mag. Klavdija Čuček Trifkovič, viš. med. ses., prof. zdr. vzg., pred., Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru, Žitna ul. 15, 2000 Maribor, e-naslov: klavdija.trifkovic-cucek@uni-mb.si

izr. prof. dr. Alenka Kobolt, univ. dipl. psihol., Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, Kardeljeva pl. 16, 1000 Ljubljana

izr. prof. dr. Blanka Kores Plesničar, dr. med., specialist za psihiatrijo, Psihiatrična klinika Ljubljana, Studenc 48, 1260 Ljubljana

Članek temelji na magistrskem delu, ki ga je na Pedagoški fakulteti Univerze v Ljubljani avtorica mag. Klavdija Čuček Trifkovič izdelala pod mentorstvom izr. prof. dr. Alenke Kobolt in somentorstvom izr. prof. dr. Blanke Kores Plesničar.

tudi pomembno socialno dimenzijo, zato zahteva poglobljeno in večdimenzionalno obravnavo različnih strok – zdravstvene nege, medicine, socialnega dela, sociologije, psihologije, ekonomije, socialne pedagogike itd.

Različni vidiki razumevanja odvisnosti od alkohola

Sindrom odvisnosti od alkohola označuje vrsta psihosocialnih posledic in bolezenskih znakov, ki so neposredno ali posredno posledica prekomernega uživanja alkohola (Selzer, 1991; Frangež Žigon, 1997). Gre za kronično motnjo, ki po definiciji zdravja in bolezni pomeni bolezen in se kaže kot telesna, duševna in družbena motnja (Ficko Zalokar, 2003).

Prvi opis odvisnosti od alkohola kot bolezenske motnje zasledimo v letu 1774, ko jo je ameriški zdravnik Ruch opisal kot bolezen »volje«. Pred tem se je bolezen obravnavalo kot delo hudiča, osebe, odvisne od alkohola, so nameščali v azile in jih skupaj s t. i. norci in kriminalci izobčili iz družbe. Z omenjenim opisom je bolezen postala predmet psiholoških in medicinskih obravnav ter opazovanj (Lindenmeyer, 1999). Znano je, da so ljudje skozi vso človeško zgodovino uživali različne snovi tako v sprostitvene kot v eksperimentalne namene, da bi občutili različne občutke pomirjenja ali vznemirjenja, evforije ali zamaknenosti. Alkohol je bil in je še zmeraj najpogostejše zlorabljen in najlažje pridobljena droga.

Razloge in proces nastajanja odvisnosti od alkohola in z njim povezane probleme različne teoretične smeri različno opredeljujejo. Nevrotski model Freuda, ki se s samo odvisnostjo od alkohola sicer ni izrecno ukvarjal, vendarle nudi izhodišče za razumevanje nesposobnosti kontroliranega pitja. »Začarani nevrotski krog« se vzpostavi, ker posameznik vzrokov duševnega konflikta ne razreši, poskuša pa ga blažiti s prekomernim uživanjem alkohola (Petry, 1998), kar vodi v omamo in začasno pozabo ter hkrati v odvisnost od alkohola. Psihoanalitske teorije vidijo vzroke za razvoj odvisnosti v neustrezni razrešitvi simbiotičnega odnosa med otrokom in materjo že v oralni razvojni fazi (Bohak, 1995). Fiksacija v oralni fazi, ki nastane zaradi številnih prikrajšanj v otroški dobi, vzpodbuja infantilne značilnosti in posameznik se razvije v odvisnega, infantilnega odraslega, ki se kaže kot narcističen, zahteven, a hkrati tudi kot pasiven in odvisen. Take osebe so primarno občutljivejše, težje prenašajo obremenitve in frustracije. Učinki alkohola jim nudijo olajšanje – ob tem njihove specifične oralne poteze postanejo očitnejše, saj ugodje doživljajo na ravni oralnosti (Milčinski, 1986). Psihoanalitiki so zatrjevali, da dozorevanje osebnosti posameznika, s pomočjo psihoterapije, lahko omogoči kontrolirano, t. i. neproblematično pitje (Petry, 1998).

Somatske teorije v ospredje postavljajo telesne spremembe in pri iskanju vzrokov nastanka odvisnosti od alkohola izhajajo iz telesnih funkcij. Opisujejo, da na nastanek odvisnosti od alkohola vpliva zmanjšana produkcija encimov, ki uravnavajo presnovo, s čimer se zmanjša presnova alkohola v telesu. Ta pomanjkljivost naj bi bila prirojena in podedovana (Williams, 1974 cit. po Milčinski, 1986).

Biodinamske teorije predvidevajo, da alkohol moti priučene pogojne reflekse, ki inhibirajo kompleksnejše psihične dejavnosti (Masserman, 1974 cit. po Milčinski, 1986). Posledica je razvoj odvisnosti od alkohola.

Sociološke teorije pri odvisnih od alkohola opisujejo in dokazujejo pomanjkljivo sposobnost vključevanja v družbo in navezovanja stikov v primarnih in sekundarnih skupinah (Gačič, 1988), le-to naj bi bilo po teh teorijah najpomembnejši vzrok za nastanek alkoholizma. Hudolin (1987) med drugimi etiološko pomembnimi dejavniki pri nastanku odvisnosti izpostavlja še različne socialne in kulturne dejavnike, kot so navade družbene skupine, poklic posameznika, staranje in z njim povezane posledice ipd.

Ekološka perspektiva v razvojni psihologiji, ki proučuje soodvisnost med vedenjem posameznika in vplivi okolja, zastopa stališče, da na razvoj odvisnosti pomembno vplivata družina in okolje (Steuer, 1994 cit. po Batistič Zorec, 2000). Družina je matična celica, v kateri se pri otroku razvije odnos do samega sebe, do okolja in v okviru tega razvije tudi odnos do alkohola.

V dvajsetem stoletju so prišle v ospredje še druge teoretične razlage. V drugi polovici dvajsetega stoletja se je uveljavila vedenjska teorija, ki se je izkazala kot učinkovita metoda obravnave (Petry, 1998). Tudi kognitivisti so ponudili nekatere rešitve v obravnavi odvisnosti: vključevanje v skupine za samopomoč, socialno pomoč odvisnemu in njegovi družini ter druge terapevtske programe (Tuchfeld, Markus, 1984). Hays (1985) je razvil teorijo vrednot, s čimer je poskušal doseči, da bodo različni življenjski cilji in posameznikova pričakovanja, delovali motivirajoče tudi v obravnavi odvisnosti od alkohola. Tudi Glasserjevo (1994) teorijo izbire, ki temelji na smotnosti našega ravnanja, s čimer želimo v različnih situacijah ob različnih posameznikih zadovoljiti svoje osnovne in psihosocialne potrebe, lahko uspešno uporabimo v obravnavi odvisnosti od alkohola.

Raznovrstne znanstvene razlage in njihovo prepletanje omogočajo široko perspektivo za razumevanje nastajanja in ohranjanja odvisnosti. Žorga (1999) opisuje, da nas razvojna paradigma uči, da problemov, ki jih prinaša življenje, nikoli ne rešimo v popolnosti, a je pomembno, da se z njimi ukvarjamo. Odvisni od alkohola se bo prej odločil za spremembe, če bo dovolj dobro poučen o možnostih in izidih zdravljenja in rehabilitacije (Sauter et al., 2006).

Kakovost življenja in zadovoljstvo z njim pri odvisnih od alkohola

S kakovostjo življenja so se že stoletja ukvarjale različne kulture in jo opisovale pod različnimi pojmi, npr. kultura življenja, sreča, harmonija, dobro počutje, ravnotežje, nesmrtnost. Kasneje so se razvile številne definicije, med njimi tudi definicija, ki jo je sprejela Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 1993), ki pravi, da je kakovost življenja individualno zaznavanje sebe v življenju v povezavi s kulturnimi in drugimi vrednotami okolice. Ob tem upošteva še individualne cilje in standarde posameznika. Definicija vključuje šest obsežnih dimenzij: telesno zdravje, duševno zdravje, stopnjo neodvisnosti, socialne odnose, vplive okolja in duhovne vrednote (Grant, Dean, 2003).

Različni modeli, ki obravnavajo kakovost življenja, opisujejo različne dejavnike. Grant, Padilla in Ferell (Grant, Ferell, Sakurai, 1994 cit. po Grant, Dean, 2003) upoštevajo štiri dimenzije kakovosti življenja: telesno, psihično, socialno in duhovno blagostanje. Spilker (1990) ocenjuje kakovost življenja s pomočjo splošne ocene blaginje, splošne ocene psihičnega, fizičnega, ekonomskega in socialnega stanja ter posamezne ocene opredeljenih dimenzij. Covey (1997 cit. po Kostka, 2004) opredeljuje štiri nivoje kakovosti življenja, kar lahko primerjamo s predhodno omenjenimi dimenzijami avtorjev Granta, Padille in Ferella, in sicer fizični, psihosocialni, mentalni in duhovni ali spiritualni nivo.

Motnje, ki nastanejo zaradi uživanja različnih psihoaktivnih snovi, bistveno vplivajo na zdravje posameznika in njegovo družbeno delovanje, kar nadalje vpliva na kakovost življenja posameznika (Connor, Saunders, Feeney, 2006). Kakovost življenja je močno povezana z občutkom o sebi in zadovoljstvom z lastnim življenjem (www.prihodnost.blogspot.com, 2005), ki je eden izmed dejavnikov opredelitve kakovosti življenja.

Najpogostejše omenjene dimenzije zadovoljstva z življenjem so telesno zdravje, počutje posameznika, delo, aktivnosti v prostem času in medosebni odnosi.

Telesno zdravje je najpomembnejši dejavnik, ki ga posameznik povezuje s kakovostjo življenja. Za človeka je pomembno tako telesno kot duševno zdravje, vendar je najvišja vrednota, ki jo ljudje izpostavijo na lestvici vrednot, prav telesno zdravje. Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje zdravje kot stanje popolne telesne, socialne, duševne in duhovne blaginje in ne zgolj kot odsotnost bolezni ali okvar, oziroma drugače povedano: gre za telesno, socialno, duševno, čustveno in družbeno ter duhovno uravnoteženost posameznika.

Naslednji parameter, ki opredeljuje zadovoljstvo z življenjem, je ocena počutja. Uravnoteženo psihofizično stanje posameznika vpliva na imunsko odpornost organizma, izboljša njegove delovne sposobnosti in celostno izboljša počutje. Počutje ni zgolj odsotnost bolezni, češ zdrav sem – torej mi nič ne manjka, temveč

ga je potrebno obravnavati bolj celostno. Myers, Sweeney, Witmer (2000 cit. po Milavec, 2008) so dobro počutje opredelili kot način življenja, ki je usmerjen k optimalnemu zdravju in blagostanju, v katerem so telo, um in duša integrirani tako, da posameznik živi polno življenje tako v naravni kot človeški skupnosti. Idealno gledano je dobro počutje optimalno stanje zdravja in blagostanja, ki ga je posameznik zmožen doseči.

Med dejavniki, ki vplivajo na zadovoljstvo z življenjem, so tudi delo, ki ga posameznik opravlja, prosti čas in medsebojni odnosi. Delo predstavlja vir preživetja in nas hkrati izpolnjuje ter nam dviguje samozavest (Čuček Trifkovič, 2008). Prosti čas je namenjen sprostitvi, rekreaciji in oddihu. Kako in s čim bo posameznik preživel svoj prosti čas, je odvisno predvsem od njegovih interesov, izkušenj, okusa, vsekakor tudi od spola, starosti, psihofizičnih sposobnosti, inteligence, zdravstvenega stanja itd. Ravno tako na večje zadovoljstvo z življenjem vplivajo kakovostni medosebni odnosi, le-ti so temeljnega pomena za razvoj osebnosti tako v emocionalnem, socialnem kot intelektualnem smislu. V njih se naučimo prevzemati različne socialne vloge, odkrivamo, kakšna osebnost smo, zaznavamo sebe in druge.

Opredelitev problema in cilji raziskave

Odvisnost od alkohola ni le medicinski, temveč širši socialni problem. V Sloveniji so podatki o številu odvisnih od alkohola nezanesljivi; domneva se, da število dosega 200.000 ljudi. Zaradi odvisnosti posameznika je prizadetih tudi veliko število svojcev, partnerjev, otrok, staršev ali drugih pomembnih, ki so z odvisnim v različnih odnosnih povezavah. Tako je odvisnost od alkohola v Sloveniji velik družbeni in socialni problem, ki žal dobiva vedno večje razsežnosti, v nasprotju z državami Zahodne Evrope, kjer novejša raziskava kažejo, da količina alkohola na posameznika upada.

V okviru kvantitativne raziskave, ki je bila izvedena v severovzhodni in jugozahodni Sloveniji z namenom proučevanja zadovoljstva z življenjem oseb, odvisnih od alkohola, pred in po obravnavi odvisnosti od alkohola ter neodvisnih oseb, smo preverjali stopnjo zadovoljstva z življenjem pri omenjenih osebah. Večje zadovoljstvo z življenjem smo predvidevali pri osebah, neodvisnih od alkohola, ter hkrati predvidevali, da odvisni od alkohola izražajo večje zadovoljstvo z življenjem po obravnavi kot pred njo.

Metode

Opis vzorca

V raziskavo je bilo vključenih 210 oseb starosti od 20 do 66 let iz severovzhodne in jugozahodne Slovenije. Vzorec je bil razdeljen na dve skupini – proučevano in primerjalno. Proučevana skupina je bila nadalje raz-

deljena na dve podskupini. V prvo so bile vključene osebe, odvisne od alkohola, ki še niso bile vključene v obravnavo, temveč so bile prvič pregledane v ambulantni za zdravljenje odvisnosti. Poimenovali smo jo prvi. V drugo skupino so bili vključeni odvisni od alkohola po obravnavi, poimenovali smo jo klub. V primerjalno skupino so bili vključeni naključni posamezniki, za katere smo domnevali, da niso odvisni od alkohola. To skupino smo poimenovali zdravi. Vse tri skupine, v katerih je bilo po sedemdeset udeležencev, so bile med seboj izenačene po spolu, starosti, izobrazbi in statusu zaposlenosti/nezaposlenosti.

Instrumentarij

Uporabili smo Vprašalnik o osebnih podatkih, ki smo ga sestavili sami, in standardiziran vprašalnik o stopnji uživanja in zadovoljstva v življenju (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction – Q-LES-Q). Q-LES-Q (Endicott, 2000) je bil razvit za ugotavljanje stopnje uživanja in zadovoljstva in se nanaša na različna področja: telesno zdravje, počutje, delo, aktivnosti v prostem času, socialne odnose. Vsaka postavka je ocenjena po petstopenjski Likertovi lestvici z možnostmi nikoli, redko, včasih, pogosto in vedno. Vprašalnik je bil uporabljen v številnih raziskavah pri bolnikih s shizofrenijo, paničnimi in depresivnimi motnjami, distimijami, predmenstrualnimi težavami, postravmat-skimi stresnimi motnjami ipd., v podobni raziskavi proučevanja zadovoljstva z življenjem pri odvisnih od alkohola pa še ni bil uporabljen.

Postopek obdelave podatkov

Podatki so bili obdelani s pomočjo statističnega paketa SPSS 14.0 ob podpori programa Microsoft Excel. Primerjavo med raziskovalnimi podskupinami smo prikazali z inferenčno statistiko (korelacije, analize variance, faktorske in klasterske analize), za vse spremenljivke so bili izračunani osnovni statistični parametri (minimalne in maksimalne vrednosti, povprečne vrednosti, variacijski razmik, standardni odklon, standardna napaka, meja zaupanja).

Rezultati

Telesno zdravje

Anketiranci so ocenjevali zadovoljstvo z lastnim telesnim zdravjem (Razpr. 1).

Statistična analiza je pokazala, da so osebe iz skupine zdravi bolj zadovoljne s svojim telesnim zdravjem kot osebe iz skupin prvi in klub. Najmanj so zadovoljne s telesnim zdravjem osebe iz skupine prvi, kar smo tudi pričakovali, saj so osebe pred zdravljenjem odvisnosti od alkohola zaradi le-te najpogostejše v izredno slabem

Razpr. 1. Zadovoljstvo s telesnim zdravjem po skupinah (prvi, klub, zdravi).

Table 1. Satisfaction with physical health among the groups (first, club, healthy).

		Vrednosti	Standardna napaka
Prvi	d'	62,485	1,737
	mediana	62,307	
	varianca	157,063	
	SD	12,532	
	min	26,150	
	max	84,620	
Klub	d'	66,153	1,563
	mediana	66,923	
	varianca	132,008	
	SD	11,489	
	min	24,620	
	max	86,150	
Zdravi	d'	65,649	1,424
	mediana	66,153	
	varianca	129,844	
	SD	11,394	
	min	43,080	
	max	90,770	

Legenda: prvi – odvisni od alkohola pred zdravljenjem
klub – odvisni od alkohola po zdravljenju
zdravi – neodvisni od alkohola
d' – povprečna vrednost
min – najnižja vrednost
max – najvišja vrednost
SD – standardna deviacija

psihičnem in fizičnem stanju, kar pogosto vpliva na njihovo odločitev za zdravljenje odvisnosti. Toda med skupinami se niso pokazale statistično pomembne razlike.

Razpr. 2. Telesno zdravje anketirancev po skupinah zdravi in alkoholiki (prvi in klub) po spolu.

Table 2. Physical health of respondents by type of healthy and alcoholics (first and club) by sex.

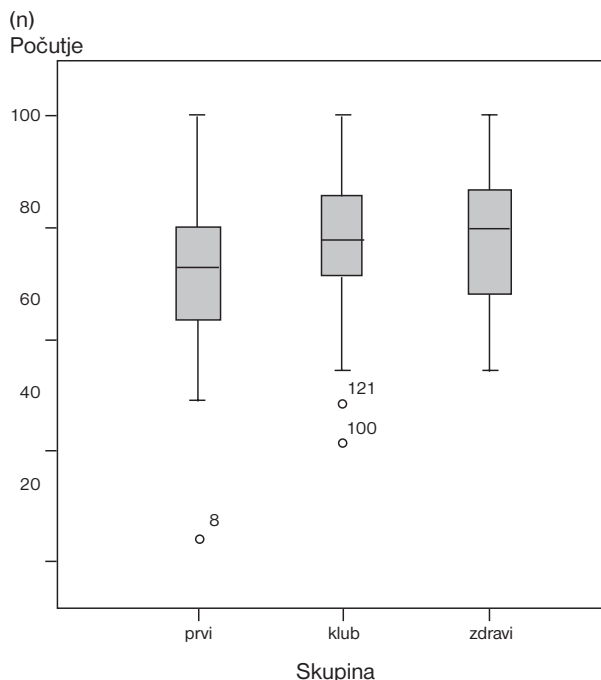
	Spol		N	d' rang	Vsota rangov
Telesno zdravje	ženski	zdravi	15	19,970	299,500
		alkoholiki	23	19,200	441,500
		skupaj	38		
	moški	zdravi	53	75,370	3994,500
		alkoholiki	91	70,830	6445,500
		skupaj	144		

Legenda: zdravi – neodvisni od alkohola
alkoholiki – odvisni od alkohola po zdravljenju in odvisni od alkohola pred zdravljenjem
N – število odgovorov

Tudi po spolu se med skupinama zdravi in alkoholiki, v kateri smo združili skupini prvi in klub, ni pokazala statistično pomembna razlika glede zadovoljstva s telesnim zdravjem (Razpr. 2).

Počutje

Anketiranci, ki so sodelovali v naši raziskavi, so subjektivno ocenjevali zadovoljstvo s svojim počutjem.



Sl. 1. Počutje anketirancev po skupinah (prvi, klub, zdravi).

Figure 1. The welfare of the respondents in groups (first, club, healthy).

Slika 1 prikazuje razpon odgovorov pri vseh raziskovanih skupinah (prvi, klub, zdravi) glede počutja, kjer višje vrednosti pomenijo večje zadovoljstvo s počutjem.

Razpr. 3. Ocena počutja anketirancev po skupinah (prvi in klub, prvi in zdravi, zdravi in klub).

Table 3. Assessment of welfare of the respondents in groups (first and club, first and healthy, healthy and club).

Počutje	sig. (dvostranska)	razlika v d'	standardna napaka razlike	t-test	
				95% interval zaupanja	zgornji spodnji
Prvi in klub	0,049	-5,031	2,528	-10,039	-0,024
Prvi in zdravi	0,014	-6,131	2,447	-10,973	-1,288
Zdravi in klub	0,634	-1,09949	2,30626	-5,66458	3,46560

$p = 0,049$ ($p < 0,05$), $p = 0,014$ ($p < 0,05$),

Legenda: sig. – signifikantnost (statistična pomembnost)
d' – povprečje odgovorov

Pri spremenljivki počutje je prisotna statistično pomembna razlika med vsemi tremi skupinami (prvi, klub, zdravi). Analiza prikazuje, da je le-ta prisotna med pari prvi in klub ter prvi in zdravi. Anketiranci iz skupine zdravi so najbolj zadovoljni s svojim počutjem, najmanj anketiranci iz skupine prvi (Razpr. 3).

Delo

S pomočjo vprašalnika smo pridobili samoocenitev zadovoljstva anketirancev z delom, ki ga opravljajo (Razpr. 4).

Razpr. 4. Zadovoljstvo anketirancev z delom po skupinah (prvi, klub, zdravi).

Table 4. Satisfaction of respondents work in groups (first, club, healthy).

		Vrednosti	Standardna napaka
Prvi	d'	82,468	2,170
	mediana	84,615	
	varianca	202,664	
	SD	14,236	
	min	20,000	
	max	100,000	
Klub	d'	84,162	1,826
	mediana	86,153	
	varianca	170,158	
	SD	13,044	
	min	29,230	
	max	100,000	
Zdravi	d'	84,586	1,320
	mediana	86,153	
	varianca	92,352	
	SD	9,610	
	min	66,150	
	max	100,000	

Legenda: prvi – odvisni od alkohola pred zdravljenjem
klub – odvisni od alkohola po zdravljenju
zdravi – neodvisni od alkohola
d' – povprečna vrednost
min – najnižja vrednost
max – najvišja vrednost
SD – standardna deviacija

Na lestvici od 1 do 100, kjer višje vrednosti pomenijo večje zadovoljstvo, se povprečne ocenitve anketirancev glede zadovoljstva z delom gibljejo med 82,4 in 84,5. Najvišje vrednosti prikazujejo anketiranci iz skupine zdravi, najnižje anketiranci iz skupine prvi. Z neparametričnimi testi (Kruskal Wallis Test in Main Whitney Test) smo preverjali statistično pomembnost rezultatov, vendar se statistično pomembna razlika v tej kategoriji ni pokazala.

Aktivnosti v prostem času

Sposobnosti posameznika izrabiti svoj prosti čas vplivajo na občutek zadovoljstva z življenjem in na raven kakovosti življenja.

Razpr. 5. Zadovoljstvo z aktivnostmi v prostem času po skupinah (prvi, klub, zdravi).

Table 5. Satisfaction with leisure activities in groups (first, club, healthy).

		Vrednosti	Standardna napaka
Prvi	d'	68,978	2,156
	mediana	66,666	
	varianca	288,375	
	SD	16,981	
	min	20,000	
	max	100,000	
Klub	d'	74,699	1,956
	mediana	76,666	
	varianca	233,473	
	SD	15,279	
	min	40,000	
	max	100,000	
Zdravi	d'	77,846	1,570
	mediana	76,666	
	varianca	160,219	
	SD	12,657	
	min	43,330	
	max	100,000	

Legenda: prvi – odvisni od alkohola pred zdravljenjem
 klub – odvisni od alkohola po zdravljenju
 zdravi – neodvisni od alkohola
 d' – povprečna vrednost
 min – najnižja vrednost
 max – najvišja vrednost
 SD – standardna deviacija

Samoocena anketirancev glede zadovoljstva z aktivnostmi v prostem času se giblje med 68,9 in 77,8, na lestvici od 1 do 100, kjer višje vrednosti pomenijo večje zadovoljstvo. Najvišje vrednosti, ki kažejo večje zadovoljstvo, prikazujejo anketiranci iz skupine zdravi, najnižje anketiranci iz skupine prvi (Razpr. 5).

Razpr. 6. Statistični prikaz zadovoljstva z aktivnostmi v prostem času po skupinah (prvi, klub, zdravi).

Table 6. Statistics show satisfaction with leisure activities in groups (first, club, healthy).

		d' razlika	Standardna napaka	Sig.	95 % interval zaupanja	
Bonferroni	prvi	klub	-5,720	2,712	0,109	-12,274 0,832
		zdravi	-8,867	2,670	0,003	-15,318 -2,416
		klub	5,720	2,712	0,109	-0,832 12,274
	zdravi	prvi	-3,146	2,681	0,726	-9,624 3,331
		klub	8,867	2,670	0,003	2,416 15,318
	klub	prvi	3,146	2,681	0,726	-3,331 9,624

Legenda: prvi – odvisni od alkohola pred zdravljenjem
 klub – odvisni od alkohola po zdravljenju
 zdravi – neodvisni od alkohola
 sig. – signifikantnost (statistična pomembnost)

Analiza kaže, da so statistično pomembne razlike glede zadovoljstva z aktivnostmi v prostem času vidne med vsemi tremi skupinami, izrazitejše razlike se kažejo med skupinama prvi in zdravi ($p = 0,003$; $p < 0,01$) (Razpr. 6).

Razpr. 7. Zadovoljstvo z aktivnostmi v prostem času med skupinama zdravi in alkoholiki (prvi in klub).

Table 7. Satisfaction with leisure activities among groups of healthy and alcoholics (first and club).

	Sig. (dvo-stranska)	Razlika v d'	Standardna napaka razlike	t-test 95% interval zaupanja	
				zgornji	spodnji
Aktivnosti	0,006	6,030	2,153	1,777	10,283

$p = 0,006$ ($p < 0,01$)

Legenda: d' – povprečna vrednost

Sig. – signifikantnost (statistična pomembnost)

Med skupinama zdravi in alkoholiki, v katero smo združili skupini prvi in klub, se je pokazala statistično pomembna razlika. Anketiranci iz skupine zdravi so bolj zadovoljni z izvajanjem aktivnosti v prostem času kot anketiranci, ki so odvisni od alkohola (Razpr. 7).

Socialni odnosi

V raziskavi smo ugotavljali subjektivno ocenitev zadovoljstva s socialnimi odnosi v ožjem in širšem socialnem okolju sodelujočih (Razpr. 8).

Razpr. 8. Zadovoljstvo s socialnimi odnosi po skupinah (prvi, klub, zdravi).

Table 8. Satisfaction with social relationships among the groups (first, club, healthy).

		Socialni odnosi	
		Vrednosti	Standardna napaka
Prvi	d'	75,151	2,917
	mediana	75,454	
	varianca	204,288	
	SD	14,292	
	min	38,180	
	max	100,000	
Klub	d'	74,772	3,601
	mediana	76,363	
	varianca	207,548	
	SD	14,406	
	min	47,270	
	max	94,550	
Zdravi	d'	68,251	2,521
	mediana	63,636	
	varianca	165,350	
	SD	12,858	
	min	45,450	
	max	98,180	

Legenda: Ista kot pri Razpr. 5.

Povprečne vrednosti ocenitev zadovoljstva s socialnimi odnosi se gibljejo med 68,2 in 75,1 na lestvici od 1 do 100, kjer višje vrednosti pomenijo večje zadovoljstvo. Najvišje vrednosti prikazujejo anketiranci iz skupine prvi, najnižje anketiranci iz skupine zdravi, kar je presenetljiv rezultat, saj je bilo pričakovati, da bodo večje zadovoljstvo s socialnimi odnosi prikazali anketiranci iz skupine zdravi in klub. Rezultat bi lahko interpretirali tudi kot pomanjkanje kritične distance v skupini nezdravljenih od alkohola odvisnih oseb.

Razprava

V raziskavi o zadovoljstvu z življenjem je sodelovalo 210 anketirancev z različnih področij Slovenije, t. j. Maribora in okolice, Vojnika z okolico, Begunj z okolico ter Idrije z okolico. Preverjali smo hipotezo o povezanosti zadovoljstva z življenjem in odvisnosti od alkohola. Naše predvidevanje, da osebe, ki niso odvisne od alkohola (zdravi), izražajo večje zadovoljstvo z življenjem kot odvisni od alkohola (prvi, klub), ni bilo v celoti potrjeno. Izkazalo se je, da se statistično pomembna razlika kaže le pri nekaterih parametrih kakovosti življenja, in sicer pri zadovoljstvu z lastnim počutjem in aktivnostmi v prostem času, medtem ko se pri dejavnostih telesnega zdravja, dela in socialnih odnosov ni pokazala. Odvisni od alkohola so po zdravljenju bolj zadovoljni s svojim življenjem kot odvisni od alkohola pred vstopom v program zdravljenja.

Številne raziskave o kakovosti življenja pri odvisnih od alkohola, ki so bile izvedene predvsem v zadnjem desetletju, kažejo, da je kakovost življenja pri omenjenih osebah znatno nižja od kakovosti življenja preostale populacije (Popović et al., 1997; Foster et al., 2000; Kraemer et al., 2002). Študije, ki so obravnavale sočasnost psihiatričnih obolenj, so dokazale, da je bil soobstoj duševnih motenj povezan s slabšo kakovostjo življenja pri ljudeh, odvisnih od alkohola (Johnson et al., 1995; Drake et al., 1997; Daeppen et al., 1998; Rudolf, Priebe, 2002). Tudi raziskave, ki niso obravnavale sočasnosti obolenj, so pokazale, da je odvisnost od alkohola povezana z nižjo kakovostjo življenja (Welsh, Buchsbaum, Kaplan, 1993).

Obstajajo tudi raziskave, ki niso potrdile znatno nižje kakovosti življenja pri odvisnih od alkohola (Gledhill et al., 1999 cit. po Connor, Saunders, Feeney, 2006) in povezave med dolžino abstinence in zadovoljstvom z življenjem (Amodeo, Kurtz, Cutter, 1992 cit. po Connor, Saunders, Feeney, 2006). Tudi naša raziskava je pokazala manjše zadovoljstvo z življenjem zgolj v nekaterih parametrih.

Sklep

Z ugotavljanjem zadovoljstva z življenjem lahko predvidimo kakovost posameznikovega življenja. Uspe-

šno reševanje problematike odvisnosti od alkohola od delavcev v zdravstveni negi v prvi vrsti zahteva poznavanje omenjenega področja, dobro strokovno usposobljenost in uspešno sodelovanje različnih služb na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Le tako lahko pripomoremo k odločitvi posameznika za zdravljenje. Poudarjanje posameznikovega doživljanja in njegovega vsakdanjega funkcioniranja pred in po zdravljenju odvisnosti od alkohola največkrat vodi v uspešnejše zdravljenje in rehabilitacijo odvisnosti od alkohola, le-to prispeva k dvigu posameznikovega zadovoljstva z življenjem in s tem tudi k izboljšanju kakovosti življenja po zdravljenju odvisnosti.

Literatura

1. Batistič Zorec M. Teorije v razvojni psihologiji. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta; 2000: 11–35.
2. Bohak J. Psihodinamika zasvojenosti. In: Rogl I, ed. Odvisnost – družbeni problem včeraj, danes, jutri: Zbornik razprav. Maribor: Obzorja; 1995: 192–213.
3. Connor JP, Saunders JB, Feeney GFX. Quality of life in substance use disorders. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, eds. Quality of life in mental disorders. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2006: 199–208.
4. Čuček Trifković K. Zadovoljstvo z življenjem in odvisnost od alkohola [magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta; 2008:11–3, 134.
5. Daeppen JB, Krieg MA, Burnand B, Yersin B. MOS-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients. Am J Drug Alcohol Abuse. 1998;24(4):685–94.
6. Drake RE, Yovetich NA, Bebout RR, Harris M, McHugo GJ. Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. J Nerv Ment Dis. 1997;185(5):298–305.
7. Endicott J. Quality of life enjoyment & satisfaction questionnaire (Q-LES-Q). In: Rush SJ, Pinus AH, First MB, Blacker D, Endicott J, Keith SJ, et al., eds. Quality of life measures. Washington: American Psychiatric Association; 2000: 143–4.
8. Ficko Zalokar A. Odvisnost od alkohola in PAS. In: Kores Plesničar B, ed. Funkcionalno izobraževanje iz psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije. Maribor: Splošna bolnišnica: Oddelek za psihiatrijo; 2003: 78–84.
9. Foster JH, Marshal EJ, Hooper RL, Peters TJ. Measurement of quality of life in alcohol-dependent subjects by cancer symptoms checklist. Alcohol. 2000;20(2):105–10.
10. Frangež Žigon V. Mentalno zdravje. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola; 1997: 68.
11. Gačić B. Alkoholizam – bolest pojedinaca i društva. Beograd: Filip Višnjić; 1988.
12. Glasser W. Kontrolna teorija ali kako vzpostaviti učinkovito kontrolo nad svojim življenjem. Ljubljana: Taxus; 1994: 124–36.
13. Grant MM, Dean GE. Evolution of quality of life in oncology and oncology nursing. In: King CR, Hinds PS, ed. Quality of life from nursing and patient perspectives: theory, research, practice. 2nd ed. Sudbury, Massachusetts: Jones and Barlett Publishers; 2003: 3–27.
14. Hays R. An integrated value-expectancy theory of alcohol and other drugs use. Br J Addiction. 1985;80(4):379–84.
15. Hudolin V. Alkoholizam: Stil života alkoholičara. Zagreb: Školska knjiga; 1987.
16. Johnson JG, Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, Brody D, et al. Psychiatric comorbidity, health status, and functional impairment associated with alcohol abuse and dependence in primary care patients: findings of the PRIME MD-1000 study. J Consult Clin Psychol. 1995;63(1):133–40.
17. Kostka C. Lebens-Qualität: Bausteine und Methoden. München, Wien: Carl Hanser Verlag; 2004: 23–4.

18. Kraemer KL, Maisto SA, Conigliaro J, McNeil M, Gordon AJ, Kelley ME. Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers in associated with improved quality of life and fewer alcohol-related consequences. *J Gen Int Med.* 2002;17(5):382–6.
19. Lindenmeyer J. Alkoholabhängigkeit: Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen, (etc.): Hogrefe, Verl. für Psychologie, 1999: 7–21.
20. Milavec M. Kolo dobrega počutja. Ljubljana: Društvo študentov psihologije; 2008. Dostopno na: <http://www.dsps.si/kakosi/prispevki.php?prikaz=2> (27. 1. 2009).
21. Milčinski L. Bolezni odvisnosti I. In: Bras S, Cvetko B, Kobal M, Kostnapfel J, Milčinski L, et al, ed. Psihijatrija. Ljubljana: Državna založba Slovenije; 1986: 408–18.
22. Petry Y. Alkoholismus: Kulturhistorische, Psychosoziale und Psychotherapeutische Aspekte. Geestnacht: Neuland; 1998: 414–24.
23. Popović V, Popović I, Lilić V, Tosić S, Zlatanović L, Vukić D. Some aspects of quality of life of alcoholics. *Qual Life Res.* 1997;6(3):700.
24. Rudolf H, Priebe S. Subjective quality of life and depressive symptoms in women with alcoholism during detoxification treatment. *Drug Alcohol Depend.* 2002;66(1):71–6.
25. Selzer ML. Alkoholabhängigkeit. In: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ, Peters UH, ed. Psychiatrie in Praxis und Klinik. Band 6. Stuttgart, New York: Thieme; 1991: 107–32.
26. Sauter D, Abderhalden C, Needham I, Wolff S. Lehrbuch Psychiatrische Pflege. 2nd ed. Bern: Verlag Hans Huber; 2006: 1001–4.
27. Spilker B. Introduction. In: Spilker B, ed. Quality of life assessments in clinical trials. New York: Raven Press; 1990: 3–9.
28. Tuchfeld BS, Marcus SH. The resolution of alcohol-related problems: in search of a model. *J Drug Issues.* 1984;46(1):151–9.
29. Welsh JA, Buchsbaum DG, Kaplan CB. Quality of life of alcoholics and non-alcoholics: does excessive drinking make a difference in the urban setting? *Qual Life Res.* 1993;2(5):335–40.
30. WHO – World Health Organization, Division of Mental Health. WHO-QOL Study protocol: the development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (MNG/PSF/93.9). *Qual Life Res.* 1993;2(2):153–9.
31. Žorga S. Poimovanje razvoja. *Soc Ped.* 1999;3(3):207–14.

Viri

1. <http://www.pb-begunje.si/Osnova/file.php?id=373&db=priponke> (20. 1. 2009)
2. <http://prihodnost.blogspot.com/2005/09/kakovost-ivljenja.html> (14. 5. 2007).