

Raport z realizacji projektu

„Badania dotyczące jakości programów terapeutycznych i systemu leczenia dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w placówkach ambulatoryjnych i stacjonarnych w województwie lubuskim”

prof. DSW dr hab. Dorota Rybczyńska-Abdel Kawy

mgr Adam Polański

Monitoring zjawiska narkomanii w województwie lubuskim, mający umocowanie w adekwatnej statystyce poszczególnych instytucji zajmujących się leczeniem osób uzależnionych od narkotyków, ścigających przestępstwa z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, jak również raport z 2010 roku, pozwala na sformułowanie wniosku, iż sporo wiemy na temat specyfiki tego zjawiska. Istniejące dane przybliżają mniej więcej skalę narkomanii wraz z najbardziej popularnymi środkami psychoaktywnymi i cechami systemu leczenia osób uzależnionych. Dają wgląd w dominujące wzorce stosowania substancji i cechy osobowe użytkowników.

Jednak niewielka jest nasza wiedza w zakresie cech pozaosobowych pacjentów korzystających z wojewódzkiego systemu leczenia osób uzależnionych, a zupełnie żadna – na temat czynników osobowościowych, radzenia sobie w sytuacjach stresowych, kompetencji społecznych, samooceny, poglądów dotyczących zdrowia, czy też poczucia własnej skuteczności.

Założenia badawcze

Poznanie czynników wymienionych wyżej wydaje się istotne, ponieważ konstruuje one profil osobowościowy osób uzależnionych. Stanowią tym samym możliwość przyjrzenia się adekwatnemu systemowi leczenia w kontekście podmiotowym, tj. uwzględniającym potrzeby i możliwości pacjentów wynikające z przypisanych im cech osobowościowych.

Wychodząc z tego założenia godne poznania wydaje się poznanie cech populacji osób leczących się w związku z uzależnieniem od narkotyków w celu wykorzystanie nowej wiedzy do opracowania strategii rozwiązywania problemu narkotykowego w województwie lubuskim na kolejne lata. Istotna jest również popularyzacja adekwatnej wiedzy wśród podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia i terapii osób uzależnionych od narkotyków.

W badaniach założono występowanie istotnych różnic statystycznych między pacjentami ośrodków stacjonarnych a pacjentami poradni ambulatoryjnych w obrębie: kompetencji społecznych i radzenia sobie w sytuacjach stresowych oraz własnej skuteczności. Natomiast brak różnicowań w odniesieniu do: samooceny, stanu i cech lęku, kryteriów zdrowia oraz orientacji życiowej.

Badaniami postanowiono objąć osoby, korzystające ze świadczeń w placówkach terapii i leczenia osób uzależnionych od narkotyków w województwie lubuskim, w trybie stacjonarnym (ośrodki całodobowe), jak i niestacjonarnym (poradnie ambulatoryjne). Tym samym terenem badań zaplanowano uczynić placówki w pięciu miejscowościach:

- Cibórz (poradnia, ośrodek)
- Nowy Dworek (poradnia, ośrodek)
- Strychy (ośrodek)
- Zielona Góra (poradnie: LOPiT, WOTUW)
- Żary (poradnia).

Zgodnie z projektem badawczym zaplanowano udział w tym przedsięwzięciu 250 osób, w tym 175 pacjentów leczenia ambulatoryjnego (stanowiących 70% ogółu pacjentów) oraz 75 osób korzystających ze świadczeń w ośrodkach stacjonarnych (30% ogółu). Projekt zakładał objęcie badaniem:

- 175 osób z 5 poradni ambulatoryjnych
- 75 osób z 3 ośrodków w ramach leczenia stacjonarnego.

Metoda badań

W celu określenia charakterystycznych cech profilu osobowości pacjentów postanowiono wykorzystać wystandaryzowane narzędzia badawcze, tj. testy psychologiczne. Z szerokiej ferty testów za najbardziej przydatne uznano:

- Kwestionariusz Kompetencji Społecznych – KKS
- Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych - CISS
- Kwestionariusz Samooceny – SES
- Inwentarz Stanu i Cechy Lęku – STAI
- NPPPZ: - Lista Kryteriów Zdrowia – LKZ , - Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES, - Test Orientacji Życiowej – LOT-R.

1.KKS jest testem służącym do oceny kompetencji społecznych, czyli nabytych umiejętności, warunkujących efektywność funkcjonowanie człowieka w różnych sytuacjach społecznych. Narzędzie to umożliwia pomiar ogólnych kompetencji ludzkich – we wskazanym zakresie - a dodatkowo kwestionariusz pozwala na ustalenie trzech wskaźników szczegółowych w celu określenia poziomu kompetencji ujawnianych w sytuacjach:

- ekspozycji społecznej,
- wymagających asertywności
- bliskiego kontaktu interpersonalnego.

Populacja osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych narażona jest w sposób szczególny na niski poziom kompetencji społecznych. Bowiem osoby uzależnione w konsekwencji kontaktów z narkotykami, w przeciwieństwie do rówieśników

nie uzależnionych, w momencie rozwoju procesu choroby, przestają „trenować” umiejętności społeczne związane z codziennymi sytuacjami społecznymi. W miarę trwania uzależnienia zakres kontaktów społecznych i sprzężone z nim sytuacje ograniczone są do kręgu związanego z uzależnieniem. Stąd poziom kompetencji społecznych jest znacznie niższy, aniżeli wśród równolatków rozwijających znacznie szerszą się kontaktów i sytuacji społecznych.

Zgodnie z założeniami badawczymi pacjenci placówek ambulatoryjnych mają więcej okazji do nabywania kompetencji społecznych, aniżeli pacjenci leczący się w ośrodkach stacjonarnych.

2. CISS składa się z 48 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań, jakie ludzie mogą podejmować w sytuacjach stresowych. Badany określa na 5-stopniowej skali częstotliwość, z jaką podejmuje dane działanie w sytuacjach trudnych, stresowych. Wyniki ujmowane są na trzech skalach:

- SSZ - styl skoncentrowany na zadaniu;
- SSE - styl skoncentrowany na emocjach;
- SSU - styl skoncentrowany na unikaniu.

Ten ostatni styl może przyjmować dwie formy:

- ACZ - angażowanie się w czynności zastępcze i
- PKT - poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

Zgodnie z koncepcją badawczą zakłada się, iż pacjenci programów stacjonarnych osiągają wyższe wyniki CISS, aniżeli pacjenci programów ambulatoryjnych.

3. SES - jest narzędziem jednowymiarowym pozwalającym na ocenę poziomu ogólnej samooceny - względnie stałej dyspozycji rozumianej jako świadoma postawa (pozytywna lub negatywna) wobec Ja. Test daje możliwość pomiaru ogólnego poziomu samooceny, ujawniany w samoopisie, który jest traktowany jako stosunkowo stała cecha, a nie chwilowy stan.

4. STAI - jest skalą przeznaczoną do badania lęku rozumianego jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki oraz lęku rozumianego jako względnie stała cecha osobowości. Odpowiednio narzędzie składa się z dwóch podskal, z których jedna służy do pomiaru lęku-stanu, a druga lęku-cechy.

Ponadto w badaniach zastosowano trzy narzędzia pomiarowe, wchodzące w skład NPPZ - Narzędzi Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia, a mianowicie: LKZ (Lista Kryteriów Zdrowia), GSES (Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności) i LOT-R (Test Orientacji Życiowej).

5. LKZ – to narzędzie przeznaczone do badania osób zdrowych i chorych. Lista składa się z 24 stwierdzeń opisujących trzy wymiary zdrowia: fizyczne, psychiczne i społeczne.

6. GSES mierzy siłę ogólnego przekonania jednostki o skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami. Skala przeznaczona jest do badania osób zdrowych i chorych. Poczucie własnej skuteczności różnicuje ludzi pod względem funkcjonowania poznawczego i motywacyjnego. Wiara we własną skuteczność determinuje w dużej mierze to, jak ludzie myślą, czują, jaką mają motywację i jak zachowują się w pracy.

7. LOT-R jest testem do badania orientacji życiowej. Kwestionariusz składa się z 10 stwierdzeń; sześć z nich ma diagnostyczną wartość dla dyspozycyjnego optymizmu. Test przeznaczony jest do badania zdrowych i chorych osób.

Poczucie własnej skuteczności oznacza oczekiwania człowieka dotyczące możliwości wykonania zadania i/lub rozwiązania problemu w różnorodnych okolicznościach życiowych. Tego rodzaju przeświadczenie oznacza więc, że jednostka czuje się zdolna do tego, aby „stawić czoło” wydarzeniom, jakie kreuje przed nią otaczająca rzeczywistość. Przekonania tego rodzaju kształtują się na bazie doświadczeń człowieka i w rezultacie tworzą bilans osobistych sukcesów, porażek i przeżywanych sytuacji trudnych. Efektem tego bilansu jest samoskuteczność, która może być doświadczana na dwóch poziomach:

- konkretnym – dokonywanie estymacji własnych możliwości w określonych zadaniach i sytuacjach; na tym poziomie osoba kompetentna w jednej dziedzinie może nie posiadać odpowiednich umiejętności zaradczych w innym obszarze funkcjonowania
- globalnym – przeświadczenie o możliwości prowadzenia skutecznego działania w nowych, niejednoznacznych, nieprzewidywalnych, a nawet stresujących okolicznościach.

Zgodnie z przewidywaniem łączny czas wypełniania wszystkich narzędzi badawczych nie powinien przekroczyć 60 minut.

Przypomnijmy, że zgodnie z założeniami badawczymi, hipotetycznie występują istotne różnice statystyczne między pacjentami ośrodków stacjonarnych a pacjentami poradni ambulatoryjnych w obrębie: kompetencji społecznych (KKS) i radzenia sobie w sytuacjach

stresowych (CISS) oraz własnej skuteczności (GSES). Natomiast brak zróżnicowań w odniesieniu do: samooceny (SES), stanu i cech lęku (STAI), kryteriów zdrowia (LKZ) oraz orientacji życiowej (LOT-R).

Organizacja badań

Procedura badawcza zakładała wieloetapowość realizacji badań. Kolejną fazę, po konceptualizacji, stanowiło spotkanie z liderami wytypowanych do badań placówek leczniczych, zaplanowane na pierwszą połowę marca 2015. Podczas spotkania ustalono, iż przekazanie kompletu narzędzi badawczych nastąpi w drugiej połowie marca 2015. Zaplanowano, że badania właściwe zostaną zrealizowane w kwietniu 2015 roku. W kolejnych miesiącach nastąpią obliczenia statystyczne (czerwiec-sierpień) i - przedstawienie ustaleń badawczych w formie prezentacji multimedialnej (grudzień 2015 roku).

Już w trakcie pierwszego spotkania z liderami placówek okazało się, iż odwróceniu muszą ulec proporcje w doborze pacjentów ambulatoryjnych i stacjonarnych, ze względu na znaczny niedobór osób korzystających ze świadczeń w poradniach: w WOTUW w Zielonej Górze i w Ciborzu oraz w Kostrzynie. Z tego względu ustalono, iż 70% badanych będą stanowili pacjenci korzystający z oferty leczenia stacjonarnego, a 30% - ambulatoryjnego.

Prace badawcze przebiegały wg przyjętego harmonogramu przy znacznym zaangażowaniu kadry podmiotów leczniczych i pacjentów podlegających badaniu.

Większość badanych nie wyraziła jednak zgody na ujawnienie swoich danych personalnych. Stąd w dalszej analizie spośród cech osobowych poznaniu podlega wyłącznie płeć badanych.

Wyniki badań

Przypomnijmy, iż w koncepcji badań zweryfikowanej podczas spotkania z liderami placówek, założono udział w tym przedsięwzięciu 250 osób. W wyniku wstępnej weryfikacji zwrotów narzędzi badawczych uzyskano 241 kompletów testów, w tym 170 z ośrodków stacjonarnych i 71 z poradni ambulatoryjnych.

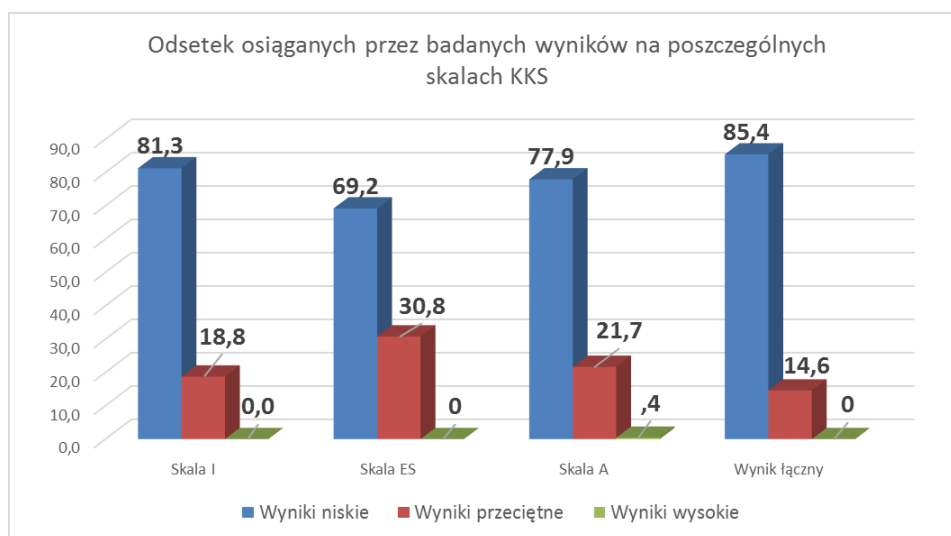
Ze względu na znaczne braki w zakresie kwestionariusza LKZ, narzędzie to postanowiono wyłączyć z dalszej analizy.

Dane z sześciu kompletnych narzędzi badawczych 33 podane zostały następnie analizie ilościowej i jakościowej.

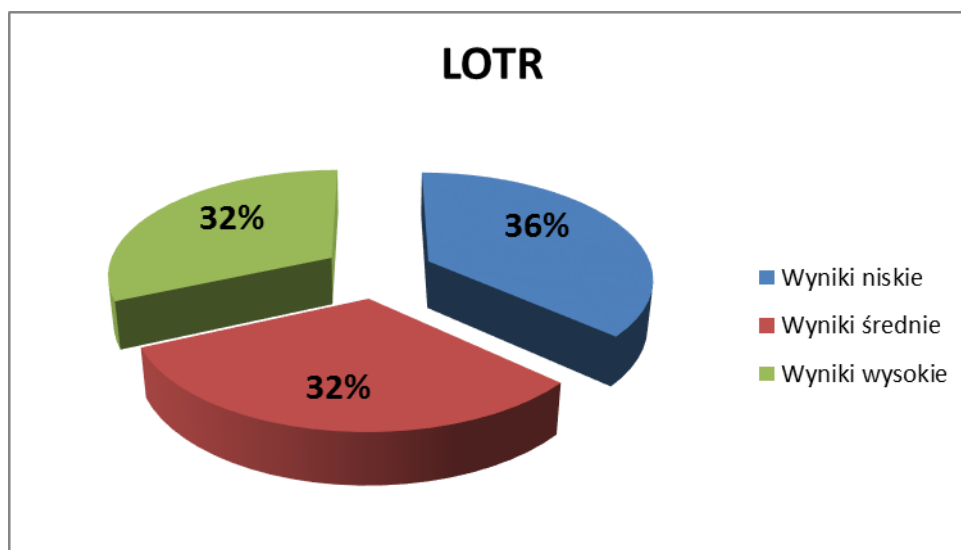
W celu weryfikacji założeń badawczych stworzono dwie grupy badanych pacjentów, których wyniki w zakresie interesujących skal i testów, zostały zaprezentowane poniżej w niniejszym Raporcie, jak i zwizualizowane w prezentacji multimedialnej, dołączonej do Raportu.

Przed przystąpieniem do szczegółowej analizy podobieństw i różnic w zakresie zmiennych podlegających poznaniu między badanymi grupami osób, zasadne wydaje się przyjrzenie się wynikom ogólnym w odniesieniu do badanej próby.

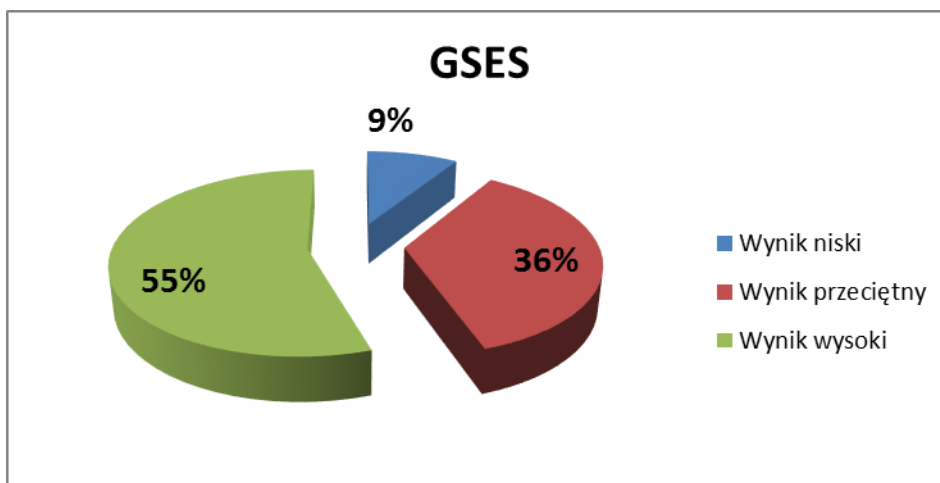
1. Zestawienie zbiorcze analizowanych cech



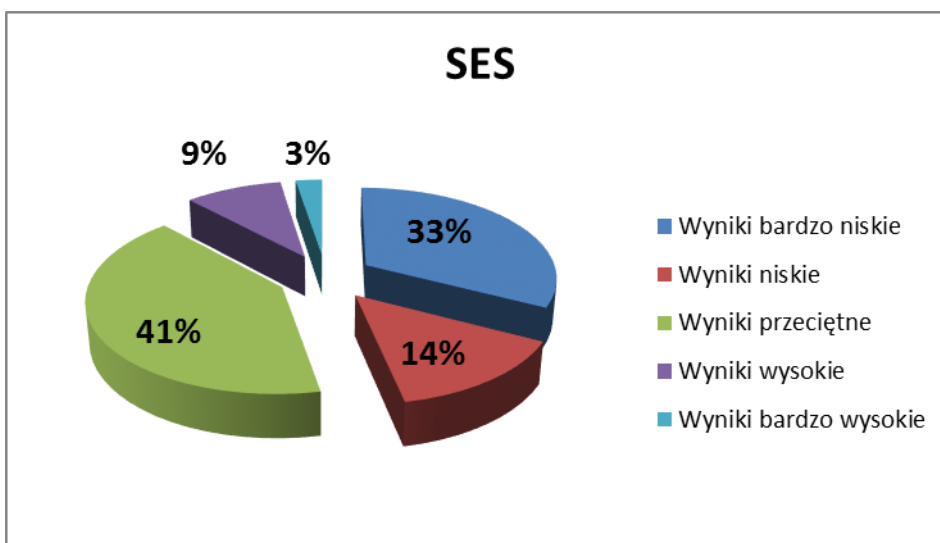
Już wstępna ocena kompetencji społecznych badanych pacjentów wskazuje na niepokojąco wysokie wskaźniki w odniesieniu wyników niskich (średnio 85,4%), co oznacza bardzo niski poziom umiejętności społecznych pacjentów.



Bardziej zróżnicowane są wyniki w zakresie orientacji życiowych, mierzonych za pomocą testu LOT-R. Dominacja wyników niskich mieści się w granicach błędu statystycznego, w porównaniu z wynikami średnimi i wysokimi.



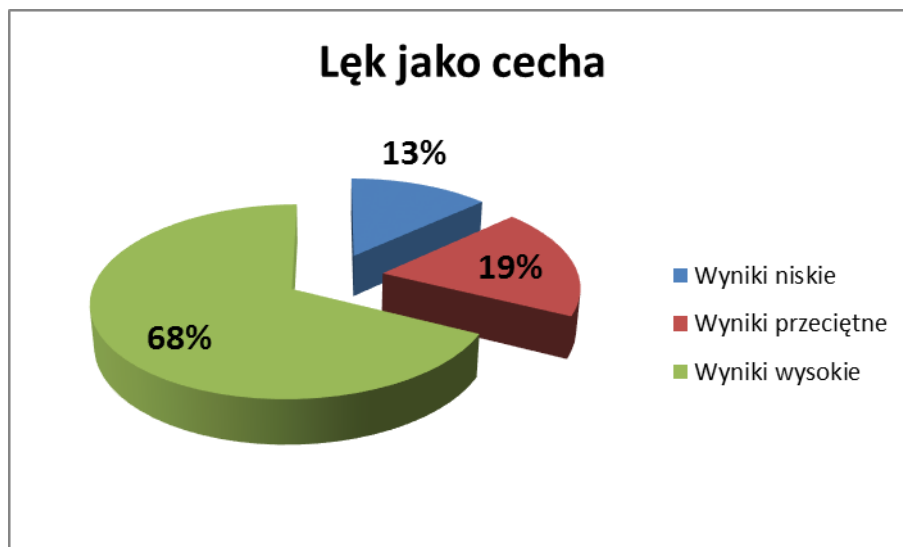
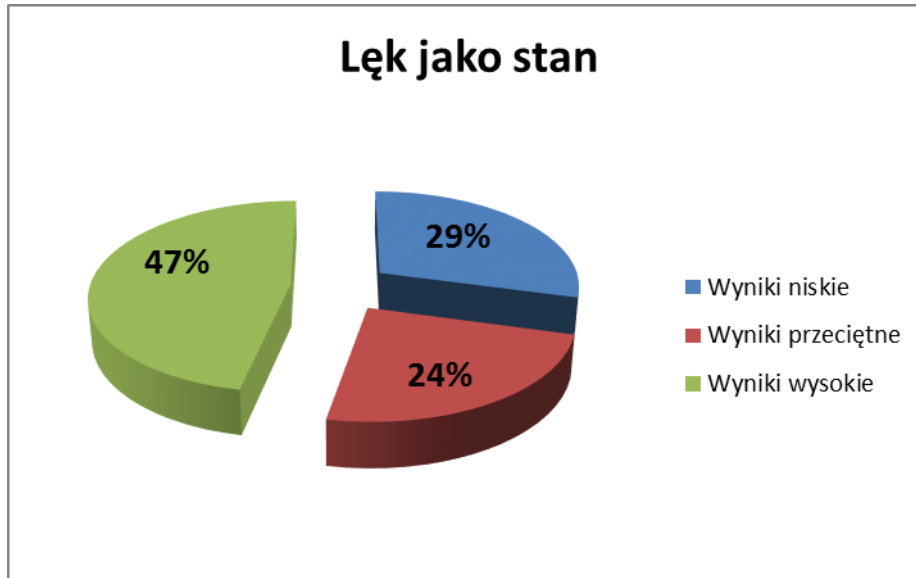
Bardzo zróżnicowane są natomiast wyniki w zakresie skuteczności własnej. Zaskakująco wysoki jest bowiem odsetek wyników wysokich (55%), przy bardzo niskim odsetku wyników niskich (9%).



Równie zróżnicowane są rezultaty uzyskane przez pacjentów w odniesieniu do samooceny. Co prawda najczęściej występującym jej poziomem jest wynik średni, ale warto jednocześnie zauważyć, iż w przypadku 33% samoocena jest bardzo niska, a u kolejnych 14% badanych – niska. Biegunowo odmienne wyniki, tj. bardzo wysokie i wysokie zauważalne są u zaledwie 12% badanych.

Zarysowane wyżej różnice w zakresie badanych cech profilu pacjentów skłaniają do kolejnych analiz. Jakże wyniki obserwowane są zatem w odniesieniu do lęku? Przyglądając

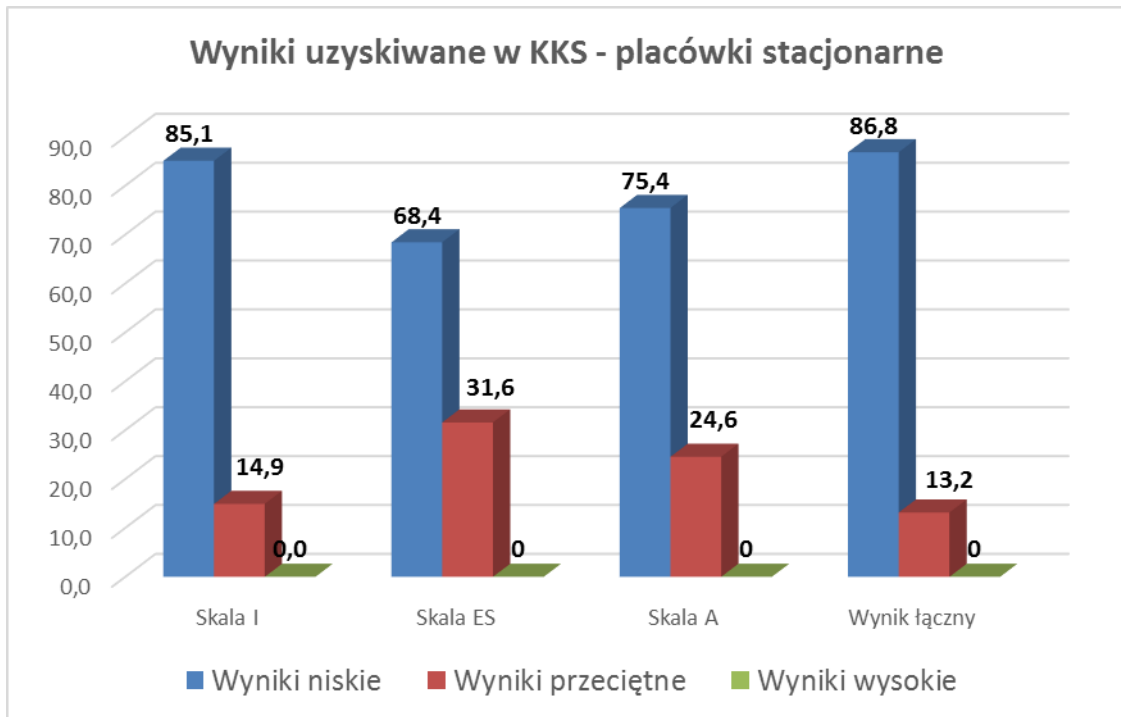
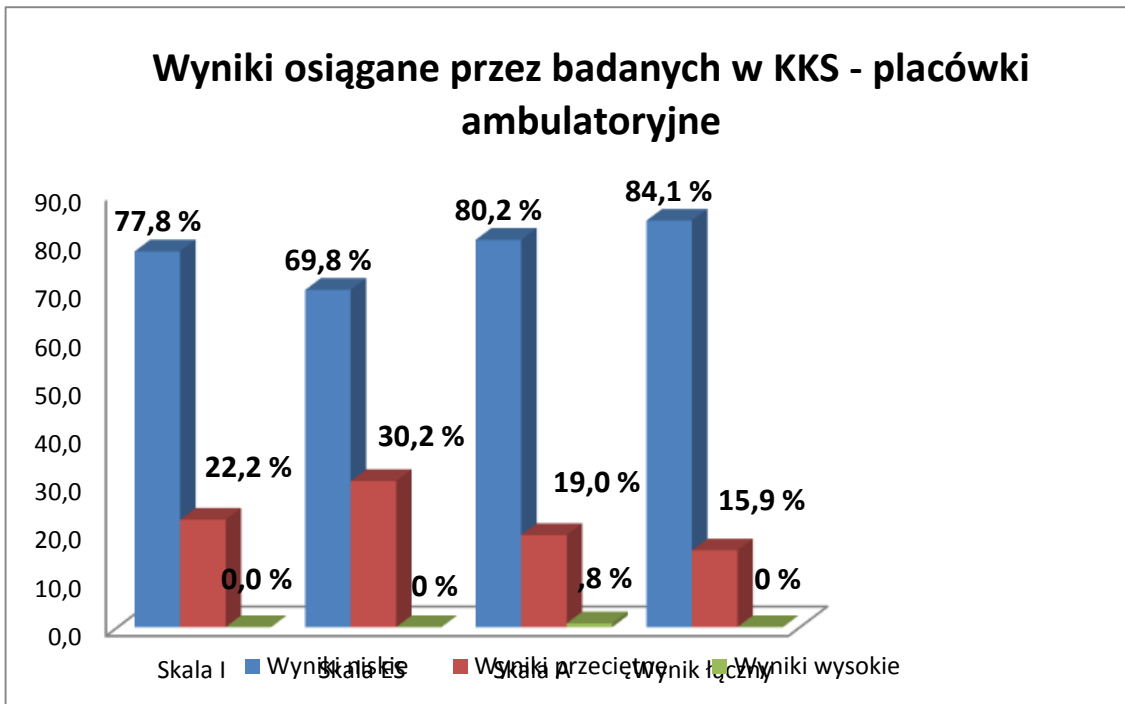
się poniżej zamieszczonym dwóm wykresom stwierdzić można dominujący wśród respondentów wysoki poziom lęku, nasilony bardziej w skali cechy (68%) immanentnej pacjentom, aniżeli stanu (47%), wynikającego z określonych sytuacji.



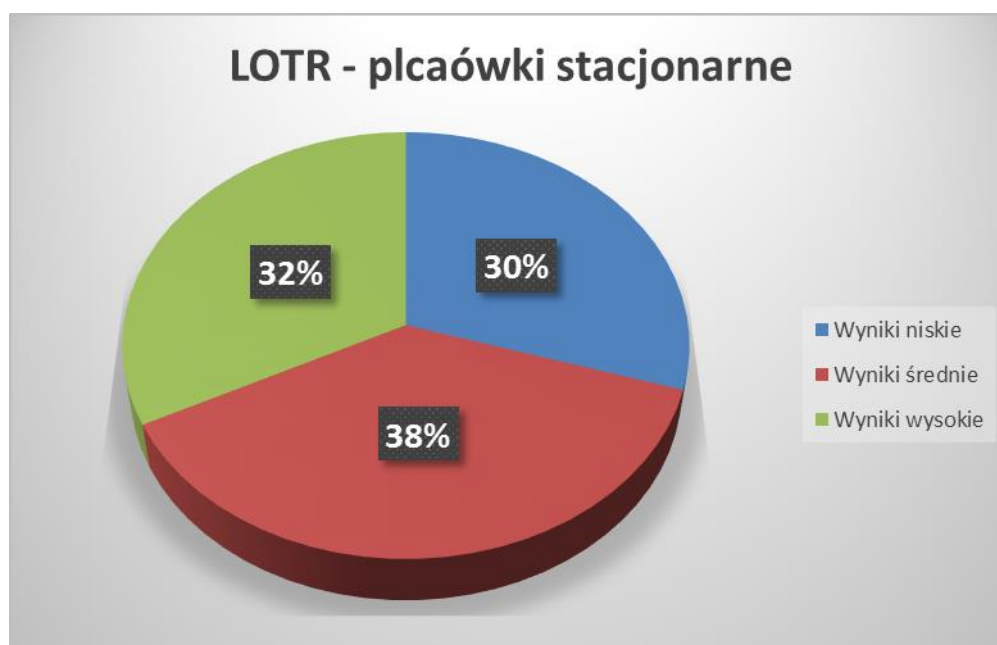
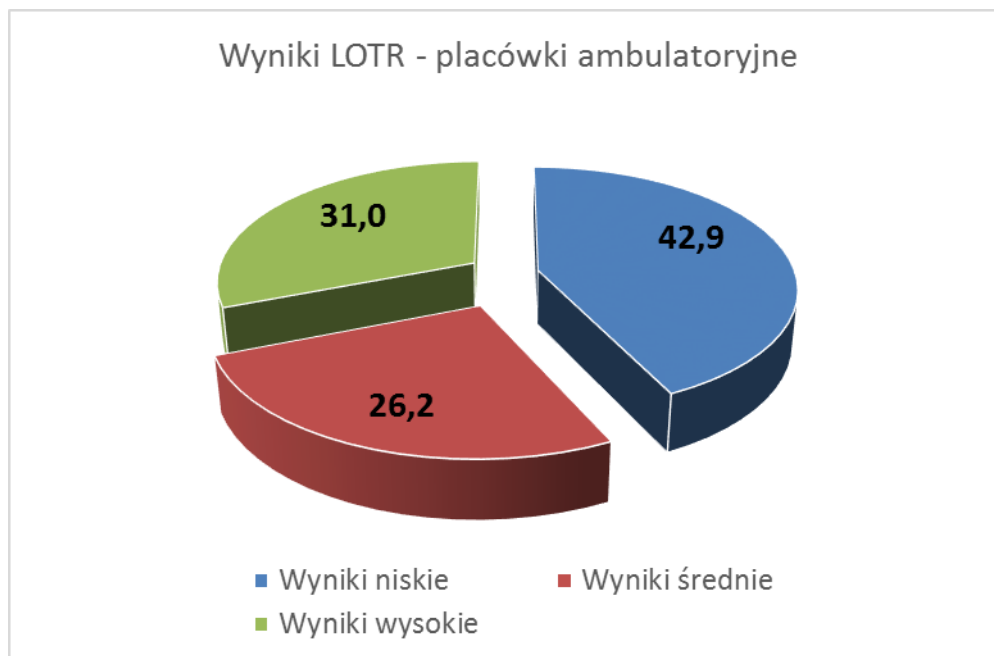
W przypadku wyników dotyczących radzenia sobie respondentów z sytuacjami stresującymi (kwestionariusz CISS) rozkład danych uniemożliwił wyodrębnienie dominującego stylu.

Reasumując, charakterystyczne dla ogółu badanych pacjentów jest: bardzo niski poziom kompetencji społecznych, zróżnicowane orientacje życiowe, wysoka ocena własnej skuteczności, średnia i niska samoocena oraz wysoki poziom lęku, zwłaszcza rozumianego jako cecha.

2. Porównanie analizowanych cech:

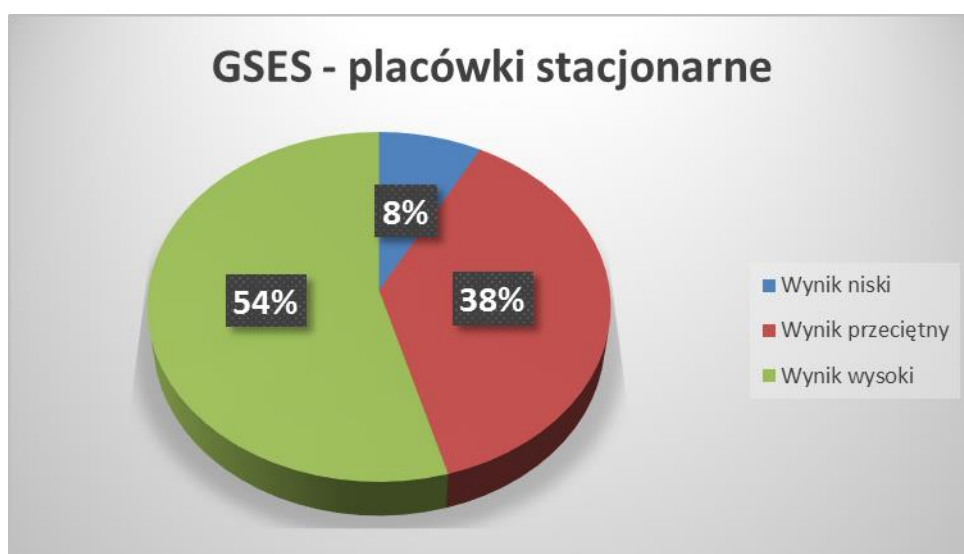


Jakkolwiek wskaźniki łączne są zbliżone u respondentów z obu typów placówek, to warto zwrócić uwagę, że wyniki niskie uzyskują wyższe wartości u respondentów z ośrodków (85,1%), niż u leczących się w poradniach (77,8%).



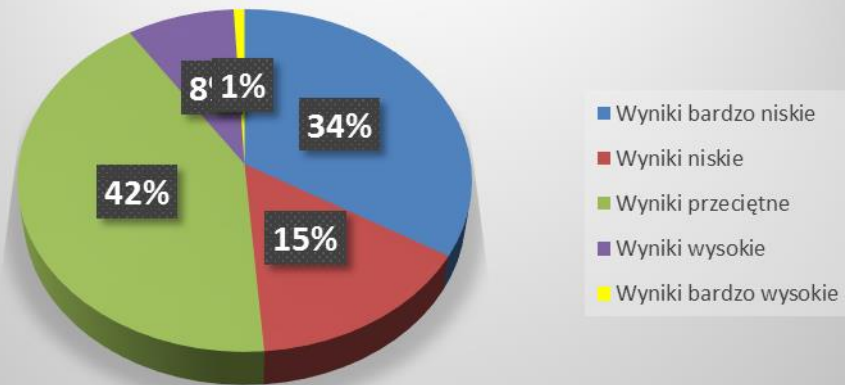
Większe rozbieżności między badanymi grupami obserwowane są w przypadku orientacji życiowych (LOT-R). Pacjenci stacjonarni częściej uzyskują wyniki średnie (blisko 40%), niż pacjenci ambulatoryjni (26,2%). Rzadziej z kolei właściwe

im są wyniki niskie (30%), charakterystyczne dla prawie 43% badanych z placówek ambulatoryjnych.

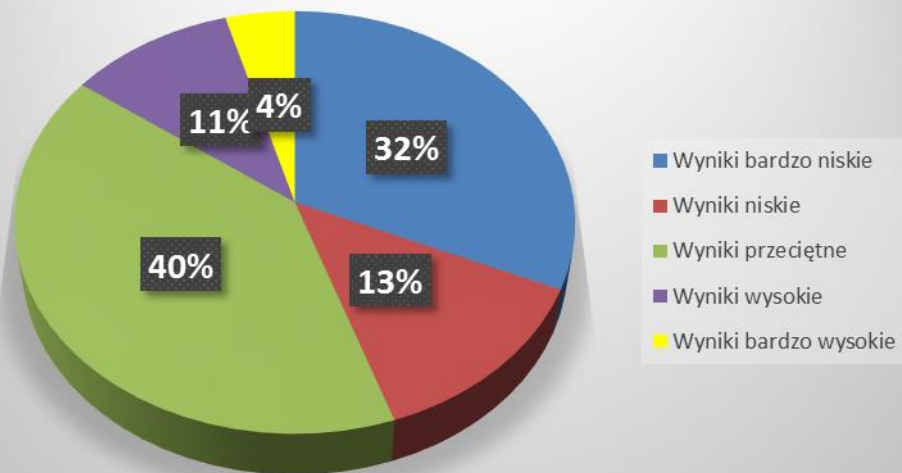


Bardzo zbliżone natomiast są rezultaty dotyczące badań za pomocą GSES. W obu grupach dominują wyniki wysokie, przy zbliżonych wartościach wyników przeciętnych i niskich.

Wyniki w SES - placówki ambulatoryjne

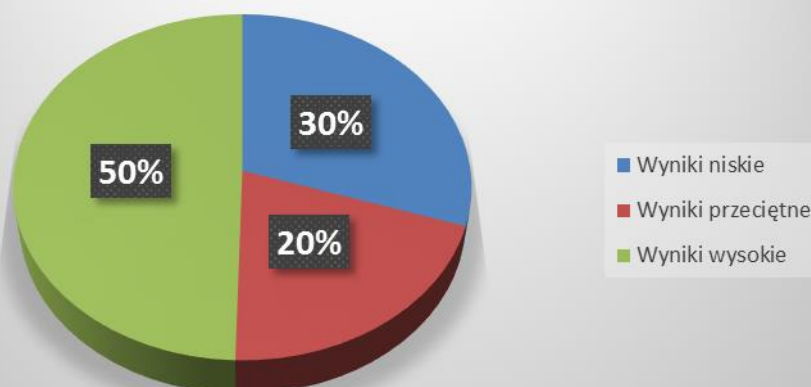


SES- placówki stacjonarne

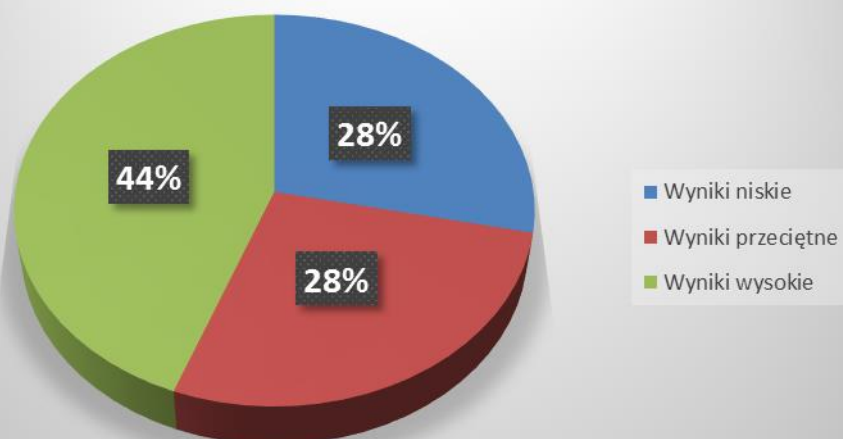


Podobnie mało zróżnicowany jest obraz samooceny w badanych grupach respondentów. W zasadzie zauważalne, choć nie istotne statystycznie, są wyniki wysokie i bardzo wysokie częściej występujące u osób leczących się w placówkach stacjonarnych, niż ambulatoryjnych.

Lęk jako stan - placówki ambulatoryjne

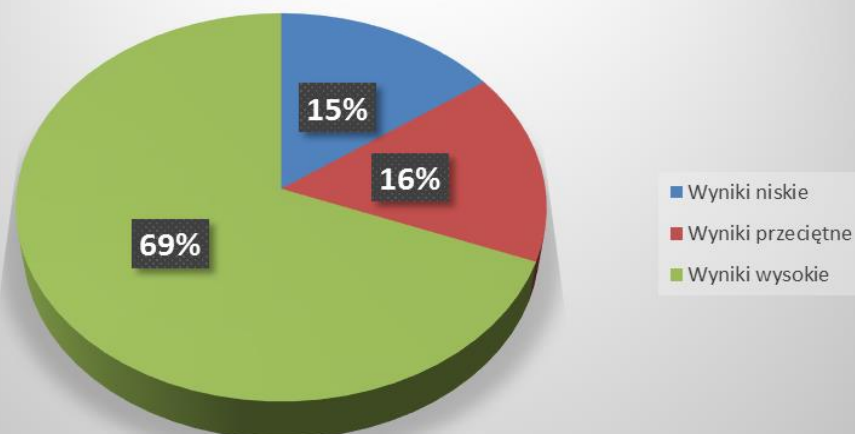


Lęk jako stan - placówki stacjonarne

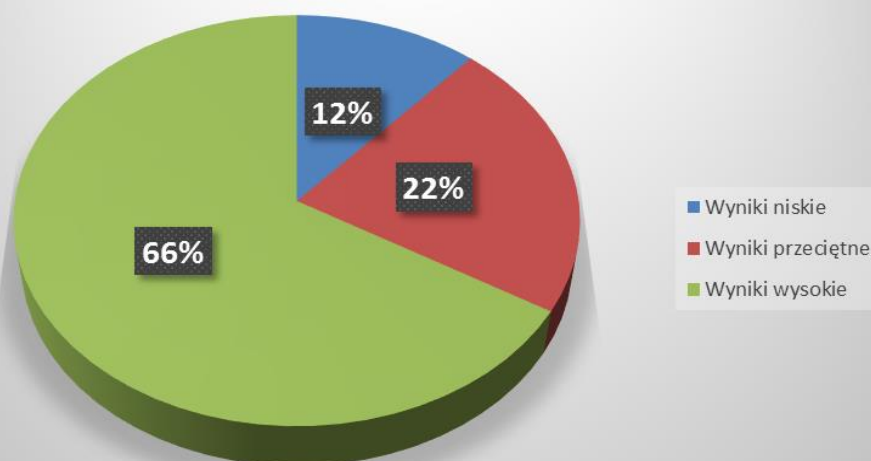


W przypadku kolejnej pary cech związanych z lękiem dostrzec można, iż pacjenci ambulatoryjni nieznacznie bardziej reagowali lękiem w sytuacji badania (50%), niż pacjenci stacjonarni (44%).

Lęk jako cecha - placówki ambulatoryjne



Lęk jako cecha - placówki stacjonarne



W przypadku drugiego aspektu poziomu lęku, rozważanego w kategoriach cechy, wyniki między grupami są podobne. Różnica dotyczy wyłącznie wyników przeciętnych nieznacznie częściej występujących w grupie osób leczących się w placówkach stacjonarnych (22%), niż korzystających z pomocy poradni (16%).

Reasumując, profil pacjentów obu modeli placówek jest bardzo zbliżony, a obserwowane różnice nie są istotne statystycznie. Wnioskować zatem należy, iż badane osoby wymagają podobnych oddziaływań, dotyczących zwłaszcza obszaru umiejętności społecznych, treningów w kierunku adaptacyjnych sposobów radzenia sobie ze stresem i lękiem. Z badań wynika ponadto, iż zbliżony profil pacjentów nie jest zależny od modelu leczenia. W związku z tym warunki terapii i metody oddziaływań w tym kontekście są czynnikami obojętnymi.