

Ocena jakości życia żołnierzy zawodowych z rozpoznaniem zespołem zależności alkoholowej*

Quality of life estimation of professional soldiers diagnosed as alcohol addicted syndrome

Krzysztof Polak

Z Klinicznego Oddziału Psychiatrii Szpitala Wojskowego w Krakowie
Kierownik: mjr dr n. med. J. Pele

Celem pracy było porównanie jakości życia żołnierzy zawodowych z rozpoznaniem, w warunkach szpitalnych, zespołem zależności alkoholowej z jakością życia żołnierzy z grupy kontrolnej. Dodatkowo analizie poddano niektóre zmienne socjodemograficzne i epidemiologiczne picia alkoholu w kontekście jakości życia.

The aim of the work was to compare the “quality of life” professionals soldiers, recognised in hospital conditions as suffered from an alcohol addicting syndrome with the control group of solders. Additionally some of the sociodemographical and epidemiological variables drinking of alcohol in the context “quality of life” have been estimated.

żołnierz zawodowy
zespół zależności alkoholowej
jakość życia

professional soldier
alcohol addicting syndrome
quality of life

Wstęp

Termin „jakość życia” (quality of life) pojawił się w literaturze po II wojnie światowej i ciągle podlega stopniowej ewolucji. Początkowo oznaczał „dobre życie” w sensie typowo konsumpcyjnym, stan posiadania określonych dóbr materialnych, z czasem został rozszerzony na obszary pozamaterialne (zamiast „mieć” – „być”). W medycynie szczególnie zainteresowanie jakością życia pojawiło się w latach 70. i wynikało z faktu, że samo zwalczanie objawów choroby okazało się niewystarczające; jak twierdzą niektórzy badacze – we współczesnej medycynie osiągnięty został pułap możliwości terapeutycznych [1, 2]. Początkowo brano ją pod uwagę w ocenie medycznych i pozamedycznych efektów opieki zdrowotnej i interwencji lekarskich

* Praca doktorska

w takich dziedzinach, jak onkologia, interna, reumatologia, geriatryka, z czasem, po stworzeniu odpowiednich narzędzi badawczych, psychiatryka.

W badaniach nad jakością życia osób chorych psychicznie koncentrowano się na wpływie takich czynników, jak: autonomia, podstawowa codzienna aktywność, kontakty społeczne, diagnoza, wykorzystanie usług medycznych i rehabilitacyjnych na subiektywną jakość życia pacjentów psychiatrycznych oraz na ich prawidłowe funkcjonowanie w środowisku.

Większość badań nad jakością życia, przeprowadzonych u osób z zaburzeniami psychicznymi, potwierdza wydawałoby się oczywistą tezę, że jakość życia pacjentów psychiatrycznych jest niższa niż innych ludzi. Horesh i Lepkifker [3] wykazali, że jakość życia ludzi zdrowych i pacjentów z zaburzeniami afektywnymi w okresie remisji jest znacząco wyższa niż pacjentów z rozpoznaną osobowością typu borderline. Lehman, Ward i Linn [4, 5] porównali jakość życia ludzi chronicznie chorych psychicznie z jakością życia ludzi zdrowych, lecz z podobnymi problemami życiowymi. Również i w tym przypadku chorzy mieli niższy poziom satysfakcji życiowej niż zdrowi. Zanotti i wsp. [6] wykazali niższą jakość życia schizofreników w porównaniu z populacją zdrową. Różnica była znacząca. W tym kontekście ciekawie prezentują się badania Raimo K. R. Salokangasa [7] porównującego jakość życia schizofreników i osób chorych na nerwicę. W badaniu tym osoby chore na schizofrenię uzyskały gorsze wyniki w zakresie stanu klinicznego i funkcjonowania, natomiast oceniały wyżej jakość swojego życia niż chorzy z nerwicą. W obu grupach kobiety wyrażały większe zadowolenie z życia niż mężczyźni.

W Polsce badania nad jakością życia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi jako pierwsza podjęła III Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatryi i Neurologii w Warszawie, pod kierunkiem prof. M. Jaremy. Najczęściej badanymi grupami chorych są pacjenci oddziałów onkologicznych i psychiatrycznych [8, 9, 10, 1, 2, 11, 12], nie brak jednak prac dotyczących jakości życia w innych grupach schorzeń [13]. W psychiatryi badanie jakości życia ma tę zaletę, że zwraca uwagę leczonego na całokształt sytuacji chorego, zmuszając niejako do odwrócenia się od koncentracji tylko i wyłącznie na objawach, psychopatologicznych [14, 15]. Większość badań potwierdza tezę o gorszej jakości życia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi [9, 16, 1, 15, 2, 17, 11].

Kolejną grupą pacjentów, u których badanie jakości życia może dać interesujące wyniki, są osoby uzależnione od alkoholu. W tej grupie chorych efekty leczenia oceniane są głównie na podstawie liczby nawrotów picia i/lub spadku ilości spożywanego alkoholu. Dotychczasowe badania sugerują, że ocena taka nie jest wystarczająca. Istnieje potrzeba dodatkowej oceny wymiarów funkcjonowania oraz jakości życia, aby w pełni zrozumieć zakres efektów leczenia. Zmiany w ilości spożywanego alkoholu, jakie są następstwem leczenia, niekoniecznie skutkują w polepszeniu innych dziedzin życia [18, 19, 20, 21, 22]. Rozwiązanie powyższego problemu lub lepsze jego zrozumienie może nastąpić w perspektywie jakości życia i być skuteczniejsze w ocenie wyników leczenia niż ilość spożywanego alkoholu [23].

Negatywne skutki picia alkoholu są postrzegane jako ograniczenia w jakości życia. Pozytywnym skutkiem odpowiedzi na leczenie jest brak negatywnych objawów doświadczanych w czasie picia, podobnie jak uzyskanie pozytywnych objawów, które

uniemożliwiają picie [24]. Większość dotychczasowych wyników badań potwierdza, że jakość życia pogarsza się wraz z nadużywaniem i uzależnieniem od alkoholu [25, 26, 27, 28, 29, 30]. Osoby nadużywające lub uzależnione od alkoholu, które utrzymują abstynencję lub piją w sposób kontrolowany, doświadczają poprawy jakości życia; poprawa jest tym większa, im większy zakres pomocy otrzymały [26, 27]. Polepszanie się parametrów jakości życia było szczególnie widoczne w pierwszych 6 miesiącach abstynencji, kolejne miesiące przynosiły pewne ich pogorszenie [25, 26, 27]. Badani, u których rozpoznano nadużywanie alkoholu, deklarowali lepszą jakość życia niż osoby z zespołem zależności alkoholowej [28]. Ponadto zaobserwowano, że osoby z krótkim i długim okresem abstynencji w większym stopniu odczuwają brak satysfakcji z życia niż osoby ze średnim okresem abstynencji [25]. Utrzymywanie się przez dłuższy czas niskiej jakości życia powoduje większe narażenie na problemy związane z alkoholem, częstsze nawroty ciągów picia, przykre następstwa alkoholizmu w późniejszych latach życia [31].

Material i metody

Badaniami objęto grupę 70 żołnierzy zawodowych, hospitalizowanych na Klinicznym Oddziale Psychiatrycznym Szpitala Wojskowego w Krakowie w latach 1996–98, z rozpoznaniem zespołu zależności alkoholowej. Wiek badanych mieścił się w przedziale 29–55 lat (średnio 39 lat), a okres picia alkoholu wynosił od 11 do 38 lat (średnio 22 lata). Grupę porównawczą stanowili losowo wybrani żołnierze zawodowi, pełniący służbę w okolicznych jednostkach wojskowych. Grupa ta liczyła 30 osób, żołnierze ci nigdy nie leczyli się psychiatrycznie oraz zaprzeczali istnieniu problemów alkoholowych.

W badaniach posłużono się: 1 – ankietą opracowaną na podstawie wywiadów klinicznych i wiedzy teoretycznej, zawierającą zmienne socjodemograficzne i epidemiologiczne; 2 – Kwestionariuszem SF-36 do badania jakości życia autorstwa J. E. Ware, w wersji polskiej, wykorzystanym za zgodą prof. M. Jaremy, kierownika III Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie; 3 – MAST – Michigan Alcoholism Screening Test – w analizie wyników testu uwzględniono ocenę ogólną jakości życia oraz poszczególne składowe jakości życia.

W pracy zastosowano szereg metod statystycznych. Dla sprawdzenia istotności różnicy średnich poszczególnych zmiennych pomiędzy grupą porównawczą a badaną stosowano test t-Studenta na poziomie istotności 0,05. W celu określenia, czy pewne zmienne jakościowe, jak np. wykształcenie, różnicują analizowane grupy, stosowano jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA) oraz przeprowadzono test wielokrotnych porównań Duncana, a celem weryfikacji – LSD (least significant difference). Przyjęto tu poziom istotności 0,05. Każdorazowo analiza wariancji była poprzedzona testem jednorodności Bartletta. Aby określić związki pomiędzy poszczególnymi zmiennymi ciągłymi, przeprowadzono analizę współczynnika korelacji. Każdorazowo weryfikowano też hipotezę, czy jest ona istotnie różna od zera. Hipotezę zerową testowano na poziomie istotności 0,05.

W opracowaniu wyników wprowadzono zmienną QL, która jest sumą znormalizo-

wanych poszczególnych składowych testu. Uzyskane w ten sposób wyniki poszczególnych składowych testu SF-36 są równoważne i mogą być z sobą porównywane.

Zmienna QL zdefiniowana jest następująco:

gdzie: K_i jest wynikiem testu badanego.

$$Q = \sum_{i=P}^{R} \frac{K_i - K_i^-}{K_i^+ - K_i^-}$$

Wyniki

Rysunek 1 ilustruje rozkład procentowy uzyskanych w badaniach wyników, w zależności od wartości QL. Opis poszczególnych progów wyników QL zawiera

Tabela 1

Różnice pomiędzy zmiennymi opisującymi grupę badaną i porównawczą

	Wiek	MOST	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	RT	QL
Grupa porównawcza	31,8	4,77	0,95	0,87	0,79	0,58	0,65	0,78	0,79	0,68	0,51	6,59
Grupa badana	38,99	29,41	0,83	0,45	0,57	0,39	0,43	0,44	0,36	0,42	0,41	4,22
P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,04	<0,001

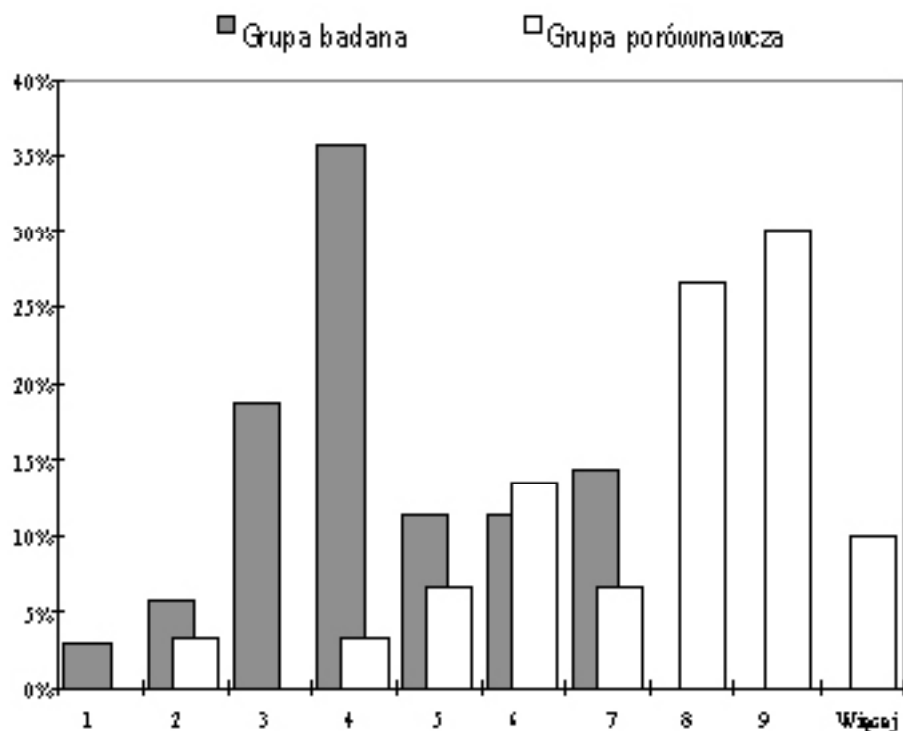
tabela 2.

Wyniki analizy współczynników korelacji, jakie zachodzą pomiędzy składowymi

Tabela 2

QL, porównanie między grupami

Progi	Grupa badana	Grupa porównawcza
1	2,9 %	0,0 %
2	5,7 %	3,3 %
3	18,6 %	0,0 %
4	35,7 %	3,3 %
5	11,4 %	6,7 %
6	11,4 %	13,3 %
7	14,3 %	6,7 %
8	0,0 %	26,7 %
9	0,0 %	30,0 %
Wiżej	0,0 %	10,0 %



Rys. 1 QL, porównanie między grupami

jakości życia w badanej grupie, przedstawiono w tabeli 3. Współczynniki istotne statystycznie, na poziomie istotności $\alpha = 0,05$ zostały w tabeli pogrubione, pozostałe wyniki – wydrukowano pismem jasnym.

Jak wynika z zestawienia, w grupie badanej poszczególne składowe QL są silnie skorelowane z jakością życia. Najsilniejsze korelacje występują pomiędzy jakością życia a takimi jej składowymi, jak: RP (ograniczenia fizyczne w pełnieniu ról) – współczynnik korelacji 0,79; VT (witalność) – współczynnik korelacji 0,79; SF (funkcjonowanie społeczne) – współczynnik korelacji 0,79; RE (ograniczenia emocjonalne w pełnieniu ról) – współczynnik korelacji 0,79, a więc tymi składowymi, które łącznie tworzą ocenę aktywności społecznej QL. Nieco słabsze korelacje (choć także istotne statystycznie) występują pomiędzy QL a RT (ocena zmiany stanu zdrowia w ostatnim roku) – współczynnik korelacji 0,35 i PF (funkcjonowanie fizyczne) – współczynnik korelacji 0,59.

Tabela 3

Analiza współczynników korelacji

	Wnek	MWST	PF	RP	EP	GH	VT	SF	RE	MH	RT	QL
Wnek	1,00											
MWST	-0,03	1,00										
PF	-0,25	-0,02	1,00									
RP	-0,11	-0,04	0,42	1,00								
EP	-0,34	0,01	0,54	0,50	1,00							
GH	-0,12	-0,25	0,58	0,51	0,42	1,00						
VT	0,09	-0,07	0,45	0,47	0,55	0,44	1,00					
SF	-0,02	-0,10	0,43	0,52	0,52	0,45	0,53	1,00				
RE	-0,02	-0,15	0,12	0,59	0,54	0,38	0,55	0,55	1,00			
MH	0,16	-0,05	0,32	0,41	0,38	0,30	0,52	0,57	0,53	1,00		
RT	-0,10	0,01	0,35	0,38	0,24	0,44	0,24	0,29	0,16	0,02	1,00	
QL	-0,15	-0,11	0,59	0,79	0,77	0,55	0,79	0,79	0,79	0,55	0,35	1,00
Suma	-0,01	0,59	-0,05	-0,07	-0,02	-0,29	-0,06	-0,14	-0,19	-0,03	0,00	-0,14

Omówienie wyników

Badania jakości życia osób uzależnionych od alkoholu nie były jeszcze prowadzone w naszym kraju. Doniesienia badaczy, głównie amerykańskich, mówią o obniżonej jakości życia w tej populacji oraz wskazują na duże znaczenie, jakie może mieć jej badanie w ocenie postępów leczenia w tej grupie chorych; może także służyć prognozowaniu przebiegu choroby w przyszłości [25, 26, 27, 28, 29, 31].

Badania, jakie przeprowadzono wśród żołnierzy zawodowych uzależnionych od alkoholu, hospitalizowanych na Klinicznym Oddziale Psychiatrycznym Szpitala Wojskowego w Krakowie, potwierdziły istnienie obniżonej w sposób istotny statystycznie jakości życia w tej grupie żołnierzy, w stosunku do grupy porównawczej. Wniosek ten jest zbliżony z doniesieniami innych autorów, mówiącymi o gorszej jakości życia osób nadużywających alkoholu i od niego uzależnionych [28, 29, 30].

Obie grupy różniły się w sposób istotny statystycznie wynikami uzyskanymi w teście MAST. Pacjenci hospitalizowani na oddziale psychiatrycznym uzyskiwali wyniki w granicach od 9 do 48 pkt., średnio 29,23 pkt. (wszystkie z nich są wg autorów testu „silnym wskaźnikiem uzależnienia od alkoholu”), żołnierze z grupy porównawczej odpowiednio od 0 do 19 pkt., średnio 4,77 pkt. O ile w grupie badanej brak korelacji między wynikiem testu MAST a jakością życia, o tyle w grupie porównawczej taka korelacja ma miejsce. Występujące w grupie porównawczej związki korelacyjne pomiędzy wynikami QL a wynikami testu MAST wskazują na wzajemne powiązania, jakie istnieją pomiędzy spożywaniem alkoholu (jego nasileniem) a jakością życia. Uzyskanie przez 18 żołnierzy z grupy porównawczej wyniku 4 pkt. i więcej w teście MAST należy traktować ostrożnie. Nasuwa się pytanie, czy test opracowany przed ok. 30 laty w USA może być wiarygodnym przesiewowym narzędziem badawczym w naszych realiach, zwłaszcza w badaniach populacji osób nie uzależnionych od alkoholu.

W obrębie badanej grupy istniały znaczne indywidualne różnice w ocenie jakości życia, które nie korelowały z głębokością uzależnienia od alkoholu mierzoną liczbą punktów uzyskanych w teście MAST. Nie powiodły się zatem próby wyodrębnienia w ten sposób w badanej grupie osób o mniejszym i większym stopniu uzależnienia, co potwierdza dotychczasowe wyniki badań traktujące tę grupę chorych jako „skrajnie heterogenną” [32]. Brak związków korelacyjnych pomiędzy wynikami uzyskanymi w teście MAST a wynikami testu SF-36 może świadczyć o tym, iż obniżenie się jakości życia wynika z samego uzależnienia od alkoholu, nie zaś od jego stopnia mierzonego za pomocą testu MAST [27].

Analiza statystyczna wykazała także istnienie znacznych różnic w ocenie poszczególnych składowych jakości życia między grupą badaną a porównawczą. Wszystkie składowe jakości życia jakie bada test SF-36, były istotnie statystycznie niższe w grupie badanej. Największe różnice między grupą badaną i porównawczą dotyczyły takich składowych jakości życia jak: „ograniczenia fizyczne w pełnieniu ról”, „funkcjonowanie społeczne”, „ograniczenia emocjonalne w pełnieniu ról”, a więc składowych określanych jako „sfera aktywności społecznej”. Uzyskane wyniki potwierdzają wnioski płynące z dotychczasowych badań jakości życia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, w których podkreśla się dominujący wpływ obszaru funkcjonowania społecznego na ogólną ocenę jakości życia [9, 2, 33]. Ponadto, wśród badanej grupy

wyodrębniono poszczególne składowe, których związek korelacyjny z jakością życia (QL) był najsilniejszy. Należą tu: „ograniczenia fizyczne w pełnieniu ról”, „witalność”, „funkcjonowanie społeczne” oraz „ograniczenia emocjonalne w pełnieniu ról”. Wynika z tego, że wymienione składowe jakości życia są tymi, których ocena najsilniej wpływa na indywidualną jakość życia w badanej grupie. Także pomiędzy poszczególnymi składowymi jakości życia istnieją silne związki korelacyjne, co świadczy o wzajemnym oddziaływaniu i powiązaniach między nimi.

Badania potwierdziły także, że pomiędzy wiekiem a jakością życia w badanej grupie nie istnieją związki korelacyjne. Z dotychczasowych badań wiadomo, że wraz z wiekiem pogarsza się jakość życia osób uzależnionych od alkoholu. Odmiennosc uzyskanych wyników można tłumaczyć faktem uczestnictwa w badaniach głównie ludzi młodych, sprawnych zawodowo, u których w zdecydowanej większości brak jest nasilonych zmian narządowych, charakterystycznych dla przewlekłej intoksykacji.

Analizując wpływ różnych zmiennych na jakość życia żołnierzy zawodowych uzależnionych od alkoholu brano pod uwagę uwarunkowania socjodemograficzne. Analiza objęła: pochodzenie społeczne, stan cywilny, życie małżeńskie, życie seksualne, poczucie stabilizacji zawodowej, jakość stosunków międzyludzkich w pracy, warunki mieszkaniowe, warunki materialne, aktywność społeczną, zainteresowania, konfliktowość oraz picie alkoholu w samotności. Wykazano, że badani w większości charakteryzują się pochodzeniem robotniczym, w mniejszym stopniu chłopskim i inteligentnym. Zdecydowana większość badanych była żonata, mniej niż w grupie porównawczej było kawalerów, więcej rozwiedzionych. Grupa badana zdecydowanie gorzej oceniała swoje życie małżeńskie, choć najczęściej padały odpowiedzi określające je jako „raczej zgodne”; nikt z badanych nie mówił, że jest „konfliktowe”. Gorsza ocena w grupie badanej dotyczyła także życia seksualnego, choć wyniki między grupami nie różnią się w sposób znaczący. Podobnie przedstawia się także „poczucie stabilizacji zawodowej”, które w obu grupach jest na jednakowym poziomie. Istotna różnica pojawia się w ocenie „stosunków międzyludzkich” – w stosunku do grupy porównawczej mniej badanych ocenia je jako „dobre”, więcej zaś mówi, że są „złe”. Obie grupy badanych sporadycznie angażują się w działalność społeczną; są pod tym względem bierne. Podobnie brak istotnych różnic między grupami, jeśli chodzi o sposób spędzania wolnego czasu i zainteresowania, obie grupy różnicuje natomiast zmienna „picie w samotności” – zachowanie takie zdecydowanie częściej pojawia się w grupie badanej i jest dla niej charakterystyczne. Podobne dane uzyskano analizując „konfliktowość”, jaka ma miejsce w obu grupach po spożyciu alkoholu. Analiza wariancji, jaka została przeprowadzona pomiędzy QL a wymienionymi zmiennymi socjodemograficznymi, wskazuje na istotnie statystycznie zróżnicowanie w zakresie takich zmiennych, jak: „życie seksualne” (zróżnicowanie występuje w obu badanych grupach), „życie małżeńskie” (zróżnicowanie w grupie porównawczej, w grupie badanej brak zróżnicowania), „stosunki międzyludzkie w pracy” (zróżnicowanie w grupie porównawczej), „picie w samotności” (zróżnicowanie istotne statystycznie występuje tylko w grupie badanej), „konfliktowość” (zróżnicowanie w grupie badanej). Powyższe dane wskazują na te zachowania badanych, których ocena ma szczególne znaczenie. W grupie badanej nasilenie spadku jakości życia seksualnego, nasilenie

się picia w samotności i wzrost konfliktowości z otoczeniem jest silnie związane z obniżającą się jakością życia.

W pracy analizowano także niektóre zmienne epidemiologiczne picia alkoholu w obu grupach. Jak wynika, większość osób w grupie badanej rozpoczęła picie alkoholu po 18 r.ż. Alkohol częściej piją badani, dominują tu odpowiedzi „codziennie”, w następnej kolejności „kilka razy w tygodniu”. W grupie porównawczej pije się alkohol najczęściej „około 1 x w tygodniu” lub „1 x w miesiącu”. Pytani o ilość jednorazowo wypijanego alkoholu, uzależnieni podają najczęściej 150–250 g, nieco rzadziej 250–400 g. W grupie porównawczej pije się najczęściej tyle samo, nieco mniej jest odpowiedzi określających ilość jednorazowo wypijanego alkoholu na poziomie do 150 g. Jak z tego wynika, i uzależnieni, i badani z grupy porównawczej jednorazowo wypijają podobne ilości alkoholu. W obu grupach najczęściej spożywa się wódkę i piwo. Uzależnieni znacznie częściej niż osoby z grupy porównawczej deklarują picie łączne różnych alkoholi. W grupie badanej znacznie częściej niż w grupie porównawczej dochodzi do stanów silnego upicia, połączonego z palimpsestem. W grupie tej ponad 70% ankietowanych podaje, że zdarzyło się to kilka lub kilkanaście razy, podczas gdy w grupie porównawczej ok. 37%. Jako powody picia alkoholu osoby uzależnione dają najczęściej odpowiedzi: „aby zapomnieć o kłopotach”, „dla usunięcia zmęczenia”, „dla lepszej zabawy”, „aby dobrze żyć z ludźmi”, „dla dodania sobie odwagi”, „z wewnętrznej potrzeby”. W grupie porównawczej kolejność odpowiedzi jest nieco inna: „najczęściej pije się dla lepszej zabawy”, „aby dobrze żyć z ludźmi”, „dla usunięcia zmęczenia”, „dla dodania sobie odwagi”. Zachowanie po wypiciu w obu grupach także różni się nieco. W grupie badanej jest mniej osób wesołych, za to więcej agresywnych i smutnych. Istotne różnice dotyczą także dolegliwości odczuwanych przez badanych po spożyciu alkoholu – szczególnie intensywne jest uczucie lęku, bezsenność, trudności w koncentracji, dominuje chęć ponownego wypicia, objawy wegetatywne. W grupie porównawczej dolegliwości po wypiciu są łagodniejsze – dominują tu trudności w koncentracji, nudności, objawy wegetatywne, bezsenność. W grupie badanej zdecydowanie dominują takie objawy uzależnienia jak ciągi alkoholowe, występujące u ok. 80% badanych. W grupie badanej w stosunku do grupy porównawczej obserwuje się także gorszą tolerancję alkoholu, a także wypalanie większej ilości papierosów. Powyższe zestawienie potwierdza różnice w sposobie picia i reakcji na alkohol pomiędzy osobami uzależnionymi od alkoholu a populacją ludzi nie uzależnionych [31, 34].

Wnioski

1. Jakość życia żołnierzy zawodowych, u których w warunkach szpitalnych rozpoznano zespół zależności alkoholowej, jest istotnie statystycznie niższa niż w grupie porównawczej.
2. Pogorszeniu się jakości życia w badanej grupie towarzyszy istotne statystycznie obniżenie w zakresie wszystkich składowych jakości życia (PF, RP, BP, GH, VT, SF, RE, MH, RT). Największe różnice dotyczyły takich składowych QL, jak: „ograniczenia fizyczne w pełnieniu ról” (RP), „funkcjonowanie społeczne” (SF), „ograniczenia emocjonalne w pełnieniu ról” (RE), a więc sfery określanej w badaniach nad jakością życia jako „sfera aktywności społecznej”.

3. Jakość życia żołnierzy zawodowych uzależnionych od alkoholu nie koreluje z głębokością uzależnienia mierzoną za pomocą testu MAST, nie została zatem potwierdzona hipoteza o pogarszaniu się jakości życia wraz z głębokością uzależnienia.
4. Jakość życia żołnierzy uzależnionych od alkoholu nie koreluje także z wiekiem, który w badanej grupie nie wpływa na jakość życia. Brak także zależności pomiędzy jakością życia i stopniem wojskowym oraz jakością życia a wykształceniem.
5. Analiza danych socjodemograficznych i epidemiologicznych wykazała istotne statystycznie zróżnicowanie, względem jakości życia, takich zmiennych, jak: „pożycie seksualne”, „picie w samotność” oraz „konfliktowość po spożyciu alkoholu”.

Powyższe wyniki pozwalają na wysunięcie następujących propozycji diagnostycznych i terapeutycznych:

1. Wydaje się, że ocena jakości życia osób uzależnionych od alkoholu jest badaniem, które pozwala inaczej niż dotychczas spojrzeć na problem alkoholizmu. Wiąże się to ze stworzeniem nowego narzędzia badawczego pozwalającego oceniać postępy leczenia i być może prognozować jego przebieg w przyszłości. W tym kontekście interesujące mogą okazać się prace badające jakość życia w poszczególnych okresach abstynencji czy badania QL wśród osób zagrożonych uzależnieniem.
2. Wyniki badań potwierdzają powiązania, jakie istnieją pomiędzy pozytywnymi relacjami społecznymi a jakością życia. Wskazuje to na potrzebę uwzględnienia w terapii uzależnienia od alkoholu tej sfery życia.
3. Wyniki, jakie uzyskano stosując test MAST w grupie porównawczej, zmuszają do ponownego przeanalizowania, w jakim stopniu jest on wiarygodny. Być może zachodzi potrzeba jego zaktualizowania i dostosowania do warunków polskich, co może stanowić przesłankę dalszych badań.

Summary

Presented paper is the first estimation probe in Poland of the „quality of life” of alcohol addicted people. The group of 70 professional soldiers that had been undergo treatment in Military Hospital the Section of Psychiatric Clinic in Cracow in years 1996-1998 has been investigated as alcohol addicted syndrome. For the research it has been used: the questionnaire with socio-demographic and epidemiological data, Polish version questionnaire SF-36 for „quality of life” research and Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)- the questionnaire for estimation alcohol problems. The main aim of investigation was to recognise the influence of alcohol addicted syndrome that impact on „quality of life” estimation, range changes and their dynamics that depend on alcohol addicted syndrome degree, in age, military degree. The exploration aim was some socio-demographic and epidemiological data analysis. Results confirm the lower „quality of life” within estimated group. All ingredients Q1 have decreased, and the highest differences related such ingredients as: „physical limits in role perform”, „social function”, „emotion limits in role perform” so that „social activity sphere” creation ingredients. The estimation hypothesis related to QL decrease together with addiction degree (numbers of MAST) and decrease of „quality of life” together with age within estimated group have been not confirmed. The analysis of chosen socio-demographic variables has shown the significant variation, relative to QL and: „sexual live”, „alone drinking” and „conflict”. The differences between peoples who are alcohol addicted and non habitual drinking alcohol peoples has been confirmed within range; „frequency of alcohol drinking”, „quantity of single drinking alcohol”,

„frequency to be drunk”, „reasons of drinking”, „behaviour after drinking”, „suffering after drinking”, „continuos drinking” or „alcohol tolerance”.

İölięę cęęęiläl' nleüünnęę ęřädıäüö äılıüö n äęřäüęęđıarıüö nęřädıęię řęęıäıüüęę ęřäęęęünnęę

Näaldęřıl

Đđlännräelıüř đřäınř 'äe'lnn' d'đıäıę d'đıäıę iölięę cęęęiläl' nleüünnęę („ęř-łnnär cęęęię”) ó ęęälę, ęřäęęęüö in řęęıäıę. Čnnęläıarıę cęę iöar-łn 70 ęřädıäüö äılıüö, äındčnręęęđıarıüö ä ęęęię-łnęęię inälęlıęę đńęöčřndęę Äılıüäi äındčnręę ä ęđřęıläl ä 1996-1998 äıäřö n äęřäüęęię řęęıäıüüęę ęřäęęęünnęę. Äę čnnęläıarıęę čndřęüęıarıü řięłnř, nıäldęřır' äıđđnıü i nıöčıälęıäđřöč-łnęęö č ýđčälęęıäę-łnęęö äřıüö, äęınnřđęę SF-36 äe' čnnęläıarıę „ęř-łnnär cęęęię”, ř nřęęł Michigan Alcoholism Screening N (MAST) - äęınnřđęę äe' iölięę řęęıäıüüęę đđıäęłę. Äęřäıę ęřäř-łę đđıäłälıüö čnnęläıarıęę äüęı cęö-łılčl äęę'ıč' öřęňř řęęıäıęęęęř ıř iölięę „ęř-łnnär cęęęię” č ł, nınnřäę'ıüčö, đřäčön cęęłılıęę č cö äčıřęęö ä ęřäęęęünnęę in äęöäčıü řęęıäıüüęę ęřäęęęünnęę, äıęđřnř, äılıüę nłđ'lıę. Đđıäłälı řıřęę ıłęınđüö äřıüö ęřę nıöčıälęıäđřöč-łnęęö, nřę č ýđčälęęıäę-łnęęö. Đłęöęünnü čnnęläıarıęę đđıäłđäęęę ıřęę-čł nıčęlıüäi „ęř-łnnär cęęęię” ä čnnęläıarıüę äđöđđı. Nıčęlıęę đđıäłđäęęü änl nınnřäę'ıüčł QL, ř nřęęł äıęüřł đřęęę-č' inınnęęüü ę nřęęę nınnřäę'ıüčę ęřę: „öęęę-łnęęł ıäđřıę-łıę ä čndřęılıęę äıęłnłäıüę đıęę”, „ıäulnłäıııl ööıęöęııđıarıęł”, „ýęıöčıřęüüıl ıäđřıę-łıę ä nęnnłęł ıä' ęřıınnłę”, ř nęläıarıüüü, nınnřäę'ıüčł, ıđarıęçöıüčł „nöldö ıäulnłäıııę řęęčäıınnę”. N äđöäıę nındıü, ıl đđıäłđčälıü čnnęläıarıüęęł äčđ'ınlęü, năčälıüünnăöıüčł i nıčęlıęę QL äęłnł n äęöäčıüę řęęıäıüüęę ęřäęęęünnęę (ęäę-łnnär đ'öıęıä ä MAST), ř nřęęł i nıčęlıęę öđıäı' cęęęię ä čnnęläıarıüę äđöđđı äęłnł n äıęđřnıę. Řıřęę cęęädıüö đđıđęlıüö ä nıöčıäđřöč đřęřęřę nö-ülñnälııl đřęęę-čł inınnęęüü QL č „nłęnóřęüüę cęęęıü”, „öd'ındłäęlıčł řęęıäıę ä ıäčıı-łnnäl” č „ęııöęęęıınnęę”. Đđıäłđčälıü nřęęł đřęęę-č', đı' äe' ıüčłn' ęłčäö řęęıäıęęęřęę č ęđöřęę, đ'üıüčęę „đı-nęö-ıř”, ä đřäčönı nřęęö đđıđęlı ęřę: „-řnnıř öđ'ındłäęlıč řęęıäıę”, „ęıęę-łnnär ıäıđđřęıäıä đđęı' nę' nđčđıäıä”, „-řnnıř ıđü' ılıč”, „ıälăöäč đđınel đčnü”, „řęęıäıüüıl ęřn' cęę” cęę čł „nıęłđřııınnü ę řęęıäıęł”.

Die Beurteilung der Lebensqualität der Berufssoldaten mit dem diagnostizierten Syndrom der Alkoholabhängigkeit

Zusammenfassung

Die vorgelegte Arbeit bildet den ersten Versuch in Polen, die „Lebensqualität” bei den Alkoholabhängigen zu beurteilen. Eine Gruppe von 70 Berufssoldaten wurde untersucht, die in der klinischen psychiatrischen Abteilung des Soldatenkrankenhauses in Kraków in den Jahren 1996 - 1998 mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit hospitalisiert wurden. Zur Untersuchung dienten: die Umfrage, die die Fragen nach soziodemografischen und epidemiologischen Angaben enthielt, der Fragebogen SF-36 zur Untersuchung der Lebensqualität und Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) - ein Fragebogen zur Beurteilung der Alkoholprobleme. Das Hauptziel der geführten Untersuchungen hatte zu erkennen, welchen Einfluss die Alkoholabhängigkeit auf die Beurteilung der „Lebensqualität” und ihrer Komponenten hat. Man sollte den Bereich der Veränderungen und ihre Dynamik abhängig vom Alter, Dienstgrad und Intensität der Abhängigkeit feststellen. Das Explorationsziel bildete die Analyse mancher soziodemografischen und epidemiologischen Angaben. Die Ergebnisse der Untersuchungen bestätigten eine gesunkene „Lebensqualität” in der untersuchten Gruppe. Alle Komponente Q1 sanken und die größten Unterschiede merkte man in solchen Komponenten wie: „physikalische Beschränkung in Rollspielen”, „soziales Funktionieren”, „emotionelle Beschränkungen beim Rollspielen”; es sind also Komponente, die „die soziale Aktivität” bilden. Man bestätigte die Hypothesen nicht, die über Senken von QL zusammen mit der Intensität der Abhängigkeit (Punktzahl in

MAST) und über Senken der Lebensqualität in der untersuchten Gruppe mit dem Alter sprachen. Die Analyse der gewählten soziodemografischen Variablen zeigte eine große Differenzierung im Hinblick auf die QL und: „sexuellem Leben“, „Alleintrinken“, „Streitsüchtigkeit“. Man bestätigte auch solche Unterschiede, die zwischen den Alkoholabhängigen und nichtsuchtigen Personen auftreten: „Häufigkeit des Trinkens“, „Anzahl des einmalig getrunkenen Alkohols“, „Häufigkeit der Betrunktheit“, „Gründe fürs Trinken“, „Verhalten nach Trinken“, „Alkoholzüge“, „Alkoholverträglichkeit“.

L'estimation de la qualité de vie des soldats professionnels diagnostiqués de l'alcoolisme

Résumé

L'auteur présente le premier essai de l'estimation de «la qualité de vie» des alcooliques en Pologne. L'analyse base sur le groupe des soldats professionnels (70 personnes) hospitalisés à Cracovie au cours des années 1996-1998 avec le diagnostic de l'alcoolisme et elle profite de : enquête embrassant les questions socio-démographiques et épidémiologiques, Questionnaire SF-36 pour l'estimation de «la qualité de vie», Michigan Alcoholism Screening Test (MAST). Ce travail vise à déterminer l'influence de l'alcoolisme sur l'estimation de «la qualité de vie» et ses composants, leur changement et leur dynamique selon l'intensité de l'alcoolisme, de l'âge du patient et du grade militaire. L'analyse de certaines données socio-démographiques et épidémiologiques constitue le but exploratif. Les résultats obtenus confirment l'existence de «la qualité de vie» abaissée dans ce groupe de patients. On note l'abaissement de tous les composants de Q1, et les différences les plus grandes se manifestent dans tels composants que: «limitations physiques dans le fonctionnement», «fonctionnement social», limitations émotives dans le fonctionnement», donc dans les composants formant «la sphère de l'activité sociale». On ne confirme pas l'hypothèse parlant de la corrélation de l'abaissement de QL et de la plus grande intensité de maladie (nombre de points de MAST) et de la corrélation de la qualité de vie et de l'âge. L'analyse de certaines données socio- démographiques démontre une significative différence de QL et de: «vie sexuelle», «griserie solitaire», «conflit». On atteste encore les différences parmi les alcooliques et non alcooliques dans des variables telles que: «fréquence de boire», «quantité d'alcool bu», «raisons de boire», «comportement après avoir bu», «souffrance après avoir bu», «séries alcooliques», «tolérance de l'alcool».

Piśmiennictwo

1. Jarema M, Konieczńska Z, Głowczak M, Szaniawska A, Meder J, Jakubiak A. *Próba analizy subiektywnej oceny jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji*. Psychiatr. Pol. 1995; 29: 641–654.
2. Konieczńska Z, Jarema M. *Badanie jakości życia jako próba integralnego podejścia do problemów pacjentów z zaburzeniami psychicznymi*. Diagnost. Ter. 1996; II, 1: 49–56.
3. Horesh N, Lepkifker E. *An instrument for measuring quality of life and its application in psychiatry*. W: *Quality of life and disabilities in mental disorders*. Abstracts of 7th European Symposium, Vienna, April 7–9, 1994.
4. Lehman AF. *The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill*. Eval. Progr. Plan. 1983; 6: 143–151.
5. Lehman AF, Ward NC, Linn LS. *Chronic mental patients : The quality of life issue*. Am. J. Psychiatry 1982; 139: 1271–1276.
6. Zannotti M i in.. *Assessment of quality of life in schizophrenic patients with a standardized method*. W: *Quality of life and disabilities in mental disorders*. Abstracts of 7th European Symposium, Vienna, April 7–9, 1994.
7. Salokangas RKR. *Gender and quality of life in chronic schizophrenia*, maszynopis. (Zakład

- Rehabilitacji Psychiatrycznej IpiN).
8. De Walden-Gałuszko K. *Ocena jakości życia w onkologii*. Nowotwory (supl. II) 1994; 44: 92–97.
 9. Główczak M, Kasperek B, Medej J, Spiridonow K. *Wstępna ocena jakości życia u pacjentów przewlekłe chorych z rozpoznaniem schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 1997; 31, 3: 313–322.
 10. Jarema A, Marzęcki Z. *Badanie jakości życia w klinice onkologicznej*. Nowotwory (supl. II) 1994; 44: 79–85.
 11. Magiera P, Majkowicz M, Trzebiatowska I, de Walden-Gałuszko K. *Porównanie jakości życia u chorych z zespołami depresyjnymi i białaczkami*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego 1994.
 12. Majkowicz M, de Walden-Gałuszko K, Trzebiatowska I, Kopacz A, Domaradzka-Woźniak A. *Ocena jakości życia u kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego w różnych stadiach choroby*. Nowotwory (supl. II) 1994; 44: 86–91.
 13. Simpson CJ i in. *The chronically mentally ill in community facilities. A study of quality of life*. Brit. J. Psychiatry 1989; 154: 77–82.
 14. Jarema M. *Badanie jakości życia w psychozach*. Referat wygłoszony podczas XXXVIII Zjazdu Psychiatrów Polskich, Wrocław, 4–7 V 1995.
 15. Jarema M. *Miejsce badania jakości życia w ocenie skuteczności procesu terapeutycznego*. Referat wygłoszony podczas XXXIX Zjazdu Psychiatrów Polskich, Bydgoszcz–Toruń, 3–6 VI 1998.
 16. Jarema M, Konieczńska Z, Bury L, Zaborowski B. *Jakość życia a brzemień rodziny w różnych formach opieki nad chorymi na schizofrenię*. Referat wygłoszony podczas XXXIX Zjazdu Psychiatrów Polskich, Bydgoszcz–Toruń, 3–6 VI 1998.
 17. Konieczńska Z, Jarema M, Cikowska G. *Badanie jakości życia jako próba zdefiniowania potrzeb w terapii pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*. Referat wygłoszony podczas XXXIX Zjazdu Psychiatrów Polskich, Bydgoszcz–Toruń, 3–6 VI 1998.
 18. Emrick CD. *A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. I. The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behavior following treatment*. Q. J. Stud. Alcohol 1974; 35: 523–549.
 19. Pattison EM. *A critique of abstinence criteria in the treatment of alcoholism*. Int. J. Social Psychiatr. 1968; 14: 268–276.
 20. Pattison EM, Headley EB, Gleser GC, Gottschalk LA. *Abstinence and normal drinking : An assessment of changes in drinking patterns in alcoholics after treatment*. Q. J. Stud. Alcohol 1968; 29: 610–633.
 21. Pattison EM. *A critique of alcoholism treatment concepts: With special reference to abstinence*. Q. J. Stud. Alcohol 1966; 27: 49–71.
 22. Pattison EM. *A conceptual approach to alcoholism treatment goals*. Addict. Behav. 1976; 1: 177–192.
 23. Tuynman-Qua H, De Jonghe F, Mc Kenna S, Hunt S. *Quality of live in depression rating scale*. Houten: Ibero Publ.; 1992.
 24. Longabaugh R, and Clifford PR. *Program evaluation and treatment outcome*. Ann. Rev. Addict. Res. Treat. 1992; 2: 223–247.
 25. Amodeo M, Kurtz N, Cutter HS. *Abstinence, reasons for not drinking, and life satisfaction*. Int. J. Addict. 1992; 27 (6): 707–716.
 26. Braucht GN, Reichardt CS, Geissler LJ, Bormann CA, Kwiatkowski CF, Kirby MW. *Effective services for homeless substance abusers*. J. Addict. Dis. 1995; 14 (4): 87–109.
 27. Longabaugh R, Mattson ME, Connors GJ, Cooney NL. *Quality of life as an outcome variable in alcoholism treatment research*. J. Stud. Alcohol. Supl. 1994; 12: 119–129.
 28. Mc Kenna M, Chick J, Buxton M, Howlett H, Patience D, Ritson B. *The costs and consequences*

- of alcoholism*. Alcohol. Alcohol. 1996; 31 (6): 565–576.
29. Patience D, Buxton M, Chick J, Howlett H, Mc Kenna M, Ritson B. *The Alcohol Related Problems Questionnaire as a proxy for resource costs and quality of life in alcoholism treatment*. Study of socio-economic and costs of alcoholism and treatment. Alcohol. Alcohol. 1997; 32 (1): 79–84.
30. Welsh JA, Buchsbaum DG, Kaplan CB. *Department of Internal Medicine, Medical College of Virginia, Richmond*. Qual. Life. Res. 1993; 2 (5): 335–340.
31. Schutte KK, Brennan PL, Moos RH. *Remission of late life drinking problems: a 4-year follow-up*. Alcohol. Clin. Exp. Res. 1994; 18 (4): 835–844.
32. Zucker R, Boyd G, Howard J. *Biologiczne, psychospołeczne i socjologiczne czynniki ryzyka uzależnienia od alkoholu*. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1997.
33. Mercier C, King S. *A latent variable casual model of the quality of life and community tenure of psychotic patients*. Acta. Psychiatr. Scand. 1994; 89 (1): 72–77.
34. Scully JH. *Psychiatria*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne, 1998.
35. Głowczak M, Jarema M, Meder J, Morawiec M. *Przewlekła choroba psychiczna a jakość życia*. Psychiatr. Pol. 1996; 3: 369–380.

Otrzymano: 27.11.1999

Zrecenzowano: 21.01.2000

Przyjęto do druku: 16.02.2000

Adres: Krzysztof Polak
32-412 Wiśniowa 482, koło Dobczyc